

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE AUTISMO PA

Gracias por completar esta encuesta. Dado que la mayoría de los encuestados serán padres / tutores, nos referimos a la persona con autismo como "su hijo". El término autismo es usado para referirse al Desorden del Espectro Autista (ASD por sus siglas en inglés). Por favor complete esta encuesta para su mayor con autismo. Marque solo una opción de respuesta por pregunta, a menos que se especifique lo contrario. Si tiene alguna duda, por favor contacte a ASERT Colaborativo al correo electrónico info@paautism.org o 1-877-231-4244.

Sección 1

Por favor identifíquese.

- Madre
 Padre
 Padre Adoptivo
 Otro _____

¿Es usted el representante legal de su hijo con autismo?

- Sí
 No
 No estoy seguro

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su actual estado civil?

- Casado/viviendo con el padre casado del niño
 Casado/viviendo con una persona que no es el padre del niño
 Nunca ha estado casado
 Separado / divorciado
 Prefiero no responder
 Viuda

¿Cuál es su raza / etnia? Escoja todas las que aplique.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano | <input type="checkbox"/> Coreano |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Caucásico/ Europeo Americano | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| | <input type="checkbox"/> Hispano or Latino Americano | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

¿Cuál es la raza/etnia de su hijo? Escoja todas las que aplique.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano | <input type="checkbox"/> Coreano |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Caucásico/ Europeo Americano | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| | <input type="checkbox"/> Hispano or Latino Americano | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

¿Cuál es su código postal de 5 dígitos?

¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Algunos estudios, pero no graduado de la escuela superior | <input type="radio"/> Algunos estudios universitarios | <input type="radio"/> Maestría |
| <input type="radio"/> Graduado de la Escuela Superior/ GED | <input type="radio"/> Grado Asociado | <input type="radio"/> Profesional o Doctor estudios superiores Maestría (eje. DDS, DVM, PhD, MD) |
| <input type="radio"/> Escuela Técnica/Vocacional | <input type="radio"/> Licenciatura | |

¿En qué año y mes nació su hijo?

Mes del nacimiento (MM) _____ Año del nacimiento (AAAA) _____

¿Cuál es el género de su hijo?

- Masculino
 Femenino
 Otro _____

¿Es su hijo adoptado?

- No
 Sí ¿Cuántos años tenía su hijo cuándo usted lo adoptó? _____

¿Cuántos hermanos tiene su hijo con autismo? (Incluya los hermanastros, medio-hermanos, etc.)

¿Cuántos de esos hermanos también han sido diagnosticados con autismo?

¿Cuál de las siguientes cifras se acerca más a sus ingresos anuales familiares?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> \$0-\$10,000 | <input type="checkbox"/> \$40,001-\$50,000 | <input type="checkbox"/> \$80,001-\$90,000 |
| <input type="checkbox"/> \$10,001-\$20,000 | <input type="checkbox"/> \$50,001-\$60,000 | <input type="checkbox"/> \$90,001-\$100,000 |
| <input type="checkbox"/> \$20,001-\$30,000 | <input type="checkbox"/> \$60,001-\$70,000 | <input type="checkbox"/> \$100,000 + |
| <input type="checkbox"/> \$30,001-\$40,000 | <input type="checkbox"/> \$70,001-\$80,000 | |

Sección 2

En comparación con hace 12 meses , diría usted que la salud general de su hijo con autismo es:

- Mejor Peor La misma

Por favor, explique su respuesta:

¿Cuánto tiempo ha pasado desde que su hijo vio por última vez a un dentista? (Incluya todos los tipos de profesionales dentales/especialista como: ortodoncistas, cirugía oral e higienista dental)

- Hace menos de 6 meses Hace 6 meses a 1 año Hace más de 1 año

¿Cuánto tiempo ha pasado desde que su hijo visitó por última vez a un médico para un chequeo médico preventivo? (Un chequeo médico preventivo es un examen físico general; no es un examen de una lesión, enfermedad o condición específica).

- Hace menos de 6 meses Hace 6 meses a 1 año Hace más de 1 año

¿Su hijo con autismo en la actualidad tiene medicamentos recetados, que no sean vitaminas?

- Sí No No estoy seguro

Si la respuesta es sí, por favor indique los medicamentos que en la actualidad tiene recetado su hijo.

Sección 3

Obtener una evaluación diagnóstica de autismo para su hijo fue...

