

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](mailto: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](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.**



**Referencia / Ingesta (Adulto con tutela)**

**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\*\*\***



Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la FSU  
**Referencia / Ingesta (Adulto con tutela) (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: _____ |                                    |

## Centro de Autismo y Discapacidades Relacionadas de la FSU Referencia / Ingesta (Adulto con tutela) (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: \_\_\_\_\_

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

Nombre/Título: \_\_\_\_\_

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

Dirección postal: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

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

Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

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

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

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?

---

## Perfil del Centro de Autismo y Discapacidades Afines de la FSU

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 sola palabra |
| <input type="checkbox"/> Frases            | <input type="checkbox"/> Otros                     |                                                           |

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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Centro de Autismo y Discapacidades  
Relacionadas de la FSU Examen de salud mental

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:

Two horizontal lines for school information.

Doctor(es):

Two horizontal lines for doctor information.

Otras agencias/terapeutas/especialistas:

Two horizontal lines for other agencies/therapists/specialists.

Otros miembros de la familia:

Two horizontal lines for other family members.

¿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.