

Estimados padres,

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

1. Rellene los formularios adjuntos.
2. Rellene el **formulario Permiso para observar y/o intercambiar información** incluyendo todas las agencias o personas con las que podemos intercambiar información sobre su hijo. Incluya su firma y la fecha.
3. La documentación de un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) o Discapacidades Relacionadas debe presentarse para individuos de 9 años o más o al finalizar el 2º grado, lo que ocurra primero. Los ejemplos de documentación apropiada incluyen: informes de evaluación de diagnóstico de un neurólogo, médico, psiquiatra, psicólogo o trabajador social. La documentación también puede incluir evaluaciones escolares o planes de educación individualizados (IEP) que indiquen el autismo/ASD como la excepcionalidad educativa.
4. FSU CARD no requiere un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) para los niños menores de 9 años o que no han completado el 2º grado. La elegibilidad de estos niños se determina a través de un proceso de selección mediante cuestionarios. A los niños que se determine que cumplen los requisitos a través del proceso de selección se les exigirá que obtengan un diagnóstico formal de TEA a los 9 años o al finalizar el 2º grado para seguir siendo clientes de CARD.
5. Los formularios de admisión pueden devolverse a través de
  - **Correo electrónico:** [autism@med.fsu.edu](mailto:autism@med.fsu.edu)
  - **Fax:** (850) 644-3644
  - **Correo:** One Pensacola Plaza, 125 West Romana Street, Suite 222, Pensacola, Florida 32502- Attention: Coordinador de admisión

**Una vez recibido, nuestro coordinador de admisiones se pondrá en contacto con usted por correo electrónico o teléfono.**

FSU CARD tiene oficinas en Tallahassee, Ciudad de Panamá y Pensacola. Para más información, llame al

**Teléfono: (850) 644-4367 o llamada gratuita (800) 769-7926**

Esperamos conocerle a usted y a su hijo.



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](http://fsucard.com) o envíe un correo electrónico a [autism@med.fsu.edu](mailto: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](http://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)**- [fsucard.com/faqs](http://fsucard.com/faqs)*

Teléfono: (850) 644-4367

Teléfono gratuito: (800) 769-7926

Fax: (850) 644-3644

Correo electrónico: [autism@med.fsu.edu](mailto:autism@med.fsu.edu)



**Todos los servicios de CARD son GRATUITOS.**



## Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la FSU Derivación/Admisión (Niño)

Todos los servicios de CARD son GRATUITOS.

Por favor, rellene este paquete de remisión lo más completamente posible, imprímalo, firmelo 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 y apellidos: \_\_\_\_\_ 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

Padre(s)/Tutor: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono: (H) \_\_\_\_\_ (W) \_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje de voz? En caso afirmativo, a qué número(s): \_\_\_\_\_

Padre o madre (si es diferente): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono: (H) \_\_\_\_\_ (W) \_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_

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

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Por quién: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Se debe presentar documentación que acredite un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista o de Discapacidades Relacionadas para personas de 9 años o más, o que hayan completado el segundo grado, lo que ocurra primero. FSU CARD no exige un diagnóstico de Trastorno del Espectro de Autismo para niños menores de 9 años o que no hayan completado el segundo grado. La elegibilidad de estos niños se determina mediante un proceso de evaluación con cuestionarios.*

## Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la FSU Derivación/Ingreso (Niño) (continuación)

Otros problemas de salud: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Profesor/Contacto de la escuela: \_\_\_\_\_

Tipo de clase: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Servicios de terapia escolar: \_\_\_\_\_

Otros servicios/agencias de terapia: \_\_\_\_\_

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

Comunicación

Búsqueda de un Diagnóstico

Comportamiento(s) desafiante(s)

Habilidades sociales/Interacción

Educación/Escuela/Académico

Comprender el trastorno del espectro Autista

Empleo relacionado

Otros: \_\_\_\_\_

Vivienda

Control de esfínteres

¿Dónde podemos ayudarlo? Marque todo lo que corresponda:

Inicio

Escuela

Trabajo

Comunitario

Otros: \_\_\_\_\_

## Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la FSU Derivación/Ingreso (**Niño**) (**continuación**)

¿Cuál es su renta familiar anual? (Opcional) \_\_\_\_\_

¿Recibe su familia ayuda de alguno de los siguientes programas o servicios? Marque todos los que procedan.

- |   |  |
|---|--|
| Agencia para las Personas con Discapacidad (APD)                              | Ayuda a la Vivienda  |
| Ayuda para el cuidado de niños  | Asistencia telefónica o para combustible                         |
| Prestaciones por incapacidad como la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) | Medicaid   |
| Intervención temprana para su bebé o niño                                     | TANF (Ayuda Temporal para Familias Necesitadas)                  |
| pequeño Cupones para alimentos (SNAP)   | Desempleo  |
| Hogar grupal/centro de atención intermedia (ICF)/Atención Institucional       | Visiting Nurse u otras visitas a domicilio como Healthy Families |
| Head Start o Early Head Start   | WIC (Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)          |
- Otros: \_\_\_\_\_

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

Nombre/Título: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Centro FSU para el autismo y discapacidades relacionadas Evaluación de salud mental

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

---

---

---

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

---

---

---

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

---

---

---

4. ¿Ha recibido su hijo tratamiento psiquiátrico o ha estado hospitalizado por problemas de salud mental? ¿Cuándo? Descríballo.

---

---

---

5. ¿Recibe actualmente su hijo asesoramiento psicológico? ¿dónde?

---

---

---

## Centro FSU para el autismo y discapacidades relacionadas Permiso para 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 alguna vez 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

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

**Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.**