- Muy fácil Un poco fácil Un poco difícil Muy difícil No aplica

Si la respuesta fue "Un poco difícil" o "Muy difícil", ¿qué hizo difícil conseguir una evaluación? Escoja todas las que apliquen.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Encontrar un doctor / guardería profesional | <input type="checkbox"/> Cobertura del seguro de salud | <input type="checkbox"/> Largo tiempo de espera |
| <input type="checkbox"/> Falta de Transporte | <input type="checkbox"/> Problemas con la programación | <input type="checkbox"/> Falta de una guardería |
| <input type="checkbox"/> Obtener una referencia | <input type="checkbox"/> Costo/Copago | <input type="checkbox"/> Barreras con el idioma / falta de intérprete |
| <input type="checkbox"/> Tutela | | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Recibió su hijo alguno de los siguientes diagnósticos antes de recibir su diagnóstico de autismo?

Escoja todas las que apliquen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Ansiedad | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual (anteriormente conocido como Retraso Mental) |
| <input type="checkbox"/> Déficit de Atención / Trastorno de Hiperactividad (ADHD) | <input type="checkbox"/> Trastorno Obsesivo Compulsivo (OCD) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar | <input type="checkbox"/> Trastorno Negativista Desafiante (ODD) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del Procesamiento Auditivo Central (CAPD) | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia/ otro trastorno psicótico |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Conducta (CD) | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Trastorno Convulsivo / Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastorno de Integración Sensorial |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo | <input type="checkbox"/> Trastorno de Estrés Postraumático(PTSD) |
| <input type="checkbox"/> Impedimento Auditivo/sordera | <input type="checkbox"/> Trastorno por el uso de sustancias/abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por Acumulación | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Su hijo con autismo tiene alguno de los siguientes diagnósticos? Escoja todas las que aplique.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Ansiedad | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual (anteriormente conocido como Retraso Mental) |
| <input type="checkbox"/> Déficit de Atención / Trastorno de Hiperactividad (ADHD) | <input type="checkbox"/> Trastorno Obsesivo Compulsivo (OCD) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar | <input type="checkbox"/> Trastorno Negativista Desafiante (ODD) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del Procesamiento Auditivo Central (CAPD) | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia/ otro trastorno psicótico |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Conducta (CD) | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Trastorno Convulsivo / Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastorno de Integración Sensorial |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo | <input type="checkbox"/> Trastorno de Estrés Postraumático(PTSD) |
| <input type="checkbox"/> Impedimento Auditivo/sordera | <input type="checkbox"/> Trastorno por el uso de sustancias/abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por Acumulación | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Qué tipo de profesional diagnosticó por primera vez a su hijo con autismo? Escoja todas las que apliquen.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pediatra del Desarrollo | <input type="checkbox"/> Médico Primario (Médico Generalista /Pediatra) | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Neurólogo | <input type="checkbox"/> Psicólogo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatra | | |

¿Qué edad tenía su hijo cuando recibió el diagnóstico de autismo?

- Años de edad _____ No estoy seguro

Después de recibir el diagnóstico de autismo, ¿qué tipo de seguimiento y recursos / servicios recibió? Escoja todas las que aplique.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cita de seguimiento | <input type="checkbox"/> Referido a grupos de apoyo |
| <input type="checkbox"/> Referido a un especialista para una evaluación detallada | <input type="checkbox"/> Recomendaron páginas web, literatura médica (ej. folletos informativos) |
| <input type="checkbox"/> Referido a un especialista para un tratamiento | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Referido a Servicios de Intervención Temprana | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

¿Recibió su hijo los servicios de Intervención Temprana?

- Sí ¿A qué edad comenzó a recibir los servicios? _____ No No estoy seguro

¿Su hijo tiene alguno de los siguientes planes? Escoja todas las que aplique.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) | <input type="checkbox"/> Plan de Apoyo Individual (ISP) |
| <input type="checkbox"/> Plan de Educación Individual (IEP) | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Plan 504 | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |

Si su hijo tiene un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP por sus siglas en inglés), por favor conteste la siguiente pregunta. Por favor asegúrese de contestar las tres columnas.

| | ¿Está usted satisfecho de que este plan cumple con todas las necesidades de su hijo? | | ¿Asistió usted a la última reunión del IFSP? | | ¿Su opinión fue tomada en cuenta en la de este plan? | |
|--|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|
| | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si su hijo tiene un Plan de Educación Individual (IEP por sus siglas en inglés), por favor conteste la siguiente pregunta. Por favor asegúrese de contestar las tres columnas.

| | ¿Está usted satisfecho de que este plan cumple con todas las necesidades de su hijo? | | ¿Asistió usted a la última reunión del IEP? | | ¿Su opinión fue tomada en cuenta en la de este plan? | |
|------------------------------------|--|-----------------------|---|-----------------------|--|-----------------------|
| | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| Plan de Educación Individual (IEP) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si su hijo tiene un Plan 504, por favor conteste la siguiente pregunta.

