



Children's National Health System
Division of Pediatric Neuropsychology
Center for Autism Spectrum Disorders

Correo postal: 15245 Shady Grove Road, Suite 350, Rockville, MD 20850
Fax: 301-765-5470

Instrucciones: La siguiente información nos ayuda a programar de manera adecuada su cita y solicitar la autorización del seguro. Responda a cada una de las preguntas lo mejor que pueda y **envíe sus respuestas por correo electrónico** a (NeuroPsychIntake@childrensnational.org) **con todas las evaluaciones psicológicas, educativas y del habla/lenguaje recientes y el Programa de Educación Individualizado (IEP) actual.** También puede enviar los documentos de admisión y respaldo por fax o correo regular si no tiene acceso a correo electrónico o no tiene la posibilidad de escanear sus documentos. Si tiene alguna pregunta, llame al 301-765-5430. **Por favor tenga en cuenta: Si usted tiene serias preocupaciones relacionadas con el bienestar de su niño(a), no recomendamos que se brinden los servicios de evaluación. Si tiene problemas inmediatos relacionados con la seguridad de su hijo(a), por favor busque los servicios de emergencias psiquiátricas en su sala de emergencias más cercana.**

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

¿Quién nos refirió el? paciente?

Un médico o proveedor de salud: Nombre _____ Número de teléfono: _____

Especialidad del médico (p. ej., pediatra, neurólogo, psicólogo, psiquiatra) _____

Se refirió por su cuenta Maestro/persona de la escuela Compañía de seguros Otro _____

¿A qué servicio se le refirió? Neuropsicología Centro de autismo Ambos No está seguro

¿Le gustaría solicitar un doctor en particular? Nombre: _____

¿Por qué quiere una evaluación? ¿Cuáles son sus preocupaciones o preguntas?

Seleccione todas las condiciones médicas que su niño padece o ha padecido:

<input type="checkbox"/>	Tumor cerebral: _____	<input type="checkbox"/>	Nacimiento prematuro: semanas de gestación _____
<input type="checkbox"/>	Leucemia: _____	<input type="checkbox"/>	Hidrocefalia
<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular: fecha _____	<input type="checkbox"/>	Trastorno genético: _____
<input type="checkbox"/>	Lesión cerebral traumática leve (Contusión): fecha: _____	<input type="checkbox"/>	Neurofibromatosis
<input type="checkbox"/>	Lesión cerebral traumática moderada-severa: fecha _____	<input type="checkbox"/>	Defecto cardíaco congénito

<input type="checkbox"/>	Infección del sistema nervioso central (p. ej., meningitis, encefalitis): _____	<input type="checkbox"/>	Anemia de células falciformes
<input type="checkbox"/>	Epilepsia/trastorno convulsivo: _____	<input type="checkbox"/>	Otras condiciones médicas: _____

Seleccione cualquier diagnóstico que el paciente padezca o que sospeche que padece. *Seleccione "Sospecha" en cualquier diagnóstico que le gustaría que comprobemos, que le demos una segunda opinión o que descartemos.*

Sí (el niño padece de)	Sospecha (el niño podría padecer de)	Condición médica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADHD/ADD (trastorno de déficit de atención)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo (p. ej., trastorno del espectro autista (ASD), trastorno de Asperger, desorden generalizado del desarrollo-no especificado (PDD-NOS))
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad del aprendizaje
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retraso o trastorno del lenguaje
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad intelectual (anteriormente denominado retraso mental)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión/Trastorno del estado de ánimo. Describa:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de ansiedad. Describa:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inquietudes, disforia o disconformidad de género
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras:

Enumere cualquier otra prueba que se haya realizado (Neuropsicológica, psicológica/IQ, educativa, habla/lenguaje)

Tipo de prueba	Fecha de la prueba	¿Quién la realizó?

¿Se ha planificado o programado alguna otra prueba (incluidas las pruebas del IEP u otras evaluaciones próximas)? No Sí (describa) _____

¿Cuál es el nombre de la escuela del paciente? _____ ¿En qué grado está? _____

Seleccione las áreas en que el paciente está teniendo problemas en la escuela:

<input type="checkbox"/>	Lectura
<input type="checkbox"/>	Matemáticas
<input type="checkbox"/>	Redacción
<input type="checkbox"/>	Funcionamiento ejecutivo, organización, técnicas de estudio
<input type="checkbox"/>	Otras - Describa:

En la escuela, ¿el paciente recibe:

<input type="checkbox"/>	servicios de educación especial o un Programa de Educación Individualizado (IEP)?
<input type="checkbox"/>	adaptaciones o un Plan 504?

Seleccione todos los *tratamientos* que el paciente recibe (en la escuela o de manera particular):

- Terapia del habla Terapia ocupacional Terapia física Consejería/Psicoterapia
 Tratamiento psiquiátrico (fecha de la última cita) _____ Otros: _____

Alguna vez el paciente ha tenido una hospitalización psiquiátrica o una colocación residencial? No Sí (¿cuándo?)

