

Capacitación para padres en casa (PHT) y Project ImPACT
Formulario para registro de la familia

Nombre del menor: _____ **Idiomas:** _____

Intereses actuales:

¿Qué espera aprender en PHT?:

¿Qué disfruta su hijo/a? ¿Qué es importante para su familia?

¿Qué funciona bien para su familia en este momento? (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ir al baño | <input type="checkbox"/> Dormir/hora de acostarse | <input type="checkbox"/> Comer |
| <input type="checkbox"/> Transiciones | <input type="checkbox"/> Jugar | <input type="checkbox"/> Comunicación |
| <input type="checkbox"/> Comunidad | <input type="checkbox"/> Entender los comportamientos desafiantes | |
| <input type="checkbox"/> Actividades de la vida diaria (por ejemplo, bañarse, cepillarse los dientes, etc.). | | |

Otro: _____

¿Qué es un reto para usted y su hijo en este momento? (Marque todas las opciones que correspondan):

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ir al baño | <input type="checkbox"/> Dormir/hora de acostarse | <input type="checkbox"/> Comer |
| <input type="checkbox"/> Transiciones | <input type="checkbox"/> Jugar | <input type="checkbox"/> Comunicación |
| <input type="checkbox"/> Comunidad | <input type="checkbox"/> Entender sus comportamientos desafiantes | |
| <input type="checkbox"/> Actividades de la vida diaria (por ejemplo, bañarse, cepillarse los dientes, etc.). | | |

Otro: _____

¿Qué esperanzas a largo plazo tiene para su hijo y su familia?

Historia familiar

¿Quién vive en la casa con su hijo?

¿Alguien más cuida de su hijo con frecuencia?

¿Ha tenido su hijo algún cambio familiar recientemente?

Adopción	S	N	Mudanza	S	N
Enfermedad grave	S	N	Violencia doméstica	S	N
Crianza temporal	S	N	Divorcio	S	N
Nuevo matrimonio	S	N	Abuso de sustancias	S	N

¿Alguien en la familia inmediata de su hijo tiene alguna discapacidad del desarrollo?

¿Alguien en la familia inmediata de su hijo tiene algún problema de salud mental?

Servicios actuales

¿Recibe su hijo/a algún servicios de educación o terapia?

Programa de intervención temprana S N Programa de la escuela S N

Si respondió "S", ¿qué servicios recibe su hijo y con qué frecuencia los recibe?

Preocupaciones médicas

¿Tiene su hijo algún otro diagnóstico médico? Si respondió “Sí”, enumere:

¿Toma su hijo algún medicamento? Si respondió “Sí”, enumere:

¿Ha tenido su hijo alguna vez algo de lo siguiente?

Hospitalización	S	N	Convulsiones	S	N
Alergias	S	N	Enfermedad grave	S	N
Lesiones	S	N	Problemas de la vista	S	N
Problemas de audición	S	N	Problemas para dormir	S	N
Problemas de alimentación	S	N			

Describe cualquier respuesta “Sí” abajo:

Envíe o escanee y envíe por correo electrónico su solicitud completa a:

University of New Mexico HSC
The Autism Programs Center for Development and Disabilities' Division
Parent Home Training Program
2300 Menaul Blvd. NE
Albuquerque, New Mexico 87107

Envíe esta solicitud lo antes posible para que podamos agregar a su familia a la lista de espera para la Capacitación para padres en casa (PHT) o Project ImPACT.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Sylvia J. Acosta, PhD:

Teléfono: (505) 272-4725; correo electrónico SyAcosta@salud.unm.edu