

Hola,

Gracias por su referencia 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, escuelas y la comunidad. El proceso de referencia es el siguiente:

1. Rellene los formularios adjuntos.
2. Completar el **Formulario de Permiso para Observar y/o Intercambiar Información** incluyendo todas las agencias o individuos con quienes podemos intercambiar información. También incluya su firma y la fecha actual. Requerimos su firma en el Formulario de Permiso para Observar y/o Intercambiar Información para poder intercambiar información con usted u otras personas.
3. Se debe presentar la documentación de un diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA) o discapacidades relacionadas. 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. 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 asistencia en español está disponible.**

Cordialmente,



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.**



## FSU Center for Autism and Related Disabilities Referencia / Ingesta (Adulto)

**Todos los servicios de la TARJETA son GRATUITOS.**  
**Complete este paquete de referencia lo más completo posible, imprímalo, fírmelo y envíelo por correo electrónico, fax o correo postal a CARD. El personal de CARD se comunicará con usted cuando su paquete de referencia haya sido recibido en nuestra oficina.**

**Escriba directamente en este formulario o imprima y complete con tinta.**

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Genero:

- Hombre  Mujer  
 Transgénero  No identificarse como hombre, mujer o transgénero

Raza:

- Indio Americano Nativo de Alaska  Asiática  Nativa hawaiana u otra isleña del Pacífico  
 Negra o afroamericana  Blanco  Más de una carrera  
 Prefiero no contestar

Etnicidad:

- Hispano o latino  No Hispano o latino  Prefiero no contestar

Dirección de envoi: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Correro Electronico: \_\_\_\_\_

Telephono: (H) \_\_\_\_\_ (W) \_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje de voz? \_\_\_ Si es así, ¿qué número(s)? \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

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



FSU Center for Autism and Related Disabilities
Referencia / Ingesta (Adulto) (continuación)

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

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

Nombre de la escuela (si corresponde): \_\_\_\_\_

Lugar de empleo (si corresponde): \_\_\_\_\_

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Otras agencias/proveedores de servicios: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus principales preocupaciones? Marque todo lo que corresponda.

- Comunicación
Comportamiento(s) desafiante(s)
Educación/Escuela/Académico
Empleo relacionado
Vivienda
Entrenamiento para ir al baño

- Buscar un diagnóstico
Habilidades Sociales/Interacción
Comprender el trastorno del espectro autista
Otro: \_\_\_\_\_

¿Dónde podemos ayudarte? Marque todo lo que corresponda:

- La Casa
Escuela
Trabajo comunitario
Otra: \_\_\_\_\_

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

(800)769-7926/(850)644-4367
(850)644-3644 - Facsimile

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

## Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la FSU Referencia / Ingesta (Adulto) (continuación)

¿Cuál es su renta familiar anual? (Opcional)

\_\_\_\_\_

¿Usted o algún ser querido recibe ayuda de alguno de los siguientes programas o servicios?

Marque todas las opciones que correspondan.

- |   |  |
|---|--|
| 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: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

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

Número de teléno: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

Nombre/Título: \_\_\_\_\_

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

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_



# FSU Center for Autism and Related Disabilities Perfil

1. Describa sus habilidades de comunicación: \_\_\_\_\_

---

---

2. Enumere algunas de sus fortalezas o activos: \_\_\_\_\_

---

---

3. Enumere cualquier inquietud que tenga: \_\_\_\_\_

---

---

4. ¿Hay algo más sobre usted que crea que es importante compartir con nosotros? \_\_\_\_\_

---

---

5. ¿Está en riesgo de perder su trabajo o la colocación de su hogar? \_\_\_\_\_

---

---

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

1. ¿Tiene otros diagnósticos de salud mental además de TEA? Por favor describa.

---

---

2. ¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico o ha sido hospitalizado por problemas de salud mental?  
¿Cuándo? Por favor describa.

---

---

3. ¿Has recibido consejería? ¿Cuándo? ¿Dónde?

---

---

4. ¿Alguna vez ha sido acusado o condenado por un delito sexual o violento? Si es así, por favor  
describalo.

---

---



Centro FSU para el autismo y discapacidades relacionadas

Permiso para observar e intercambiar información

Por la presente, autorizo y solicito el permiso del Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la Universidad Estatal de Florida para intercambiar información sobre \_\_\_\_\_ el cliente de CARD con la escuela, las agencias y las personas que se enumeran a continuación. También otorgo permiso a las agencias enumeradas a continuación para intercambiar información y divulgar registros educativos, médicos, psicológicos, psiquiátricos u otros al Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la Universidad Estatal de Florida.

Enumere a continuación las personas y agencias con las que CARD puede intercambiar información:  
Escuela(s)/Agencias comunitarias/Lugar de trabajo:

\_\_\_\_\_

Médico(s):

\_\_\_\_\_

Otras agencias/terapeutas/especialistas:

\_\_\_\_\_

Otros miembros de la familia:

\_\_\_\_\_

(Signature)

(Date)

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