

Hola,

Gracias por referirnos al Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas (CARD). CARD es una agencia financiada por el estado cuyo propósito es servir a las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) o Discapacidades Relacionadas, sus familias, las escuelas y la comunidad. El proceso de remisión es el siguiente:

1. Rellene los formularios adjuntos.
2. Como tutor legal de una persona mayor de 18 años, necesitamos su firma en el **Formulario de permiso para observar y/o intercambiar información para** poder intercambiar información con usted u otras personas. Con la remisión debe incluirse una copia de su documentación de tutela.
3. Deberá presentarse documentación que acredite un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) o Discapacidades Afines. Algunos ejemplos de documentación adecuada son: informes de evaluación diagnóstica de un neurólogo, médico, psiquiatra, psicólogo o trabajador social. La documentación también puede incluir evaluaciones escolares o Planes Educativos Individualizados (PEI) que indiquen que el Autismo/TEA es la excepcionalidad educativa.
4. Los formularios de admisión pueden devolverse a través de
 - **Correo electrónico:** autism@med.fsu.edu
 - **Fax:** (850) 644-3644
 - **Mail:** One Pensacola Plaza, 125 W Romana St. Ste. 222 Pensacola, Florida 32502
-Atención: Intake Coordinator

Una vez recibido, nuestro Intake Coordinator se pondrá en contacto con usted por correo electrónico o por teléfono.

FSU CARD tiene oficinas en Tallahassee, Ciudad de Panamá y Pensacola. Para más información llame al teléfono: (850) 644-4367 o al número gratuito (800) 769-7926

Estamos deseando conocerle.



Catherine Zenko, M.S., CCC-SLP

Directora, FSU CARD

CARD Puede...

- ❖ Proporcionar **consultas** a corto plazo a personas y familias para ayudarles con problemas relacionados con el autismo en casa, en la comunidad, en el trabajo, previa solicitud.
- ❖ Ayudar a desarrollar y crear **apoyos visuales** (horarios, narrativas sociales, etc.) para los clientes registrados de CARD. Póngase en contacto con la oficina de CARD para solicitar ayuda.
- ❖ Proporcionar **asistencia profesional y programática** a escuelas, agencias, empleadores y proveedores en una variedad de áreas que incluyen estrategias de instrucción, gestión del comportamiento, comunicación, habilidades sociales...
- ❖ Proporcionar una **biblioteca electrónica** gratuita con libros sobre autismo, comunicación, comportamiento, temas educativos y mucho más.
- ❖ Participar en **actos** comunitarios **de concienciación sobre el** autismo para mejorar la educación pública sobre el autismo y CARD.
- ❖ Impartir **formación** sobre diversos temas a familias, profesores, cuidadores, clientes, otros proveedores afines, organizaciones comunitarias y empleadores.
- ❖ Proporcionar un **boletín electrónico** con una lista de los próximos **eventos** y **cursos de formación** en su zona. Si desea que le añadamos a nuestra lista de correo electrónico, visite **fsucard.com** o envíe un correo electrónico a **autism@med.fsu.edu**.
- ❖ Mantener un **sitio web** en el que se describan las próximas formaciones y conferencias y se ofrezcan recursos e información actualizados. Visite nuestro sitio web en **fsucard.com**.
- ❖ Trabajar con empresas locales para ampliar su base de clientes y ofrecer oportunidades de empleo a personas con autismo con nuestra **Iniciativa de Empresas Amigables con el Autismo**.

Aunque CARD puede proporcionar una variedad de apoyos a clientes y familias, CARD NO proporciona evaluaciones, diagnósticos, terapias o cuidados de relevo.

*Si desea más información sobre **FSU CARD**, póngase en contacto con nosotros o visite nuestra sección de **Preguntas frecuentes (FAQ)**.*

Teléfono: (850) 644-4367
Teléfono gratuito: (800) 769-7926
Fax: (850) 644-3644
Correo electrónico: autism@med.fsu.edu



Todos los servicios de CARD son GRATUITOS.



