**Oficina Administrativa**

P.O. Box 2487, Albemarle, NC 28002

**Oficina de Wilmington**

P. O. Box 4122, Wilmington, NC 28406

 910-399-1683 910-399-1780 (fax)

**Solo para uso de oficina:**

**Aplicación recibida:**

**Aprobado para servicios:**

**SOLICITUD DE SERVICIOS**

**POR FAVOR IMPRIMA O ESCRIBA INFORMACIÓN CLARAMENTE**

Por favor seleccione servicio (s) solicitados:

 Residencial Servicios Durante El Día Empleo Apoyado

 Morrow Valley Farmstead (centro de necesidades médicas)

**INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA**

**Nombre de la Persona:**

 Nombre Primer Apellido Segundo Apellido Preferido

**Sexo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Dónde reside actualmente la persona?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Medicaid #:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Condado de origen de Medicaid**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si es aplicable, Medicare #:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Plan de medicamentos recetados**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si corresponde cobertura tercera**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnóstico confirmado de trastorno del espectro autista: SI \* NO**

 **\* debe tener un diagnóstico confirmado para ser elegible para recibir servicios.**

**Aprobación de discapacidad confirmada: SI \*NO**

**\* debe ser confirmado para ser elegible para recibir servicios.**

**Lista de todos los servicios que reciben actualmente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Managed Care Organization (MCO) asociada con?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Exención de Innovations?** **SI** **NO**

**Enumere todos los servicios anteriores que esta persona ha recibido:**

Tipo de servicio/ubicación Duración de servicios Razón que los servicios fueron suspendidos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN LEGAL**

**Estado de tutela**

 Tutor propio Menor/Custodio Guardián General Tutor Limitado Poder Legal

 Guardián(es) de la Persona

**Nombre del tutor(es): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Fecha de Calificación**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SOCIAL/FAMILIA**

**MADRE**

**Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección Actual (Calle o PO Box): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono Principal #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono Alternativo #:** (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PADRE**

**Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección Actual (Calle o PO Box): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono Principal #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono Alternativo #:** (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HERMANOS**

 **Nombre Número de Contacto**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OTRAS PERSONAS SIGNIFICANTES**

**Nombre Relación Número de Contacto**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL DESARROLLO**

**INDICAR CON MARCA DE VERIFICACIÓN**

**BLANK SPACE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indique si él / ella puede:** | **SI** | **NO** |  | **-----** | **Indique el nivel de asistencia que necesita para:****Bañar /Duchar** |
| Ordenar por tamaño |  |  |  | No necesita (el/ella puede hacerlo todo) |
| Ordenar por color |  |  |  | Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos |
| Ordenar por función |  |  |  | Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda |
| Correctamente deletrear/escribir nombre |  |  |  | Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás |
| Cuenta 10 o más objetos |  |  | **-----** | **Cepillar los Dientes** |
| Decir la hora en punto. |  |  |  | No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)  |
| Decir la media hora |  |  |  | Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos |
| Hacer adiciones y restas simples |  |  |  | Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda |
| Leer/comprender oraciones simples |  |  |  | Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás |
| Leer/comprender periódicos o revistas |  |  | **-----** | **Ir al Baño** |
| Entender el significado de la palabra “no” |  |  |  | No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)  |
| Entender instrucciones simples |  |  |  | Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos |
| Entender instrucciones complicadas  |  |  |  | Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda |
| Hacer  |  |  |  | Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indique si él / ella puede:**  | **SI** | **NO** | **BLANK SPACE**  | **----** | **Indique el nivel de asistencia que necesita para:****Vestirse** |
| Relacionar la experienca cuando se le pregunta |  |  |  | No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)  |
| Contar una historia, o broma |  |  |  | Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos |
| Describir planes realistas en detalle |  |  |  | Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda |
| Identificar dinero |  |  |  | Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás |
| Hacer compras simples |  |  | **----** | **Participar en las tareas del hogar** |
| Dar el cambio correcto  |  |  |  | No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)  |
| Usar la cuenta de cheques/ahorros |  |  |  | Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos |
| Permanecer sin supervisión por un período de tiempo |  |  |  | Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda |
| Entiende 911 |  |  |  | Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás |
| Puede evacuar una situación de emergencia sin avisos |  |  | **----** | **Preparación básica de comida** |
| Puede hacer solicitud de cosas queridas o deseadas |  |  |  | No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo)  |
| Hacer o proporcionar comentarios |  |  |  | Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos |
| Participar en rutinas sociales |  |  |  | Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda |
| Puede buscar información de otros |  |  |  | Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás |
| Entiende los gestos |  |  | **----** | **Alimentarse** |
| Entiende signos |  |  |  | No necesita asistencia (el/ella puede hacerlo solo) |
| Utiliza un sistema especial (por ejemplo, imágenes, objetos, tarjetas) |  |  |  | Asistencia mínima como recordatorios verbales o indicaciones de gestos |
| Puede dar información |  |  |  | Asistencia Parcial-Necesita algunas manos para ayuda |
| Puede rechazar cosas que no son deseables |  |  |  | Asistencia Completa- Necesita el apoyo de los demás |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indique con qué frecuencia, si alguna vez la persona realiza los siguientes comportamientos:** |  Nunca | No este año  | Menos de un vez al mes | Aproximadamente una vez al mes  | Una vez a la semana | Varias veces a la semana | Una vez al día o más |
| Tiene rabieta o arrebato emocional |  |  |  |  |  |  |  |
| Daños propios o propiedad de otros |  |  |  |  |  |  |  |
| Interrumpe las actividades de los demás |  |  |  |  |  |  |  |
| Se muerde a sí mismo |  |  |  |  |  |  |  |
| Arañazos / pellizcos a sí mismo |  |  |  |  |  |  |  |
| Se golpea a sí mismo |  |  |  |  |  |  |  |
| Se golpea la cabeza |  |  |  |  |  |  |  |
| Muerde a los demás |  |  |  |  |  |  |  |
| Arañazos / pellizcos a los demás |  |  |  |  |  |  |  |
| Golpea a los demás |  |  |  |  |  |  |  |
| Patea a los demás |  |  |  |  |  |  |  |
| Corre o se aleja |  |  |  |  |  |  |  |
| Roba |  |  |  |  |  |  |  |
| Come / muerde artículos no comestibles |  |  |  |  |  |  |  |
| Mostrar comportamiento sexual inapropiado |  |  |  |  |  |  |  |
| **Comentarios Adicionales** |  |