Por favor asegúrese de contestar las tres columnas.

| | Are you satisfied that this plan meets all of your child's needs? | | Did you attend the latest 504 plan meeting? | | ¿Su opinión fue tomada en cuenta en la de este plan? | |
|----------|---|-----------------------|---|-----------------------|--|-----------------------|
| | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| Plan 504 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si su hijo tiene un Plan de Apoyo Individual (ISP), por favor conteste la siguiente pregunta.

Por favor asegúrese de contestar las tres columnas.

| | Are you satisfied that this plan meets all of your child's needs? | | Did you attend the latest ISP meeting? | | ¿Su opinión fue tomada en cuenta en la de este plan? | |
|--------------------------------|---|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|
| | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| Plan de Apoyo Individual (ISP) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sección 4

¿Está su hijo en la actualidad cubierto por alguno de los siguientes tipos de seguro de salud?

Escoja todas las que apliquen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro médico privado que usted o un miembro de la familia recibe a través de un empleo | <input type="checkbox"/> Beneficios para los Veteranos o TRICARE |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico privado que usted o un miembro de la familia compra (no a través de un empleo) | <input type="checkbox"/> Seguro Dental |
| <input type="checkbox"/> Medicaid (Asistencia Médica), CHIP, o Medicare | <input type="checkbox"/> Seguro de la Vista |
| | <input type="checkbox"/> Seguro que cubre los medicamentos recetados |
| | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

¿Está su hijo en la actualidad inscrito en la Asistencia Médica o Medicaid?

- Sí No No estoy seguro

¿Está su hijo en la actualidad inscrito en alguno de los siguientes servicios de Asistencia Médica o Programas de Medicaid?

- Exención de Autismo para Adultos Exención Consolidada Otro _____
 Programa de Autismo de Adulto en la Comunidad (ACAP) Exención P/FDS Ninguno de los anteriores
 Exención OBRA

¿Está su hijo en la actualidad en la Lista de Espera o en la Lista de Interés?

- Lista de Espera para los Programas de Individuos con Discapacidad Intelectual (P/FDS o Exención Consolidada) Ambos
 Lista de Interés para los programas a través del Departamento de Servicios de Autismo (BAS – Exención de Autismo para Adultos o ACAP) Ninguno
 No estoy seguro

Sección 5

¿Alguna vez su hijo ha usado medicamentos que no hayan sido prescritas por el médico (excluyendo las vitaminas)?

- Sí No No estoy seguro Prefiero no contestar

¿Alguna vez su hijo ha sufrido una sobredosis por medicamentos (prescritas o ilegales)?

- Sí No No estoy seguro Prefiero no contestar

Sección 6

En el último año, ¿ha llevado a su hijo a la sala de emergencias, por razones de comportamiento o psiquiátricas?

- Sí, _____ veces No Prefiero no contestar

En el último año, ¿ha sido su hijo ingresado en un hospital o en una instalación similar a la de un hospital por razones de comportamiento o psiquiátricas?

- Sí, _____ veces No Prefiero no contestar

POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN BASE A LA ESTADÍA MAS RECIENTE DE SU HIJO EN UN HOSPITAL O EN UNA INSTALACIÓN SIMILAR A LA DE UN HOSPITAL.

¿Cuál(es) fue(ron) las razones por las cuales su hijo fue admitido a un hospital o en una instalación similar al de un hospital? *Escoja todas las que aplique.*

- Agresión Depresión Incrementos significativo de sus obsesiones
 Ansiedad Huir o fugarse de la casa / escuela Otros _____
 Conducta de Oposición Desafiante Conducta autodestructiva No estoy seguro

¿Qué tan satisfecho o insatisfecho estuvo usted con los siguientes aspectos de la estadía en el hospital de su hijo?

| | Muy Satisfecho | Satisfecho | Insatisfecho | Muy Insatisfecho |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Calidad del tratamiento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Planificación de alta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Inclusión de los padres en el equipo de planificación del tratamiento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿Cómo fue admitido su hijo?

- Mi hijo (menor de 14) fue admitido por sus padres
- Mi hijo adolescente (14 a 18) fue admitido por sus padres y él/ella acepto la admisión
- Mi hijo adolescente (14 a 18) fue admitido por sus padres pero él/ella no estuvo de acuerdo con la admisión
- Mi hijo adulto (18 o mayor) fue admitido por voluntad propia (Tratamiento voluntario, 201)
- Mi hijo adulto (18 o mayor) fue admitido en contra de su voluntad (Tratamiento involuntario 302)
- Prefiere no responder

¿Cuánto tiempo permaneció su hijo en el hospital o en una instalación similar a la de un hospital?

- Menos de 24 horas
- 24-48 horas
- 2+ días, por favor indicar que tanto tiempo_____

¿Fue esta la primera admisión de su hijo a un hospital o a una instalación similar a la de un hospital por razones de comportamiento o psiquiátricas?