Todos los servicios de CARD son GRATUITOS.

Por favor, rellene este paquete de remisión lo más completamente posible, imprímalo, fírmelo y envíelo por correo electrónico, fax o correo postal a CARD. El personal de CARD se pondrá en contacto con usted cuando hayamos recibido su paquete de remisión en nuestra oficina.

Escriba directamente en este formulario, o imprímalo y rellénelo con tinta

Date: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género:

- Hombre Mujer
 Transgénero No se identifica como hombre, mujer o transexual

Carrera:

- Indio americano/nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico
 Negro o afroamericano Blanco Más de una raza
 Prefiero no contestar

Etnia:

- Hispano o latino No hispano o latino Prefiero no contestar

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Provincia: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: (H) _____ (W) _____ (C) _____

Padre(s)/Tutor: _____

***** POR FAVOR INCLUYA LA DOCUMENTACIÓN DE TUTELA *****

Dirección postal (si es diferente): _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Provincia: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: (H) _____ (W) _____ (C) _____

¿Podemos dejar un mensaje de voz? _____ En caso afirmativo, ¿en qué número(s)? _____

Diagnóstico: _____

Por quién: _____ Fecha: _____

*****POR FAVOR, ENVÍE COPIA DEL INFORME DE EVALUACIÓN QUE DOCUMENTE EL DIAGNÓSTICO*****



**FSU Center for Autism and Related
Disabilities Referral/Intake (Adult with
Guardianship) (continuación)**



Otros problemas de salud: _____

Medicamentos: _____ Seguro: _____

Nombre de la escuela (si procede): _____

Lugar de trabajo (si procede): _____

Nombre de contacto: _____ Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado Código postal: _____

Otras agencias/proveedores de servicios: _____

¿Cuáles son sus principales preocupaciones? Marque todas las que procedan.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comunicación | <input type="checkbox"/> Habilidades sociales/Interacción |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento(s) desafiante(s) | <input type="checkbox"/> Comprender el trastorno del espectro |
| <input type="checkbox"/> Educación/Escuela/Académicos | <input type="checkbox"/> autista Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Empleo | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vivienda | _____ |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento para ir al baño | |
| <input type="checkbox"/> En busca de un diagnóstico | |

¿Dónde podemos ayudarle? Marque todo lo que corresponda:

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inicio | <input type="checkbox"/> Comunidad |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Trabajo |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

¿Cuál es su renta familiar anual? (Opcional) _____

Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la FSU
2312 Killearn Center Blvd., Edif. A, Tallahassee, Florida 32309

Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la FSU en Ciudad de Panamá
4750 Collegiate Dr., Barron Bldg., Rm A303, Panama City, Florida 32405

Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la FSU en Ciudad de Pensacola
One Pensacola Plaza, 125 W Romana St., Ste. 222 Pensacola, Florida 32502

(850) 644-4367 - Teléfono
(800) 769-7926 - Llamada gratuita
(850) 644-3644 - Fax

1. ¿Corre peligro de herirse a sí mismo o a otros?

2. ¿Se ha autolesionado o ha lesionado a otras personas? ¿De qué manera? ¿Es probable que continúe?

3. ¿Se han producido daños o se han destruido bienes y es probable que continúen produciéndose?

4. ¿Ha interferido o interferirá el comportamiento de esta persona en su capacidad para permanecer y participar en su aula/hogar/comunidad?

¿Le remitieron a CARD? En caso afirmativo, ¿quién lo hizo?