**\*TENGA EN CUENTA: GHA AUTISM SUPPORTS ES UNA ORGANIZACIÓN LIBRE DE RESTRICCIONES Y NO PODEMOS OFRECER SERVICIOS A PERSONAS QUE REQUIEREN EL USO DE INTERVENCIONES RESTRICTIVAS.**

**INFORMACIÓN MÉDICA**

**Alergias: Indique cualquier alergia a los alimentos, las drogas o el medio ambiente junto con las reacciones:**

|  |  |
| --- | --- |
| (Alergia) | (Reacción) |
| (Alergia) | (Reacción) |
| (Alergia) | (Reacción) |

 **Hospitalizaciones y Cirugías Médicas:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | (Fecha) |
|  | (Fecha) |
|  | (Fecha) |

**Hospitalizaciones Psiquiátricas/Estabilización de Crisis:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | (Fecha) |
|  | (Fecha) |
|  | (Fecha) |

**Medicamentos Actuales:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del Medicamento | Instrucciones de Dosificación | Prescrito Para |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Medicamentos Anteriores:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del Medicamento | Instrucciones de Dosificación | Prescrito Para |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Indicar con marca de verificación**

 Independiente- El individuo es totalmente responsable de su medicación.

 Asistencia- el personal/otros mantienen medicamentos; el individuo participa con asistencia.

Asistencia Total- El personal/otros asumen la responsibilidad total

**¿Cómo indica que él / ella puede no sentirse bien?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMACIÓN MÉDICA...CONTINUA**

**INDICAR CON MARCA DE VERIFICACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A picture containing kitchenware, tool  Description automatically generated | **Audición** | A picture containing kitchenware, tool  Description automatically generated |  **Visión** | A picture containing kitchenware, tool  Description automatically generated | **Movilidad**  |
|  | Indeterminado |  | Indeterminado |  | Camina de forma independiente |
|  | Normal |  | Normal |  | Camina independiente, pero con dificultad |
|  | Pérdida leve (Dificultad para escuchar el habla normal) |  | Deterioro moderado (Problemas para ver distancias, bordillos, etc. |  | Camina independiente, con dispositivo correctivo |
|  | Pérdida moderada (Dificultad para escuchar el habla fuerte)  |  | Deterioro severo (No se pueden ver caras, línea en la que escribir o marcar |  | Camina solo con la ayuda de otra persona |
|  | Pérdida severa (Solo puede escuchar un discurso amplificado) |  | Percepción de luz (Ve solo luz y / o sombras) |  | No camina |
|  | Pérdida profunda |  | Ciego |  |  |