- Sí
- No
- No estoy seguro

Por favor, incluya cualquier detalle adicional sobre la estadía hospitalaria más reciente de su hijo por razones de comportamiento o psiquiátricas.

Sección 7

¿Alguna vez la conducta de su hijo ha dado lugar a alguna de las siguientes interacciones con la policía/sistema de justicia? *Marque todas las que aplique.*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Llamado a la policía | <input type="checkbox"/> Sirvió tiempo en la cárcel. |
| <input type="checkbox"/> Detenido y cuestionado por la policía por algo que no haya sido una violación de tráfico | <input type="checkbox"/> Acusado de delito menor o delito grave |
| <input type="checkbox"/> Advertencia emitida por la policía (que no haya sido por una violación de tráfico) | <input type="checkbox"/> Estado probatoria o libertad condicional |
| <input type="checkbox"/> Citación emitida | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Arrestado por la policía | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| | <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar |

¿Ha sido su hijo víctima un crimen?

- Sí
- No
- Prefer not to answer

Si usted se siente cómodo por favor comparta más información sobre la experiencia de su hijo con la policía u otro personal del sistema de justicia o como una víctima de un delito.

Sección 8

SI USTED ES PADRE ADOPTIVO DE UN INDIVIDUO CON AUTISMO, POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. DE LO CONTRARIO, POR FAVOR PASE A LA SECCIÓN 9.

En el pasado año, ¿recibió usted apoyo, entrenamiento o recursos de su rol y responsabilidades como padre adoptivo?

- Sí No

Si la respuesta fue si, por favor especifique quien le brindó el apoyo, el entrenamiento o los recursos; y si considera usted que el entrenamiento le brindo herramientas necesarias para asumir su rol y responsabilidades. Por favor asegúrese de contestar las tres columnas:

| | ¿Recibió usted entrenamiento, apoyo o recursos de esta agencia? | | ¿Se siente usted preparado después de este entrenamiento? | | | ¿Fue este entrenamiento exclusivamente sobre autismo? | | |
|---|---|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| | Sí | No | Sí | No | N/A | Sí | No | N/A |
| Agencia de Niños y Jóvenes del Condado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Desde la escuela del niño | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Agencia de cuidado temporal. Por favor especifique _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Otro _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Por favor responda a las siguientes preguntas en base a su experiencia con su cuidador temporal (Foster Care en inglés).

| | Casi nunca/ nunca | Algunas veces | Usualmente | Siempre /Casi siempre |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| ¿Está usted incluido como parte del equipo del tratamiento de su hijo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Está usted incluido en otras reuniones que concierne con el cuidado de su hijo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Recibe usted ayuda cuando la solicita? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sección 9

En el último año, ¿su hijo ha permanecido en una instalación residencial?

- Sí No, pero actualmente está en una lista de espera No, y no se encuentra en una lista de espera Prefiere no contestar

SI SU HIJO HA PERMANECIDO EN UNA INSTALACIÓN RESIDENCIAL POR FAVOR RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. SI NO ES ASI, POR FAVOR SALTE A LA SECCIÓN 10.

Aproximadamente, ¿cuántas millas de distancia se encuentra esta instalación residencial desde su casa?

- 0-20 millas 21-40 millas 41-60 millas 61-80 millas 81-100 millas Sobre 100 millas No estoy seguro

¿Por qué su hijo fue colocado en una instalación residencial? Escoja todas las que apliquen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agresión | <input type="checkbox"/> Huir o fugarse de la casa / escuela |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Conducta autodestructiva |
| <input type="checkbox"/> Conducta de Oposición Desafiante | <input type="checkbox"/> Incrementos significativo de sus obsesiones |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

¿Cuánto tiempo es/fue la estadía de su hijo en la instalación de tratamiento residencial?

- Menos de una semana
 1-4 semana
 Más de 4 semanas

¿Qué tan satisfecho o insatisfecho estuvo usted con los siguientes aspectos de la estadía de su hijo en la instalación residencial?

| | Muy satisfecho | Satisfecho | Insatisfecho | Muy insatisfecho |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Calidad del tratamiento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Planificación de alta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Inclusión de los padres en el equipo de planificación del tratamiento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿Fue incluida información sobre servicios basados en la comunidad (recreativos, deportivos, voluntarios u otros) en su plan de alta?

- Sí
 No
 No estoy

¿Fue escrito el plan de tratamiento/alta de una manera fácil de comprender?

