



Sociedad de Autismo Latina Trabajando con Optimismo

Latino Autism Society Working with Optimism
P.O. Box 08185 • Chicago, IL 60608-0815
(312) 355-0426

Inscripción de la Familia
(POR FAVOR IMPRIMA, LLENE Y TRAIGALA A LA SESION)

Fecha: _____

1. Nombre del Papá: _____ Nombre de la Mamá: _____

2. Dirección: _____

3. Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

4. Teléfono: _____ Célular: _____

5. E-mail: _____

6. Nombre del Niño/a con Autismo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

7. Nivel de Autismo (ejemplos: severo/moderado/leve) _____

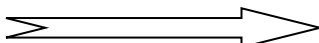
8. Método de comunicación (ejemplos: usa palabras, señas gestos): _____

9. Comportamientos (ejemplos: grita, llora, pega): _____

10. Problemas sensoriales (ejemplos: no le gusta la oscuridad, se muerde las uñas, no soporta el ruido):

11. ¿Qué es lo que mas le(s) preocupa de su hijo(a) en estos momentos? _____

12. ¿Sobre que temas le gustaría escuchar/saber mas? (ejemplos: IEP, abogacía, terapia de lenguaje, nutrición, terapia ocupacional, como cuidarse a si mismo, como ayudar/explicar a sus hijos neurotípicos (que no tienen Autismo) sobre el Autismo, etc)

(Ver al reverso) 

Hosted by:

13. Nombre del Hermano/a : _____ Fecha de Nacimiento: _____

14. Nombre del Hermano/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

15. Nombre del Hermano/a : _____ Fecha de Nacimiento: _____

16. Nombre del Hermano/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

17. ¿Qué temas han surgido en su casa, o que situaciones ha confrontado debido al diagnóstico de autismo de su hijo/a?

18. ¿En su opinión, sus hijos **sin** discapacidad, entienden el autismo?

19. ¿Qué piensan sus hijos, que **no** tienen una discapacidad, de su hermano/a con discapacidad?

20. ¿Cuáles han sido algunas quejas que han escuchado de sus hijos **sin** discapacidad?

21. ¿Si hubiera un grupo de hermanos, que temas le gustaría que éste grupo de hermanos tratara?

22. Otros comentarios: _____

Hosted by: