

DATE _____ REFERRAL SOURCE: _____ COMPLETED BY: _____
Fecha *Quién lo refirió a nuestra clínica?* *COMPLETADO POR*

SERVICES REQUESTED: DIAGNOSTIC FUNCTIONAL BEHAVIOR ASSESSMENT (FBA) ABA THERAPY CONSULTATION
 (AT CENTER HOME SCHOOL)

CHILD NAME: _____ SCHOOL/GRADE: _____
Nombre del niño *Escuela/Grado:*

DATE OF BIRTH: _____ AGE: _____ PRIMARY LANGUAGE: _____
Fecha de nacimiento *Edad* *Idioma principal*

PLACE OF BIRTH: _____ U.S CITIZEN: _____ RELIGION: _____ ETHNICITY: _____
Lugar de nacimiento *Ciudadano Americano* *Religión* *Etnia*

ADDRESS WHERE CHILD RESIDES: _____ CITY, ST, ZIP _____
Dirección del niño(a) *Ciudad, Estado, Código Postal*

HOME PHONE NUMBER / Número telefónico de la casa: (_____) _____

CHILD LIVES WITH/ El niño(a) vive con: _____

FATHER'S NAME _____ Email: _____
Nombre del padre

ADDRESS _____ CITY, ST, ZIP _____
Dirección *Ciudad, Estado, Código Postal*

CELL PHONE # _____ WORK PHONE # _____
Teléfono celular *Teléfono del trabajo*

OCCUPATION _____ EMPLOYER _____
Empleo *Nombre del empleador*

MOTHER'S NAME _____ Email: _____
Nombre del padre

ADDRESS _____ CITY, ST, ZIP _____
Dirección *Ciudad, Estado, Código Postal*

CELL PHONE # _____ WORK PHONE # _____
Teléfono celular *Teléfono del trabajo*

OCCUPATION _____ EMPLOYER _____
Empleo *Nombre del empleador*

SIBLINGS NAME/AGE/LIVES WITH CHILD – NOMBRES-EDADES DE LOS HERMANOS(AS)/VIVEN CON EL NIÑO(A)?

HISTORY OF PHYSICAL ABUSE/FAMILY VIOLENCE OR NEGLECT: No Yes Has abuse been reported? Yes No
HISTORIA DE ABUSO FISICO/VIOLENCIA FAMILIAR O NEGLIGENCIA No Sí *El abuso fue reportado?* Sí No
Charges Pending? Yes No Child was: Victim Perpetrator Witness
Cargos pendientes? Sí No *El niño fue:* Víctima Agresor Testigo
Explain/Explique: _____

HISTORY OF SEXUAL ABUSE/TRAUMA: No Yes Has abuse been reported? Yes No
HISTORIA DE ABUSO SEXUAL/TRAUMA: No Sí *El abuso fue reportado?* Sí No
Cargos pendientes? Sí No *El niño fue:* Víctima Agresor Testigo
Explain/Explique: _____

HISTORY OF VIOLENCE: No Yes, toward: People Property Other: _____
HISTORIA DE VIOLENCIA: No Sí *contra:* Personas Propiedad Otro: _____
Explain/Explique: _____

HISTORY OF CRUELTY TO ANIMALS AND/OR FIRE SETTING: No Yes
HISTORIA DE CRUELDAD CONTRA ANIMALES Y/O INICIAR INCENDIOS: No Sí
Explain/Explique: _____

HISTORY OF RISK TAKING BEHAVIORS, GENERAL BEHAVIORAL PROBLEMS OR UNUSUAL/BIZARRE BEHAVIORS:
HISTORIA DE COMPORTAMIENTOS RIESGOZOS, PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO / COMPORTAMIENTOS EXTRAÑOS/INUSUALES: No Yes - No Sí

EXPLAIN (PROVIDE TIME FRAMES/DATES) – EXPLIQUE (CUANDO SUCEDIERON ESTOS COMOPORTAMIENTOS):