- Sí
 No

Sección 10

¿Es su hijo capaz de cumplir con las siguientes actividades?

| | Independiente | Con Ayuda | No es Capaz | N/A |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ir a l baño | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Alimentarse por sí mismo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vestirse por sí mismo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Solicitar cosas que él/ella necesita | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Solicitar cosas que él/ella desea | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Indicar cuando se siente enfermo/dolor | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cocinar/Preparar alimentos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Manejar dinero | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Desplazarse conduciendo un automóvil/ usando transporte publico/conduciendo bicicleta/caminando | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿Está su hijo actualmente recibiendo los servicios u otro tipo de apoyo para alguna de las siguientes situaciones? Escoja todas las que aplique.

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conductas autodestructivas | <input type="checkbox"/> Conductas agresivas | |
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Huir/Fugarse | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Ir a l baño | |

¿Está su hijo en la actualidad recibiendo Servicios de Salud Conductual (BHRS o envoltentes)?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Sí, en la escuela | <input type="radio"/> No, pero completo la evaluación/en desarrollo de planes |
| <input type="radio"/> Sí, en la casa/comunidad | <input type="radio"/> No |
| <input type="radio"/> Sí, en la escuela y la casa/comunidad | <input type="radio"/> No estoy seguro |
| <input type="radio"/> No, pero estoy esperando por una evaluación | |

Si su respuesta fue si, ¿qué tan feliz está usted con el apoyo que recibió del equipo de tratamiento?

- Muy Feliz Feliz Infeliz Muy Infeliz

Sección 11

¿Está su hijo en la actualidad empleado? Por favor sólo incluya posiciones donde reciba pago.

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Sí, empleado de tiempo completo (35 horas por semana o más) | <input type="radio"/> No, pero actualmente está buscando un empleo |
| <input type="radio"/> Sí, empleado de medio tiempo (menos de 35 horas por semana) | <input type="radio"/> No, él/ella está retirado |
| | <input type="radio"/> No está retirado y no está buscando empleo |

Si su respuesta fue si ¿qué tipo de trabajo tiene su hijo?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Oficina / Soporte Administrativo | <input type="radio"/> Preparar alimentos/servir | <input type="radio"/> Producción / Manufactura |
| <input type="radio"/> Posición de vendedor (incluya venta al por menor) | <input type="radio"/> Transporte/manejo de materiales | <input type="radio"/> Otro _____ |

¿Está su hijo en la actualidad o ha recibido previamente servicios a través de la Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR por sus siglas en inglés)?

- Sí No No estoy seguro Prefiere no contestar

¿Qué tipo de ayuda usted piensa que necesita su hijo para encontrar y mantener un empleo?

Escoja todas las que apliquen.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ayuda encontrando una oportunidad laboral | <input type="checkbox"/> Apoyo a corto tiempo |
| <input type="checkbox"/> Apoyo con la aplicación y la entrevista | <input type="checkbox"/> Apoyo continuo |
| <input type="checkbox"/> Apoyo cuando aparezcan nuevos problemas o situaciones | <input type="checkbox"/> No necesitara apoyo |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Sección 12

¿Cuáles son las condiciones de vida actual de su hijo?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Con sus padre(s) u otros parientes en una casa de familia | <input type="radio"/> Con un compañero de cuarto/esposa (renta o dueño) |
| <input type="radio"/> En una instalación residencial (incluyendo un hospital o centro estatal) | <input type="radio"/> Vive por cuenta propia con apoyo (renta o es dueño) |
| <input type="radio"/> En un hogar de grupo | <input type="radio"/> Vive por cuenta propia sin apoyo (renta o es dueño) |
| | <input type="radio"/> Persona sin hogar |
| | <input type="radio"/> Otro _____ |

¿Cuánto tiempo ha estado su hijo en sus actuales condiciones de vida?

- Toda su niñez Menos de 1 año 1-2 años 3-5 años Mas de 5 años

¿Qué tan feliz está usted con la condición de vida actual de su hijo?

- Muy Feliz Feliz Infeliz Muy Infeliz

¿Qué tan difícil es para su hijo deshacerse de cosas incluso si no las usan?

- Muy difícil Algo difícil No es difícil

¿Qué tan frecuente el desorden en las áreas de su hijo interfieren en sus actividades diarias?(Por ejemplo, no puede encontrar juguetes, materiales escolares u otras pertenencias; o problemas para moverse en su espacio)

- Siempre La mayor parte del tiempo Algunas veces Nunca

Sección 13

¿Está su hijo en la actualidad en la escuela?