Nombre/Título: _____

Agencia: _____

Mailing Dirección: _____

City, Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la FSU
2312 Killearn Center Blvd., Edif. A, Tallahassee, Florida 32309

(850) 644-4367 - Teléfono

Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la FSU en Ciudad de Panamá 4750
Collegiate Dr., Barron Bldg., Rm A303, Panama City, Florida 32405

(800) 769-7926 - Llamada gratuita

Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la FSU en Ciudad de Pensacola
One Pensacola Plaza, 125 W Romana St., Ste. 222 Pensacola, Florida 32502

(850) 644-3644 - Fax

1. ¿Cómo se comunica la persona remitida? (Marque todo lo que corresponda.)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vocalizaciones | <input type="checkbox"/> Lenguaje de signos/gestos | <input type="checkbox"/> Dispositivo de |
| <input type="checkbox"/> Imágenes palabras | <input type="checkbox"/> Frases de dos o tres | <input type="checkbox"/> comunicación de una |
| <input type="checkbox"/> Frases | <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> sola palabra |

2. ¿Cómo te lo hace saber? _____

¿Deseos/Necesidades? _____

¿Cuándo necesita ayuda? _____

¿Cuando no le gusta algo? _____

3. ¿Cómo le proporciona información? (Marque todo lo que proceda).

- | | | | |
|--|---|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Objetos | <input type="checkbox"/> Fotos | <input type="checkbox"/> Gestos | <input type="checkbox"/> Verbal |
| <input type="checkbox"/> Horarios visuales | <input type="checkbox"/> Historias sociales | <input type="checkbox"/> Otros | |

4. Enumera algunas cosas que hace bien: _____

5. Enumera algunas cosas que le ayudan a mantener la calma: _____

6. ¿Cuáles son sus cosas, juguetes o personajes favoritos? ¿Cuáles son sus intereses?

7. Enumera las cosas o acontecimientos que no le gustan o le resultan difíciles:

8. ¿Qué le preocupa de él o ella en este momento?

1. ¿Se ha hecho daño intencionadamente a sí mismo o a otros? Por favor, descríballo.

2. ¿Ha hablado alguna vez este individuo de hacerse daño a sí mismo o a otros?

3. ¿Tiene esta persona un diagnóstico de salud mental distinto del autismo? Por favor, descríballo.

4. ¿Ha recibido esta persona tratamiento psiquiátrico o ha estado hospitalizada por problemas de salud mental? Descríballo.

5. ¿Recibe actualmente esta persona asesoramiento psicológico? ¿dónde?

6. ¿Ha sido esta persona acusada o condenada por un delito sexual o violento? Descríballo.



**Florida State University Center for Autism
& Related Disabilities Permiso
observar e intercambiar
información**



Por la presente autorizo y solicito al Centro para el Autismo y Discapacidades Relacionadas de la Universidad Estatal de Florida permiso para observar al cliente CARD, _____

Por la presente autorizo y solicito al Centro para Autismo y Discapacidades Relacionadas de la Universidad Estatal de Florida permiso para intercambiar información sobre el cliente de CARD mencionado anteriormente con la escuela, agencias e individuos mencionados a continuación. También autorizo a las agencias mencionadas a continuación a intercambiar información y divulgar registros educativos, médicos, psicológicos, psiquiátricos o de otro tipo al Centro para Autismo y Discapacidades Relacionadas de la Universidad Estatal de Florida.

Enumere a continuación las personas y organismos con los que CARD puede intercambiar

Información: Escuela(s)/Sistema escolar del condado:

Doctor(es):

Otras agencias/terapeutas/especialistas:

Otros miembros de la familia:

¿Ha sido su hijo cliente del Proyecto FIRST Words/Baby Navigator?

Sí No

En caso afirmativo, ¿Da su consentimiento para compartir información con el Proyecto FIRST Words/Baby Navigator?

Sí No

(Fecha) _____

(Firma del tutor legal o del cliente adulto si es mayor de 18 años)

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

**Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la FSU
2312 Killearn Center Blvd., Edif. A, Tallahassee, Florida 32309**

**Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la FSU en Ciudad de Panamá
4750 Collegiate Dr., Barron Bldg., Rm A303, Panama City, Florida 32405**

(850) 644-4367 - Teléfono

(800) 769-7926 - Llamada gratuita

**Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la FSU en Ciudad de Pensacola
One Pensacola Plaza, 125 W Romana St., Ste. 222 Pensacola, Florida 32502**

(850) 644-3644 - Fax