

**Trastorno del Espectro Autista (ASD por sus siglas en inglés)
Cuestionario de Admisión**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de los padres: _____

Puntuación de la Lista de Verificación del Tratamiento de Autismo (ATEC por sus siglas en inglés) (www.autism.com/atec) _____ Fecha realizada _____

Subpuntuaciones ATEC: I: II: III: IV:

Escuela del jovencito: _____ Grado _____

Tipo de escuela: _____

¿Se siente bien con este marco ambiental para su hijo/a? Explique.

Terapias actuales:

¿Se realizan las terapias en la casa, escuela o en el centro?

¿Con quién vive el jovencito (incluya los menores)? Prepare una lista de los nombres y las edades de los niños/jovencitos y si alguno tiene necesidades especiales?

¿Cuándo y por quién fue realizada la diagnosis de ASD (si corresponde, o si no, cuál es la diagnosis)?

¿A qué edad usted sospechó un problema y por qué?

Historial Médico y de Desarrollo del pasado:

Historial del embarazo, parto y del recién nacido:

¿Dónde creció la mamá?

¿Vivió cerca de fábricas, autopistas, campos finqueros o supo de haberse expuesto a químicos? ¿Creció ella en un casa que poseía plomo, donde se usaba tabaco o existía mojo? Sírvase describir:

Sírvase describir cualquier problema(s) médico durante el embarazo, incluyendo enfermedades. ¿Tomó antibióticos durante el embarazo?

¿Ha tomado algún otro medicamento? Si es así, qué y cuándo?

¿Recibió inyecciones durante el embarazo y si es así cuándo y qué?

¿Cuántos calces dentales grises tuvo la mamá en aquel entonces? ¿Algún trabajo dental durante el embarazo? Si es así, ¿qué tipo?

¿Comió la mamá pezcado durante su embarazo? ¿Con qué frecuencia y qué tipo?

Sírvase describir la dieta de mamá durante su embarazo:

Durante el embarazo o el periodo de lactancia, ¿fumó la mamá? Sí___ No___

¿Cuándo? ¿Fumó el papá o cualquier otro pariente en la casa? Sí___ No___

¿Durante el embarazo o lactancia, usó la mamá alguna otra droga(s)? Sí ___ No ___
Si es así, ¿qué y cuándo?

La ocupación de la mamá y dónde trabajó durante el embarazo.

Sírvase describir cualquier problema con el embarazo, labor y parto. ¿Recibió la mamá antibióticos mientras estuvo en labor?

¿Fue inducido la labor con Pitocin? Sí ___ No ___

¿Cuán largo fue su labor?

Tipo de parto: Vaginal o cesárea. ¿Se usaron fórceps o ventosa obstétrica?

¿Fue de tiempo completo su hijo? (entre 38—41 semanas) Si no es así, ¿de cuántas semanas?

Peso al nacimiento: _____ Puntuación Apgars (si conoce) _____

Describa cualquier problema de recién nacido. ¿Estuvo el bebé en el NICU (cuidados intensivos)? Sí ___ No ___

¿Requirió el bebé antibióticos en el periodo inmediato de haber nacido (primera semana)?
Sí ___ No ___

¿Dió de lactar (pecho) a su bebé? Si es así, ¿por cuánto tiempo? ¿Algún problema de lactancia?

Si fue alimentado por medio de la botella, cuál formula bebió?
¿Algunos problemas con la fórmula? Describa por favor.

¿Tuvo el bebé problemas con reflujo, estreñimiento o cólico? Si es así, sírvase describir.

Historial médico:

¿Ha tenido su hijo/a problemas con infecciones recurrentes de cualquier tipo (más que una vez, excluyendo simples resfriados que no requieren antibióticos)?

Si es así, ¿cuáles fueron?, ¿cuándo empezaron y terminaron? si es applicable.

¿Por lo general se enferma con frecuencia su hijo o permanece saludable? Describa:

¿Toma a su hijo mucho tiempo para recuperarse de una enfermedad?

Aproximadamente, cuántas veces en su vida su hijo ha tomado antibióticos.

¿Qué cirugías ha tenido su hijo? ¿Cuándo y por qué?

¿Le han colocado calces dentales a su hijo? Si es así, ¿son los calces grises?