**Comentarios adicionales sobre audición, visión y movilidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HÁBITOS DE DORMIR:**

**Él/ella típicamente duerme:** [ ]  Toda la noche [ ]  3-5 horas [ ]  Menos de 3 horas por noche

**Él/ella usa:** [ ]  Cama [ ]  Una cama adaptada [ ]  Barandillas de la cama

**Comentarios adicionales con respecto a los hábitos de dormir: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Tiene él / ella una dieta especial?** [ ]  NO [ ]  SI

**¿Él / ella usa algún alimento especial / adaptativo para comer o beber?** [ ]  NO [ ]  SI

**¿Problemas de asfixia o** **deglución?** [ ]  NO [ ]  SI

**¿Requiere él/ella personal capacitado en procedimientos especiales de atención médica?** [ ] NO [ ] SI

**INFORMACIÓN MÉDICA:**

**Respiratorio** (e.g., Asma, Alergias, Fibrosis Quística, Tuberculosis, etc)

[ ]  NO [ ]  SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cardiovascular** (por ejemplo, enfermedad cardíaca, hipertensión, etc.)

[ ]  NO [ ]  SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endocrino (**e.g., Diabetes, Enfermedad de Tiroides, etc)

[ ]  NO [ ]  SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gastro-Intestinal** (e.g., Úlceras, Dificultades Intestinales.)

[ ]  NO [ ]  SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Urinario** (e.g., Problemas de Riñon, etc.)

[ ]  NO [ ]  SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Neoplástico** (e.g. Cáncer,Tumor, etc.)

[ ]  NO [ ]  SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Neurológico** (e.g. Trazo, Migrañas, Discapacidad de Desarrollo, Convulsiones, Alzheimer, Parálisis Cerebral, etc.)

[ ]  NO [ ]  SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Convulsiones (e.g., heart disease, etc.)**

 [ ]  NO [ ]  SI

**Describa las convulsions tipicas**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Frecuencia de las convulsiones:** [ ] Ninguna durante este año pasado [ ]  Menos de una vez al mes

 Una vez al mes [ ] Una vez a la semana [ ] Varias veces a la semana [ ]  Una vez al dia o mas

Médico Primario Actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de la Práctica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección-Calle/PO Box:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Principal #: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax # (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE PRESENTACIÓN**

**POR FAVOR ENVÍE LO SIGUIENTE CON ESTA APLICACIÓN:**

[ ]  Evaluación psicológica (evaluación TEACCH preferible) que confirma el diagnóstico de

 Trastorno del Espectro Autista

[ ]  Historial Médico- último físico

[ ]  Plan de soporte individualizado (según lo garantizado)

[ ]  Otra información según corresponda (enumere por favor):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Esta solicitud de servicios está siendo completada por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección postal actual- Calle o PO Box: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono Principal #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono alternativo #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Aviso: Firmando a continuación, yo / nosotros estamos solicitando voluntariamente servicios de GHA Autism Supports y entendemos que se dará consideración a esta Solicitud de Servicios sin distinción de raza, color o origen nacional.**

**Imprimir nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INSTRUCCIONES DE ENVÍO DE SOLICITUD**

Una vez completada, ***la Solicitud de Servicios*** junto con toda la documentación de respaldo solicitada se puede enviar de cualquiera de las siguientes maneras:

**Fax a:** (704) 982-8155

**Correo Electrónico:** GHAAdmissions@ghainc.org

**Correo:** **GHA Autism Supports**

 **Attention: Application for Services**

 **PO Box 2487 Albemarle, NC 28002**

**¿Todavía tienes preguntas?** Por favor, póngase en contacto con la línea de admisiones y referencias de GHA al: (704) 982-9600 ext. 200

***La Solicitud de Servicios***, junto con otra información relacionada con los servicios prestados por GHA Autism Supports, así como enlaces a recursos valiosos, se pueden encontrar en nuestro sitio web a: [**www.ghaautismsupports.org**](http://www.ghaautismsupports.org)**.**

MISIÓN: GHA Autism Supports brinda servicios comunitarios de calidad para satisfacer las necesidades únicas de las personas con Trastorno del Espectro Autista.

VISIÓN: Crearemos entornos en los que se entienda a personas de todas las edades con Trastorno del Espectro Autista, valoradas por su diversidad y se les den oportunidades para crecer, así como también contribuir a la comunidad.

VALORES: Valoramos la singularidad de cada persona con Trastorno del Espectro Autista y buscamos incorporar sus fortalezas, habilidades y elecciones en la planificación y provisión de servicios.