TYPE OF THERAPIES RECEIVED IN THE PAST: _____
TIPO DE TERAPIAS RECIBIDAS EN EL PASADO

DATE LAST SEEN- ÚLTIMA CITA: _____

DESCRIBE HOW HELPFUL WAS THE TREATMENT -DESCRIBA COMO AYUDÓ EL TRATAMIENTO:

MEDICAL & DEVELOPMENTAL HISTORY – HISTORIA MÉDICA Y DEL DESARROLLO

DEVELOPMENTAL HISTORY-HISTORIA DEL DESARROLLO:

PREGNANCY, LABOR AND DELIVERY: NORMAL COMPLICATIONS, DESCRIBE:
EMBARAZO Y PARTO: NORMAL COMPLICACIONES, DESCRIBA:

MEDICATIONS OR DRUGS USED DURING PREGNANCY – MEDICINAS O DROGAS USADAS DURANTE EL EMBARAZO:

DESCRIPTION OF CHILD AS A BABY/TODDLER-DESCRIPCIÓN DEL NIÑO CUANDO ERA BEBÉ/INFANTE:

WERE DEVELOPMENTAL MILESTONES MET AS EXPECTED (WALKED, TALKED, TOILETING, FEEDING, SELF-CARE) DESCRIBE:
LAS ETAPAS DEL DESARROLLO FUERON ALCANZADAS EN LOS ESTANDARES NORMALES (CAMINAR, HABLAR, DEJAR EL PAÑAL, COMER SIN AYUDA, ETC.)

Toilet Training: Normal Not Achieved Age when achieved: _____
Va al baño solo(a) No Edad en que empezó a ir al baño solo
Eating Habits: Normal Irregular, describe: _____
Hábitos alimenticios Irregular, describa
Sleeping Habits: Normal Irregular, describe: _____
Hábitos del sueño Irregular, describa

DOES YOUR CHILD HAS A FORMAL DIAGNOSIS?/ SU NIÑO(A) TIENE UN DIAGNÓSTICO FORMAL? _____
DIAGNOSIS / Diagnóstico _____ DOCTOR / Médico _____

DATE DIAGNOSED: _____ CHILD'S AGE AT DIAGNOSIS: _____
FECHA DEL DIAGNÓSTICO A QUÉ EDAD EL NIÑO(A) FUE DIAGNOSTICADO

NAME OF PEDIATRICIAN/FAMILY PRACTITIONER: _____
NOMBRE DEL PEDIATRA/MÉDICO FAMILIAR:
ADDRESS -DIRECCIÓN: _____
PHONE-TELÉFONO: _____

DOES CHILD HAVE ANY KNOWN ALLERGIES? El niño(a) tiene alergias? _____ YES _____ NO
List the allergies/Mencione las alergias

DOES CHILD HAVE SEIZURES? El niño(a) sufre de convulsiones? _____ YES _____ NO

DOES CHILD REQUIRE MEDICATIONS? El niño(a) requiere medicamentos? _____ YES _____ NO
PLEASE LIST ANY OTHER MEDICAL INFORMATION - Por favor mencionar cualquier otra información médica: _____

CURRENT MEDICATIONS – MEDICINAS ACTUALES:

1. _____ Dose-Dosis: _____ For-Para: _____
2. _____ Dose-Dosis: _____ For-Para: _____
3. _____ Dose-Dosis: _____ For-Para: _____

HAS YOUR CHILD HAD SURGERY OR HEAD INJURIES? SU NIÑO(A) HA TENIDO CIRUGÍAS O LESIONES EN LA CABEZA?
 No Yes, explain (include dates) - No Sí, explique (incluya fechas):

CURRENT THERAPY OR SERVICES – TERAPIAS O SERVICIOS ACTUALES

Please list all current services your child receives on a weekly basis.

Por favor enumerar todos los servicios que su niño(a) está recibiendo actualmente cada semana.

