



GRUPO SALTO

P.O. Box 06185 • Chicago IL 60638-0815 • 312-355-0426

INSCRIPCION DE LA FAMILIA

Nombre del papá: _____

Fecha: _____

Nombre de la mamá: _____

Numero de Celular: _____

Domicilio: _____

Numero de Teléfono: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del niño/a con Autismo: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Método de comunicación (ejemplos: usa plabras, señas, gestos): _____

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

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

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

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

¿Qué temas han surgido en su casa, o qué situaciones ha enfrentado debido al diagnóstico de autismo de su hijo/a?

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

¿Qué piensan sus hijos que no tienen discapacidad de su hermano/a con discapacidad?

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

¿Si hubiera un grupo de hermanos, que temas le gustaría que este grupo de hermanos tratara?

Otros comentarios: _____

HERMANOS/AS

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____