- Sí No

Si la respuesta es sí, ¿en qué grado escolar se encuentra en la actualidad?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Pre-k | <input type="radio"/> Escuela superior | <input type="radio"/> Entrenamiento vocacional |
| <input type="radio"/> Guardería | <input type="radio"/> Dos años de universidad | <input type="radio"/> Otro _____ |
| <input type="radio"/> Escuela elemental | <input type="radio"/> Cuatro años de universidad | |
| <input type="radio"/> Escuela intermedia | <input type="radio"/> Posgrado | |

Si la respuesta es no, ¿cuál es el nivel más alto de educación de su hijo?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> No completo la escuela | <input type="radio"/> Escuela Técnica/Vocacional | <input type="radio"/> Profesional o doctoral o estudios superior a Maestría graduado (ej. MD, DDS, DVM, PhD) |
| <input type="radio"/> Alguno estudios pero no graduado de la escuela superior | <input type="radio"/> Algunos estudios universitarios | |
| <input type="radio"/> Graduado de la escuela superior/ GED o una credencial alternativa | <input type="radio"/> Grado Asociado | |
| | <input type="radio"/> Licenciatura | |
| | <input type="radio"/> Maestría | |

SI SU HIJO EST ACTUALMENTE EN LA ESCUELA, POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. DE LO CONTRARIO SALTE A LA SECCIÓN 14.

En el último año, ¿su hijo ha sido disciplinado en la escuela por cualquiera de las siguientes maneras? Escoja todas la que aplique.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiempo fuera/Salón de escalamiento | <input type="checkbox"/> Detención | <input type="checkbox"/> Expulsión |
| <input type="checkbox"/> Enviar fuera del salón | <input type="checkbox"/> Suspensión dentro de la escuela | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
| | <input type="checkbox"/> Suspensión fuera de la escuela | |

En qué categoría de educación especial esta su hijo ubicado en la actualidad? Escoja todas las que aplique.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apoyo para autismo | <input type="checkbox"/> Múltiples Discapacidades |
| <input type="checkbox"/> Apoyo emocional | <input type="checkbox"/> Ninguno (Mi hijo no está recibiendo servicios de educación especial) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual (anteriormente Retraso Mental) | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Sección 14

¿Qué planes a largo plazo tiene usted para su hijo cuando usted ya no esté en condiciones para cuidar de él o ella? Escoja todas las que apliquen.

- Plan de vivienda Tutela designada En la actualidad se está desarrollando un plan
 Establecer un fideicomiso Poder notarial designad Ninguno en la actualidad

¿Qué tan preocupado está usted acerca del hacer y mantener estos planes?

| | Muy preocupado | Preocupado | Algo preocupado | No estoy preocupado | N/A |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Plan de vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Establecer un fideicomiso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tutela designada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Poder notarial designado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En la actualidad se está desarrollando un plan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿Siente usted que tiene los recursos apropiados para prepararse para estos planes?

| | Sí | No | N/A |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Plan de vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Establecer un fideicomiso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tutela designada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Poder notarial designado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| En la actualidad se está desarrollando un plan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sección 15

Por favor compruebe los siguientes servicios que usted conoce, está participando, o que necesita más información para su hijo:

| | Está Participando | Conoce de la(s)/ los | Necesito más información acerca de |
|--|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Oficina de Rehabilitación Vocacional | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Beneficios del Seguro Social | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Otras asistencias gubernamentales (cupones de comida, subsidio de vivienda etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sección 16

Por Favor indique si uno los siguientes desafíos interfieren o impiden que su hijo participe en actividades de la comunidad; tales como deportes, clubes, aficiones u otras actividades organizadas.

| | Sí | No | No estoy seguro |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Desafío emocional (ansiedad, depresión, miedo, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Desafío conductual (agresión, conducta autodestructiva, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Desafío físico (acceso, movilidad etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿Está su hijo participando en las siguientes actividades? *Por favor asegúrese de contestar las dos columnas.*

| | ¿Está participando? | | Si la respuesta es si, por favor indique cuantas horas por semana él/ella participa. |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| | Sí | No | Horas |
| Trabajo voluntario | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Grupos, clubes u organizaciones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Actividades espirituales o religiosas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ejercicio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Deportes organizados o recreativos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Intereses especiales o pasatiempos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Tareas domésticas /deberes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Actividades sociales con amigos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Otras actividades _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Sección 17

Por favor elija la respuesta que mejor refleje su experiencia recibiendo servicios para su hijo.