THERAPY TERAPIA	DATE STARTED FECHA DE INICIO	SESSIONS/WEEK SESIONES/SEMANA	MINUTES/WEEK MINUTOS/SEMANA	AGENCY/THERAPIST NAMES NOMBRE DE AGENCIA/TERAPISTA
Occupational Therapy Terapia Ocupacional				
Speech Therapy Terapia de Lenguaje				
Physical Therapy Terapia Física				
Behavior Therapy Terapia de Conducta				

DESCRIBE DISCIPLINARY METHODS, BY WHOM, IS IT EFFECTIVE – *DESCRIBA MÉTODOS DE DISCIPLINA, SON EFECTIVOS?:*

DESCRIBE SLEEPING ARRANGEMENTS – *SU NIÑO(A) DUERME SÓLO(A), COMPARTE EL DORMITORIO/CON QUIÉN?:*

FAMILY HISTORY OF SIGNIFICANT MEDICAL CONDITIONS/ILLNESSES- *HISTORIA FAMILIAR-CONDICIONES CRÓNICAS:*

FAMILY HISTORY OF ALCOHOL/SUBSTANCE ABUSE – *HISTORIA FAMILIAR DE ALCOHOLISMO/DROGAS:*

FAMILY HISTORY OF PSYCHOLOGICAL/LEARNING ISSUES – *HISTORIA FAMILIAR DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS O DE APRENDIZAJE:*

ACADEMIC HISTORY- HISTORIA ACADÉMICA

DOES YOUR CHILD LIKE SCHOOL? – *A SU NIÑO(A) LE GUSTA LA ESCUELA?* _____

HISTORY OF SCHOOL BEHAVIORAL PROBLEMS: NO YES, EXPLAIN: _____

HISTORIA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA ESCUELA: NO SÍ, EXPLIQUE: _____

HISTORY OF SEPARATION ANXIETY OR SCHOOL PHOBIA: NO YES, EXPLAIN: _____

HISTORIA DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN O FOBIA ESCOLAR NO SÍ, EXPLIQUE: _____

DESCRIPTION OF SOCIAL RELATIONSHIPS/FRIENDS – *DESCRIPCIÓN DE LAS RELACIONES SOCIALES/AMISTADES:*

ACADEMIC PERFORMANCE: EXCELLENT SATISFACTORY UNSATISFACTORY, EXPLAIN:
PERFORMANCE ACADÉMICO: EXCELENTE SATISFACTORIO UNSATISFACTORIO, EXPLIQUE:

HISTORY OF REPEATING GRADE(S): NO YES, EXPLAIN:
HISTORIA DE REPETIR EL GRADO(s) ESCOLAR: NO SÍ, EXPLIQUE:

PREVIOUS ACADEMIC PLACEMENTS – OTRAS ESCUELAS QUE ATENDIÓ SU NIÑO(A):

SCHOOL NAME NOMBRE DE LA ESCUELA	DATES FECHAS	TYPE OF PROGRAM TIPO DE PROGRAMA	REASON LEFT PORQUÉ DEJÓ LA ESCUELA?

WHAT DOES YOUR CHILD ENJOY DOING DURING FREE TIME – QUÉ LE GUSTA HACER A SU NIÑO(A) DURANTE SU TIEMPO LIBRE : _____

DOES HE/SHE PARTICIPATE IN STRUCTURED EXTRACURRICULAR ACTIVITIES? IF SO, WHAT:
EL/ELLA PARTICIPA EN ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES? En cuáles?

WHAT ARE YOUR CHILD'S STRENGTHS – CUÁLES SON LAS VIRTUDES DE SU NIÑO(A):

WHAT ARE YOUR CHILD'S WEAKNESSES - CUÁLES SON LAS DEBILIDADES DE SU NIÑO(A):

WHAT OTHER INFORMATION SHOULD WE KNOW ABOUT YOUR CHILD TO BETTER UNDERSTAND YOUR CONCERNS?
QUÉ OTRA INFORMACIÓN DEBIERÁMOS SABER SOBRE SU NIÑO(A) PARA ENTENDER MEJOR SUS PREOCUPACIONES?

