

**Estimado padre o tutor,**

Su hijo ha sido remitido al Equipo de Revisión de Autismo Médico Escolar debido a inquietudes sobre un posible trastorno del espectro autista (ASD). Se adjunta un paquete de información y formularios que se necesitan para abordar este problema. Lea este material y siga todas las instrucciones para que podamos ayudarlo a usted y a su hijo/a.

**Los pacientes que necesiten una primera evaluación para un posible ASD necesitarán lo siguiente:**

Nuestro proceso de evaluación de ASD consiste en recopilar toda la información relevante sobre el historial médico, académico, familiar y social de su hijo/a.

1. Padres / cuidadores, complete y devuelva a nuestra oficina los siguientes formularios (adjuntos)

a. Autorización de expedición de registros segundo.

b. SMART Forma demográfica

c. Smart Forma de evaluacion

2. Ofrezca una herramienta SMART a cualquier persona que esté familiarizada con su hijo/a, como el maestro actual, SLP, OT y / o proveedor de guardería.

a. Es su responsabilidad asegurarse de que la escuela / los proveedores le devuelvan estos formularios antes de enviar el paquete para que SMART lo revise.

3. Proporcione a nuestra oficina copias (sin originales) de:

a. Boleta de calificaciones - pasado 2 años segundo.

b. Informes de pruebas realizadas por psicólogos escolares, terapeutas ocupacionales, de lenguaje o físicos, pruebas de detección de niños, pruebas de desarrollo o pruebas requeridas por el distrito escolar.

c. Copias del plan 504, IFSP o IEP, si corresponde

d. Informes de evaluaciones anteriores realizadas por médicos, psicólogos o psiquiatras.

**Pida a la escuela copias de lo necesario.**

**Por favor, lleve el paquete completado a Oakland Bay Pediatrics 247 Professional Way Shelton WA 98584. Si necesita hacer otros arreglos, llame al 360-426-3102. Al recibir la información, nuestro equipo evaluará los datos.**

 **Equipo de Revisión de Autismo para la Escuela y la Salud**

**Autorización para la divulgación de registros**

 **Objetivo: Como padre /guardián tiene el derecho de dar permiso o no para divulgar los**

**registros de su hijo/a a otras personas o agencias. Este formulario le da la oportunidad**

**de aprobar o no esta petición.**

Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

YO AUTORIZO EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN VERBAL, ESCRITA, O ELECTRÓNICA ENTRE EL EQUIPO DE REFERIDOS DE AUTISMO PARA LA ESCUELA Y LA SALUD (SMART) Y LAS AGENCIAS/PERSONAS A CONTINUACIÓN. LOS REGISTROS QUE SERAN INTERCAMBIADOS INCLUYEN (marque todos que aplican):

\_\_\_ Información Médica /Salud

\_\_\_ Evaluación / Resultados de la Evaluación

\_\_\_ Información sobre Salud Mental

\_\_\_ Información del Desarrollo Actual

\_\_\_ Educativo (IEP / IFSP | Notas de Progreso)

\_\_\_ Otro (Especifique)

Equipo de Revisión de Autismo para la Escuela y la Salud (SMART)

Llene la información del administrador del caso en el equipo SMART.

Nombre de la Organización:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono/ Número de Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INDICAR EL PERIODO DE TIEMPO QUE APLICA:**

\_\_\_\_\_\_ Esta autorización es válida por un año. Especifique la fecha en cual terminará \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ Esta autorización es válida desde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que esta información será tratada de manera confidencial y entiendo que mi consentimiento

para divulgar los registros es voluntario y puedo retirar mi consentimiento a cualquier momento por

escrito. Si retiro mi consentimiento, no aplica a la información que ya se ha proporcionado bajo el

consentimiento anterior.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padres / Guardián Fecha de Firma

**Equipo de Revisión de Autismo para la Escuela y la Salud**

**SMART**

Fecha de referencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Persona refiriendo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del niño/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padres/Guardián(es):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de envió:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maestro/a actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de contacto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico de cabecera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de contacto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro Proveedor Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de contacto/Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

** Formulario de Evaluación Equipo de Revisión de Autismo para la Escuela y la Salud**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento::\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Fecha:\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relacion hacía el niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Comunicación social e interacción | Cierto | Falso |
|  Deficiencias en el uso del contacto visual durante las interacciones sociales. Ejemplo: el niño mira hacia un lado o hacia la boca en lugar de hacia los ojos cuando le habla |  |  |
| Deficiencias en el uso de expresiones faciales para comunicarse. Ejemplo: el niño no frunce el ceño, pone mala cara, se ve sorprendido. |  |  |
| Falta o uso reducido de gestos para comunicarse. Ejemplo: el niño no dice adiós, asiente con la cabeza sí o no, da un beso. |  |  |
| Deficiencias en la conversación de ida y vuelta (apropiada para el nivel del idioma). Ejemplo: El niño no agregará algo nuevo ni hará una pregunta en respuesta a un comentario que se le haga. |  |  |
| Falta de respuestas reducidas o dañadas a las iniciaciones sociales de otrosEjemplo: el niño no responde a su nombre ni reconoce a los demás. |  |  |
| Falta de interés o interés reducido en sus compañeros (apropiado para el nivel de desarrollo) |  |  |
| Falta de iniciaciones de interacción con otros, reducidas o deterioradas |  |  |
| Preferencia reducida para algunos amigos sobre otros / amistades deterioradas |  |  |
| Retrasos o falta de juego variado y apropiado para la edad con sus compañeros |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, interés y actividades | Cierto | Falso |
| Tiene características típicas del habla (eco, jerga, ritmo o volumen inusual) |  |  |
| Tiene gestos corporales repetitivos |  |  |
| Reacciona negativamente a los cambios en el horario / insiste en la similitud |  |  |
| Tiene rituales de comportamiento |  |  |
| Tiene rituales verbales (debe decir cosas o hacer que otros digan cosas de una manera particular) |  |  |
| Tiene intereses específicos que son inusuales en intensidad (pasatiempo de intensidad inusual) |  |  |
| Participa en un rango limitado de actividades |  |  |
| Tiene un repertorio conductual limitado |  |  |
| Muestra hiperreactividad a la entrada sensorial. |  |  |
| Muestra hiporeactividad a la entrada sensorial. |  |  |
| Muestra interés y preferencias sensoriales inusuales |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Comportamiento perturbador | Cierto | Falso |
| Participa en comportamientos agresivos y / o destructivos hacia uno mismo, otros u objetos (autolesiones, fugas, destrucción de propiedades) |  |  |

Por favor, deje comentarios en el reverso de esta página. Haga copias si es necesario