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo | N/A |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
| En general, he experimentado dificultades recibiendo servicios para mi hijo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El médico de mi hijo y los otros proveedores de cuidado le dedican suficiente tiempo a mi hijo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El médico de mi hijo y los otros proveedores de cuidado me escuchan con atención | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El médico de mi hijo y los otros proveedores de cuidados son sensible con los valores y costumbres de mi familia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| El médico de mi hijo y los otros proveedores de cuidados explican las cosas de una manera fácil de entender | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Por favor h́ablenos de las necesidades de servicio que tiene su hijo con respecto a la salud y educaci3n. Por favor asegúrese de contestar las dos columnas.

| | Mi hijo est́a recibiendo este servicio | | ¿Su hijo necesita ḿas de este servicio? | |
|--|--|-----------------------|--|-----------------------|
| | Ś | No | Ś | No |
| Consejería de Salud Mental | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Terapia del Habla y Lenguaje | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Terapia Ocupacional | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Terapia F́sica | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Entrenamiento en Habilidades | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apoyo conductual | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apoyo individual (ej. TSS, BSC, Especialista de la conducta) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Coordinador de Apoyo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Terapia M3vil | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Manejador de Casos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consejería de Beneficios | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Servicios de Neurología | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Manejador de Medicamentos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Educaci3n en Salud Sexual | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consejería de Pareja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Campamento de Verano | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Escuela de Verano (ESY) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Entrenamiento Vocacional | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Planeaci3n de Transici3n | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apoyo en el Empleo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consejería en Orientaci3n Laboral | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuidados de Salud Primario | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuidado Dental | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Por favor háblenos si usted está de acuerdo con la declaración que verá a continuación relacionada a los siguientes servicios: "El profesional que provee los servicios tiene las habilidades necesarias para trabajar con mi hijo."

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo | N/A |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
| Consejería de Salud Mental | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Terapia del Habla y Lenguaje | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Terapia Ocupacional | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Terapia Física | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Entrenamiento en Habilidades | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apoyo conductual | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apoyo individual (ej. TSS, BSC, Especialista de la conducta) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Coordinador de Apoyo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Terapia Móvil | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Manejador de Casos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consejería de Beneficios | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Servicios de Neurología | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Manejador de Medicamentos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Educación en Salud Sexual | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consejería de Pareja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Campamento de Verano | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Escuela de Verano (ESY) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Entrenamiento Vocacional | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Planeación de Transición | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apoyo en el Empleo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consejería en Orientación Laboral | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuidados de Salud Primario | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuidado Dental | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿Cuál de las siguientes dificultades usted ha experimentado cuando ha tratado de obtener los servicios para su hijo? Escoja todas las que apliquen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> El proveedor no tiene suficiente personal |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la programación | <input type="checkbox"/> El proveedor de servicio en el área no atiende a personas con autismo |
| <input type="checkbox"/> No hay suficientes proveedores de servicios en el área | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Costo de los servicios/ Mi seguro no cubre los servicios disponibles | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> No existen proveedores de servicio en el área | |

¿Tiene su hijo un sistema de comunicación establecido? (Por ejemplo, Sistema de Comunicación con Intercambio de Imágenes (PECS), tableta, dispositivo generador de voz u otro sistema de comunicación aumentativo.)

- Sí No Otro _____

Si su respuesta es sí, por favor seleccione el lugar donde su hijo usa el sistema de comunicación. Escoja todas las que apliquen.

- | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hogar | <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> En la Comunidad | |

Sección 18

¿Con relación al medio de transporte, ¿cómo su hijo usualmente llega a los lugares en donde necesita ir? Escoja todas las que apliquen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Conduce por sí mismo(a) un automóvil privado | <input type="checkbox"/> Como pasajero en un automóvil privado conducido por un voluntario |
| <input type="checkbox"/> Como pasajero en un automóvil privado con sus padres u otros miembros de la familia | <input type="checkbox"/> Transporte Público |
| <input type="checkbox"/> Como pasajero en un automóvil privado con amigos | <input type="checkbox"/> Transporte provisto por el Programa Diario |
| <input type="checkbox"/> En un autobús o Van operado por una organización sin ánimo de lucro/municipio o del país | <input type="checkbox"/> Transporte provisto por un hogar de grupo |
| <input type="checkbox"/> Taxi o u otro vehículo alquilado | <input type="checkbox"/> Transporte provisto por la escuela/institución educativa |
| <input type="checkbox"/> Caminado | <input type="checkbox"/> Transporte compartido (Uber, Lyft) |
| <input type="checkbox"/> Bicicleta | <input type="checkbox"/> Automóvil compartido (ZipCar, Enterprise) |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Sección 19

¿Es usted parte de un grupo de apoyo o un grupo de defensa?

- Sí No, pero solía ser No, pero me gustaría ser parte No

¿E Si usted ha estado o es actualmente parte de un grupo de apoyo o defensa ¿su participación fue en línea (Internet) o en persona?