CHILD'S SKILLS/DEFICITS-HABILIDADES/DEFICIENCIAS DEL NIÑO(A):

EYE CONTACT-CONTACTO VISUAL

- Makes spontaneous eye contact / Espontáneamente le mira a los ojos?
- When asked / Si le pregunta
- Does not make eye contact / No le mira a los ojos

APPROPRIATE SITTING-PERMANECE SENTADO

- Sits when asked to do so. For how long? / Se sienta cuando se le pide que lo haga. Por cuánto tiempo?
- Sits with minimal prompting / Se sienta con mínima dirección
- Does not sit appropriately / No se sienta apropiadamente

FOLLOWING DIRECTIONS-OBEDECE

- Follows complex directions (2 or more steps) / *Sigue instrucciones complicadas (2 o más pasos)*
- Follows simple directions (“clap hands”, “sit down”) / *Sigue instrucciones sencillas (“aplaude”, “siéntate”)*
- Can follow simple directions with minimal prompting / *Puede seguir instrucciones sencillas con mínima asistencia*
- Does not follow any directions / *No sigue instrucciones*

LANGUAGE SKILLS-HABILIDAD PARA COMUNICARSE

- Use vocal language/*Se comunica verbalmente*
- Uses single words / *Se comunica usando una sola palabra*
- Uses manual signs / *Se comunica con signos manuales*
- Does not use words or signs / *No usa palabras or signos*
- Use physical actions (pointing, grabbing)/*Usa acciones físicas (apuntar, agarrar)*
- Is echolalic / *El niño(a) repite palabras que oye como un eco*
- Reciprocates information using sentences / *Devuelve información usando oraciones)*
- Speaks in full sentences: approximate number of words in a sentence ___/*Habla usando oraciones completas: Cuántas palabras aproximadamente_____*
- Speaks in phrases: approximate number of words in a phrase_____/*Habla en frases; número aproximado de palabras en una frase_____*
- Use a communication device/support software (LAMP, Proloquo)/*Usa un aparato de comunicación o un programa de lenguaje (LAMP, Proloquo)*

TOILETING/IR AL BAÑO

- Is completely trained, toilets self / *Está completamente entrenado(a), puede usar el baño*
- Is night trained / *Solamente está entrenado(a) para usar el baño por la noche*
- Is bowel trained only / *Solamente está entrenado(a) para defecar*
- Is urine trained only / *Solamente está entrenado(a) para orinar*
- Does not wear diapers but is taken to the toilet / *No usa pañales, pero tiene que llevarlo(a) al inodoro*
- Wears diapers but is toileted / *Usa pañales, pero también usa el inodoro*
- Wears diapers all the time and never uses toilet / *Solamente usa pañales y nunca usa el inodoro*

DRESSING/VESTIRSE

- Can dress independently / *Se viste solo(a)*
- Assists in dressing / *Se viste con ayuda*
- Needs to be dressed / *Necesita que lo(a) vistan*
- Resists dressing / *Se opone a vestirse*

EATING/COMER

- Uses all/some utensils appropriately_____/ *Usa todos o algunos utensilos apropiadamente_____*
- Uses fingers to feed self / *Come con los dedos*
- Must be fed / *Hay que darle de comer*
- Can drink from a straw / *Puede beber usando un sorbete*
- Has strong food aversions and preferences / *Tiene preferencias y aversiones fuertes sobre ciertas comidas*

FINE MOTOR ACTIVITES/ACTIVIDADES FINO MOTORAS:

PLAY SKILLS/HABILIDADES PARA JUGAR:

- Insert puzzles/*Completa rompecabezas*
- Strings Beads/*Enlaza cuentas de collar*
- Put pegs in pegboard/*Pega pines/tachuelas en una pizarra*

- Builds with blocks/*Pone bloques uno encima del otro*
- Takes turns with peer or parent/*Espera su turno con amigos y/o con los padres*
- Plays with manipulative toys/*Juega con juguetes manipulativos*
- Can use crayons/pencils/*Usa lápiz y creyones*