Sírvase hacer una lista de cualquier síntoma de alergia (congestión nasal, ronquera, sueño sin descanso, aumento de irritabilidad durante ciertos periodos o como respuesta al alimento u otro contacto):

¿Hay un historial de haber sido expuesto al mojo? Si es así, ¿cuándo y dónde? (incluir la escuela u otros lugares donde su hijo ha permanecido por mucho tiempo)

Haga una lista de todos los medicamentos actuales, vitaminas o complementos nutricionales y sus dosis.

¿Puede hacer pasar píldoras su hijo? Sí_____ No _____

Sírvase describir cualquier otra historial médico aparte de lo indicado (utilice la parte posterior de la página si es necesario):

Historial de vacunas:

Sírvase proporcionar una copia del registro de vacunas de su hijo.

¿Hubieron problemas o reacciones adversas a las vacunas?
Si es así, favor describir cuáles fueron las reacciones y a qué vacunas.

Historial de Desarrollo:

¿Se desarrolló el niño normalmente hasta cierto punto y luego retrocedió? Si es así, ¿sucedio después de un evento específico? Sírvase describir qué pasó.

¿Fue su hijo generalmente un niño feliz en su infancia?

¿Desarrolló su niño una buena sonrisa social en los primeros meses de su vida?

¿Gateó su hijo? Si es así, ¿por cuánto tiempo?

¿A qué edad se sentó por su propia cuenta?

¿A qué edad pronunció la primer palabra?

¿A qué edad pudo juntar dos palabras?

¿A qué edad habló?

¿Hay algunas demoras motrices persistentes ahora? ¿Está recibiendo su hijo terapia física para esto?

Sírvase describir los problemas de language de su hijo.

Sírvase describir cualquier reto educativo ahora (si es aplicable):

Historial familiar:

¿Hay alguien más en la familia (incluyendo la familia extensa o ampliada) con ASD u otras retrasos en el desarrollo? ¿Quién y de qué se trata?

¿Algún historial familiar de alguno de los siguientes? ¿Quién?

Trastornos autoinmunes (tipos):

Alergias estacionales o a ciertos alimentos:

Asma:

Eccema

Problemas de tiroides:

Enfermedad bipolar o esquizofrenia:

Anciedad o depresión:

Otro historial familiar que desee incluir:

Terapias y tratamientos anteriores:

¿Qué tratamientos ha recibido su hijo en el pasado? Sírvase incluir todas las terapias, como también todos los medicamentos y quién los proporcionó. Incluya cualquier terapia “alternativa” y sus proveedores, y qué le ha ayuda más y cómo. Relacionado a los medicamentos, cómo éstos ayudaron o apeararon (ejem. efectos secundarios)? Utilice el reverso del papel si es necesario.

Sírvase describir los patrones de sueño de su hijo, ahora y en el pasado. ¿Hay algo de ronquera?

Sírvase describir la dieta de su hijo:

¿Está su hijo entrenado para ir al baño? ¿Para orinar? ¿Para defecar?
¿Algún accidente o ha mojado la cama? Si es así, describa.

¿Lucha su hijo con poder defecar?

¿Historial de heces aguadas? ¿Cuándo?

Describa los movimientos intestinales (defecación) de su hijo:

Frecuencia:

Consistencia:

Color:

Olor (fétido):

Cantidad (ejem. cantidad grande o pequeña):

Síntomas actuales:

¿Es su hijo sensible al ruido?

¿Es su hijo sensible a la luz?

¿Es su hijo intolerante al calor? ¿al frío?

¿Es su hijo sensible a las ropas?

¿Es su hijo sensible a las texturas de las comidas o sabores?

¿Pone su hijo objetos en su boca excesivamente?

¿Rechina los dientes su hijo?

¿Expresa su hijo language repetitivo? ¿Movimientos?

¿Es muy obsesivo su hijo? ¿Cuándo empezó esto y cuán severo es?

¿Se siente muy ansioso su hijo? ¿Cuándo?

¿Tiene problemas su hijo en transicionarse de un actividad a otra?

¿Tiene su hijo cambios en su estado de ánimo?

¿Es difícil para su hijo calmarse?

¿Es su hijo agresivo o con un comportamiento autoperjudicial? Sírvase describirlo:

Sírvase describir en general el nivel de energía de su hijo:

Sírvase describir sus preocupaciones más grandes con su hijo.