Enumere cualquier medicamento recetado regular que el paciente toma:

Medicamento	Dosis	Fecha de inicio

Indique o estime aproximadamente el nivel general de funcionamiento cognitivo (IQ) del paciente:

- Por encima del promedio Promedio Por debajo del promedio Intelectualmente discapacitado

Indique si el paciente padece alguna de las siguientes condiciones médicas:

<input type="checkbox"/>	Discapacidad auditiva (no corregida con prótesis auditivas). Describa:
<input type="checkbox"/>	Discapacidad visual (no corregida con anteojos [gafas]). Describa:
<input type="checkbox"/>	Mutismo selectivo (<i>no habla en algunas situaciones, p. ej., en la escuela; sin embargo, habla en otras situaciones, p. ej., en casa</i>)
<input type="checkbox"/>	Enfermedad psiquiátrica grave, psicosis. Describa:
<input type="checkbox"/>	Abuso de sustancias. Describa:

¿Está el paciente involucrado en algún proceso o acción judicial? Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Ha estado el paciente en prisión o se le ha enviado a un centro de detención? Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Cómo se comunica el/la paciente? Oraciones o más Frases Solamente palabras sueltas AAC o señas
 Otra _____

¿Qué idioma(s) se habla(n) en casa? Inglés Español Otro(s) _____

¿El paciente habla: casi siempre (o siempre) en inglés o casi siempre (o siempre) en otro idioma?: _____
 ¿O en una combinación de idiomas? Otro _____

Si el paciente habla más de un idioma, ¿cuándo empezó a hablar inglés? _____

Si el paciente habla más de un idioma, ¿recibe servicios para estudiantes cuyo idioma nativo no es el inglés/estudiantes de inglés (ESOL/ELL)? No Sí

¿Desea contar con un intérprete* para la entrevista para padres? No Sí (idioma) _____

*Se proporciona intérpretes de manera gratuita y sin retrasar la cita.

¿En qué medida estas situaciones representan un problema para el paciente? Seleccione la respuesta más adecuada:

Problemas cognitivos

<u>Nunca</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>A menudo</u>	
			Atención/concentración deficiente, se distrae con facilidad, no se puede concentrar
			Memoria deficiente: no puede recordar indicaciones de varios pasos, olvida artículos en la escuela/casa
			Habilidades lingüísticas deficientes: dificultad para comprender o usar el lenguaje
			Capacidades de orientación espacial deficientes: se pierde con facilidad, dificultad para diferenciar izquierda de derecha
			Organización, administración del tiempo, planificación deficientes; está confundido
			Dificultad para ser flexible de pensamiento: se bloquea con los problemas, repite pensamientos/ideas
			Habilidades motoras finas deficientes: abotonar, subir/bajar cremalleras, atar cordones de zapatos, escribir a mano
			¿Presenta otro problema cognitivo/de pensamiento?

Problemas de conducta/emocionales/sociales

<u>Nunca</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>A menudo</u>	
			Conducta hiperactiva: siempre en movimiento, inquieto, siempre trepando
			Conducta impulsiva: actúa sin pensar, interrumpe a los demás, grita en clases
			Conducta oposicionista: no sigue indicaciones, es desafiante, se niega a escuchar
			Dificultad para tener una conducta flexible, insiste en que las cosas sigan igual, problemas con las transiciones
			Problemas emocionales: <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Conducta retraída
			Conducta agresiva con: <input type="checkbox"/> Compañeros <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otros adultos
			Reacción emocional: hace berrinches, se molesta/frustra con facilidad
			Problemas sociales: dificultad para hacer amigos o para llevarse bien con los demás
			Dificultad para comprender señales sociales
			Conductas inusuales o repetitivas (explique:)
			Intereses demasiado intensos o repetitivos (explique:)
			¿Alguna otra preocupación en cuanto a la conducta?_

Añada cualquier información adicional o comentarios a continuación:

Formulario demográfico y de seguro del paciente

Nombre completo del paciente: Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Raza: _____ Etnia: Hispano No hispano

Dirección del domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

_____ Teléfono del domicilio: _____
País

Médico/pediatra de atención primaria del paciente: _____ Teléfono: _____

Persona que completa este formulario:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

¿Con quién debemos comunicarnos para hacer la cita?

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Número(s) de teléfono del domicilio o celular: _____ Correo electrónico: _____

¿Hay algún acuerdo actual sobre la custodia de este paciente? No Sí

Si la respuesta es sí, enumere a todas las personas que tienen la custodia legal del paciente:

¿Hay instrucciones específicas en la orden de custodia que afecten a la persona que toma decisiones médicas para el niño?

No Sí Si la respuesta es sí, describa: _____

SEGURO

Responsable principal: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección del domicilio: _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

_____ Fecha de nacimiento: _____

Responsable secundario: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección del domicilio: _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

_____ Fecha de nacimiento: _____

Método de pago (seleccione uno):

Por cuenta propia

Compañía de seguro médico: _____ N.º de póliza: _____

Dirección: _____ N.º de grupo: _____

Teléfono: _____

OFFICE USE ONLY: Reviewed By: _____ Date: _____ Assign to: _____ ICD-10 Dx: _____

SP-1 Academic Assessment SP-2 Social Cognition SP-3 NP Assessment SP-4 Psychological Assessment