GROSS MOTOR ACTIVITIES/ACTIVIDADES GRUESO MOTORAS:

- Walks/*camina*
- Runs/*corre*
- Skips/*esquiva*
- Jumps/*salta*
- Rollerskates/*patina*
- Rides a bike with training wheels/*puede montar bicicleta con ruedas de entrenamiento*
- Rides a bike without training wheels/*puede montar bicicleta sin ruedas de entrenamiento*

List other play skills in which child engages / *Otras actividades de juego que le gustan a su hijo(a)*: _____

BEHAVIORS/COMPORATMIENTO-CONDUCTA:

Have you ever observed self-stimulatory behavior(s)? (e.g. rocking, hand flapping, excessive jumping, spinning, repetitive behaviors) / *Usted ha observado comportamientos estimulatorios (mecerse, batir las manos, brincar excesivamente, girar, comportamientos repetitivos, etc.)* _____ Yes _____ No. _____ Sí _____ No. Please describe/*Por favor describa:* _____

Have you ever observed self-injurious behavior(s)? (e.g. biting, scratching, head banging, head hitting) / *Ha observado alguna vez comportamientos destructivos? (morderse, arañarse, golpearse la cabeza)* _____ Yes _____ No. Sí _____ No. Please describe/*Por favor describa:* _____

Have you ever observed aggressive behavior(s)? (e.g. hitting, pinching, kicking, biting) / *Ha observado alguna vez comportamientos agresivos hacia otras personas?* _____ Yes _____ No. Sí _____ No. Please describe /*Por favor describa:* _____

Please lists your child's likes and dislikes/*Por favor mencione las cosas que le gustan y disgustan a su niño(a)*:

Likes / *Cosas que le gustan* : _____

Dislikes / *Cosas que no le gustan*: _____

List below any activities/behaviors you have observed your child to engage in independently while at home / *Mencione cualquier actividad/comportamiento que usted haya observado su niño(a) hace independientemente mientras está en casa:* _____

ATTACHMENTS (if applicable) /Adjuntos (si aplica):

Please attach the following documents as they apply to you./*Sírvase adjuntar los siguientes documentos según estos apliquen a usted.*

1. Copy of medical diagnosis (ASD) or any other medical record pertinent to your child.
 2. **(a)** Copy of the most recent public school IEP completed for your child documenting eligibility for ASD and any other related services if applicable.
(b) If your child presently attends private school, please submit the last IEP done by the public school your child attended reflecting the ASD diagnosis.
 3. Psychological Evaluation, conducted by Public School System or by a private psychologist.
 4. Any behavioral evaluations or behavior plans, prepared privately or by Public School System.
 5. Any Speech, Occupational, or Physical Therapy evaluations, conducted privately or by Public School System.
 6. You may include any other information you wish such as additional private evaluations that you consider relevant to your child's diagnosis/treatment.
-
1. *Copia del diagnóstico formal (ASD) o cualquier otro reporte médico pertinente a su niño(a).*
 2. *(a) Copia del más reciente IEP de su niño(a) que muestre elegibilidad para la ASD y otros servicios relacionados con su caso.*
(b) Si su hijo actualmente asiste a una escuela privada, por favor envíe el último IEP realizado por la última escuela pública a la que su niño(a) asistió, la cual refleja el diagnóstico de ASD.
 3. *Evaluación Psicológica, realizado por Sistema de Escuelas Públicas o por un psicólogo privado.*
 4. *Evaluaciones de comportamiento o planes de comportamiento, preparado por una agencia privada o por el Sistema de Escuelas Públicas.*
 5. *Evaluaciones de habla, ocupacional, o evaluaciones de terapia física, llevada a cabo por una agencia privada o por el Sistema de Escuelas Públicas.*
 6. *Usted puede incluir cualquier otra información que considere relevante al diagnóstico/tratamiento de su niño(a).*

Parent's Name Print

Nombre del Padre/Madre en letra imprenta

Parent's signature/ Firma del Padre/Madre

Date / Fecha: _____