- En línea En persona Ambos

Si usted actualmente pertenece o ha pertenecido en un grupo de apoyo o defensa, ¿por qué es usted parte de este grupo? Escoja todas las que apliquen.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amistad/Socialización | <input type="checkbox"/> Intereses similares / Experiencia | <input type="checkbox"/> Fui recomendado |
| <input type="checkbox"/> Intercambio de recursos | <input type="checkbox"/> Crear conciencia | <input type="checkbox"/> Hacer cambio |
| | | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Si usted no está o no ha estado en un grupo de apoyo o defensa, por favor seleccione las razones por las que no participa en uno de estos grupos. Escoja todas las que apliquen.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> No tengo suficiente tiempo | |
| <input type="checkbox"/> No existen grupos en mi área/están muy lejos | <input type="checkbox"/> No es de mi interés/No es apropiado para mi edad | <input type="checkbox"/> Cuesta dinero/Pago de Membresía |
| <input type="checkbox"/> No estoy interesado | <input type="checkbox"/> Me siento excluido /No me siento cómodo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Sección 20

¿Tiene su hijo problemas para relacionarse adecuadamente con.....

| | Siempre | Algunas veces | Nunca | N/A |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Padre(s) u otro(s) cuidador(es) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hermano(s) y hermana(s) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Miembros de la familia extendida (abuelos, tíos, tías etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Con otras personas que entran al hogar, teniendo conductas socialmente inapropiadas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Por favor hablemos acerca de sus necesidades de servicio de apoyo familiar. Por favor asegúrese de contestar las dos columnas.

| | ¿Esta su familia recibiendo? | | Mi familia necesita más de este servicio | |
|--|------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|
| | Sí | No | Sí | No |
| Servicios de Respiro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Centro de cuidado en el día para adultos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consejería Familiar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Grupos de Apoyo para Hermanos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consejería Salud Mental para Hermanos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Grupos de Apoyos para Padres | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consejería Salud Mental para Padres | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con la declaración que verá a continuación: "Los profesionales que proveen estos servicios tienen las habilidades necesarias para trabajar con mi familia."

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo | N/A |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
| Servicios de Respiro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Centro de cuidado en el día para adultos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consejería Familiar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Grupos de Apoyo para Hermanos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consejería Salud Mental para Hermanos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Grupos de Apoyos para Padres | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consejería Salud Mental para Padres | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con la declaración que verá a continuación:
"Estos servicios son efectivos para satisfacer las necesidades de mi familia."**

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo | N/A |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
| Servicios de Respiro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Centro de cuidado en el día para adultos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consejería Familiar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Grupos de Apoyo para Hermanos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consejería Salud Mental para Hermanos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Grupos de Apoyos para Padres | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Consejería Salud Mental para Padres | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿Cuál de las siguientes dificultades usted ha experimentado cuando ha pretendido acceder a los servicios de apoyo a la familia? Escoja todas las que apliquen.

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> No existen proveedores de servicio en el área | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la programación | <input type="checkbox"/> Costos de los servicios / Mi seguro no cubre los servicios disponibles | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> No hay suficientes proveedores de servicios en el área | | |

¿De qué maneras (si las hay) el autismo de su hijo afectó la participación en la fuerza laboral de su familia? Escoja todas las que apliquen.

| | A mi | Mi pareja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Dejó de trabajar fuera de la casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disminuyó las hora laborales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Incrementó las horas laborales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambio de empleador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambio de tipo de trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambio de horario de trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambio de posición con el mismo empleador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uso de la Ley de licencia de ausencia médica y Familiar (FMLA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pérdida de oportunidades en ascensos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Despedido de su empleo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disciplinado / Sancionado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ninguno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otro _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Quisiéramos preguntarle acerca de su participación en la comunidad.

¿Participa usted en alguna de las siguientes actividades? *Por favor asegúrese de contestar las dos columnas.*

| | ¿Usted participa? | | Si contesto si, ¿cuantas horas por semana usted participa? |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| | Sí | No | Horas |
| Trabajo voluntario | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Grupos comunitarios / Organizaciones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Actividades espirituales/religiosas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Ejercicio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Intereses especiales o pasatiempos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Tareas domésticas /deberes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Actividades sociales con amigos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Otras actividades _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Por favor háblenos si participó en las siguientes actividades, tanto como a usted le hubiera gustado, en los últimos 30 días; además díganos si estas actividades son importantes para usted. *Por favor asegúrese de contestar las dos columnas.*

| | ¿Usted participa en esta actividad? | | | Esta actividad es importante para mi | |
|---|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| | Suficiente | Insuficiente | Demasiado | Sí | No |
| Ir a la biblioteca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ir al GYM, Club deportivo o de la salud, piscina incluida, o participación en eventos deportivos (incluyendo bolos, tenis, golf en miniatura, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ir a un grupo/organización de defensa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ir a un grupo social en la comunidad (por ejemplo, Club de libros, grupos recreativos, u otros grupos de personas con intereses similares) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ir o participar en actividades cívicas y políticas organizaciones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Gracias por completar la Evaluación de Necesidades de Autismo PA.