**School Medical Autism Review Team (SMART) Tool**

Child’s Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOB:\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Today’s Date:\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Name of person filling out form: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relationship to Child: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Social Communication and Interaction | True | False |
| Impairments in the use of eye contact during social interactions. Example: *Child* *looks to the side or at your mouth rather than your eyes when speaking to you.* |  |  |
| Deficits in the use of facial expressions to communicate. Example: *Child doesn’t frown, pout, look surprised.* |  |  |
| Lack or reduced use of gestures to communicate. Example: *Child doesn’t wave bye, nod yes or no, blow a kiss.* |  |  |
| Impairments in back and forth conversation. Example: *Child won’t add something new or ask a question in response to a comment made to them.*  |  |  |
| Lack of, reduced, or impaired responses to social initiations of othersExample: *Child doesn’t respond to his or her name or acknowledge others.* |  |  |
| Lack of, or reduced interest in peers. |  |  |
| Lack of, reduced, or impaired initiations of interaction with others |  |  |
| Reduced preference for some peers over others/impaired friendships |  |  |
| Delays in, or lack of, varied, age appropriate play with peers |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Restrictive, Repetitive Patterns of Behavior, Interest and Activities | True | False |
| Has unusual speech characteristics (echoing, jargon, unusual rhythm or volume) |  |  |
| Has repetitive body mannerisms |  |  |
| Reacts negatively to changes in schedule/insists on sameness |  |  |
| Has behavioral rituals |  |  |
| Has verbal rituals ( must say things, or have others say things in a particular way) |  |  |
| Has specific interests that are unusual in intensity (hobby of unusual intensity) |  |  |
| Engages in a limited range of activities  |  |  |
| Shows hyper reactivity to sensory input |  |  |
| Shows hypo reactivity to sensory input |  |  |
| Shows unusual sensory interest and preferences |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Disruptive Behavior | True | False |
| Engages in aggressive and/or destructive behaviors toward self, others or objects (self-injury, elopement, property destruction) |  |  |

**Please leave comments on the backside of this page. Make copies if needed**



**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 Pediatric Department c/o Mason Clinic 1701 N 13th street Shelton Wa 98584; or fax: 888-985-0681. 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

**Teacher Interview Form**

**Adapted from Seattle Children’s Autism Center**

**Complete and return by mail to Pediatric Department c/o Mason Clinic 1701 N 13th street Shelton Wa 98584; or fax: 888-985-0681**

Name of Child:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Person Completing Form:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Describe the child’s school program (if special class placement or service, please describe).

Please provide a brief description of this child’s academic functioning.

Please provide a brief description of the child’s communication skills (Both verbal and nonverbal including eye contact, gesture use, etc. as applicable).

Please provide a brief description of this child’s social functioning in structured social settings (e.g., classroom group work, etc).

Please provide a brief description of this child’s social functioning in un-structured social settings (e.g., recess, lunch, school breaks etc).

Please describe the quality of this student’s peer relationships (e.g., number or quality of friendships? Does he/she have mutual friendships?)

Please describe any concerns regarding restricted or repetitive behaviors (E.g., sensory seeking or sensitivities, repetitive or unusual language use, repetitive motor movements, intense interests, difficulties with transitions, change, or rule breaking, etc.)

Do you have concerns for autism spectrum disorder for this student? If yes, How did the concern arise? (e.g., social challenges, etc). When did your concern arise?

Almost Never Almost Always

This child requires extra help with 1 2 3 4 5

Social problems.

This child requires extra help with 1 2 3 4 5

Academic problems.

This child requires extra help with 1 2 3 4 5

behavioral problems.

Please provide a brief description of any behavioral problems at school?

Additional Comments: