



## INTAKE AND ELIGIBILITY APPLICATION

Please submit this completed application to:

IDD Services

Attn: Intake & Eligibility

2700 NE Loop 410, Suite 101

San Antonio, TX 78217

or

Fax to 1-866-689-1843

Attn: IDD Intake & Eligibility

**The following documents are required before we can schedule the Determination of an Intellectual Disability (DID) appointment**

- Proof of Residency verifying the individual resides in Bexar County.
- Proof of Income must be provided at the time of the intake appointment. If the individual is under the age of 18, proof of the family income must be provided. If the individual is over the age of 18, proof of their income must be provided. (income tax return or W2, if income tax was not filed then 3 months of current pay stubs, current SSI award letter)
- Special Education Testing from the School District(s) attended by the individual (the Full and Individual Evaluation)
- Doctor's Letter, previous Psychological evaluations or assessments
- Social Security Card
- Birth Certificate
- Insurance Information (Private Insurance Card, or Medicaid Letter)
- Health/Medical Information
- Any other Legal documents (Conservatorship Order, Letters of Guardianship, Adoption papers, Divorce Decree, Custody papers, etc.)

*Also, please complete as much of the information on the attached as possible.*

*This will assist us in completing your appointment quickly.*

***If you have any questions, or need special accommodations for your appointment (E.g. interpreting services, assistive listening devices, or wheelchair accommodations) please contact us at (210) 832-5020***



**INTAKE AND ELIGIBILITY  
APPLICATION**

Name: \_\_\_\_\_  
 Case#: \_\_\_\_\_  
 Cost Center: \_\_\_\_\_  
 Sub Unit #: \_\_\_\_\_

**Determination of an Intellectual Disability (DID)  
Demographic Information**

Individual Name: \_\_\_\_\_ Age (Years/Months): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Social Security Number: \_\_\_\_\_ Federal Race: \_\_\_\_\_ Ethnic Heritage: \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Information:**

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_ Relationship to Individual \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Phone Number \_\_\_\_\_ Alternate Phone Number \_\_\_\_\_  
 Emergency Contact Name \_\_\_\_\_ Relationship to Individual \_\_\_\_\_  
 Emergency Contact Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**Financial Information: Monthly**

Individual Employment	\$ _____	Child Support	\$ _____
Supplemental Security Income (SSI)	\$ _____	Food Stamps	\$ _____
Social Security Disability Insurance (SSDI)	\$ _____	Retirement	\$ _____
Social Security	\$ _____	Unemployment	\$ _____
Parents	\$ _____	Extraordinary Expenses1	\$ _____
Other	\$ _____	Extraordinary Expenses2	\$ _____
Total Monthly Income	\$ _____		\$ _____

**Insurance Information:**

Insurance Company Name	Effective Date	Expiration Date	Policy ID Number

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

**BIOPSYCHOSOCIAL HISTORY**

Please complete as much of this form as possible before your Intake appointment. A Care Specialist and/or Psychological Examiner will review this entire form with you. If you are unsure how to answer a question, help will be available to you at the time of your Intake appointment. Many of these items may not apply to your Applicant and you may skip over them.

Do not labor over any questions or let this form become a source of stress. We recognize we are asking many questions and you may have answered these same types of questions before in other places. Please know that we have considered each question carefully to ensure that it is important to assessing the Applicant's eligibility for service through the **IDD Services** and the Department of Health and Human Services. We have attempted to make the completion of this form as simple yet as thorough as possible. We thank you in advance for taking the time to answer these questions in behalf of the Applicant.





Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

**BIOPSYCHOSOCIAL HISTORY**

Name of person needing services (Applicant): \_\_\_\_\_

Gender:  Male  
 Female

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Current Age: \_\_\_\_\_

Name of Person Completing this form: \_\_\_\_\_

Relationship to Applicant: \_\_\_\_\_

**Social History**

Please mark who the Applicant currently lives with:

- With biological parent(s)
- With biological parent & step parent
- With adoptive parent(s)
- With foster parent(s)
- With other relatives
- Legal guardian
- With a spouse
- With a friend
- Independently
- In a group home
- \_\_\_\_\_

Is there anything about the Applicant's living circumstances that are distressing to them or you at this time?  Yes  No

*If you answered yes, you will have the opportunity to discuss this with as much detail as you think necessary at the time of your Intake Appointment.*

**Family Origin (Biological Family)**

Relationship	Name	Living/Deceased/Unkown	
Father			<input type="checkbox"/> Living in Home
Mother			<input type="checkbox"/> Living in Home
Sibling			<input type="checkbox"/> Living in Home
Sibling			<input type="checkbox"/> Living in Home
Sibling			<input type="checkbox"/> Living in Home
Other			<input type="checkbox"/> Living in Home

*If more, you may use the back of this page.*

What is the total number of children born to the Applicant's birth mother? \_\_\_\_\_

What is the number of the Applicant in the birth order? \_\_\_\_\_

Is there any history of the following conditions in the family of origin?  Yes  No  Unknown

Mark all that apply.

- Intellectual Disability / Mental Retardation
- Mood Disorder / Depression / Bipolar
- Psychosis / Schizophrenia / Epilepsy
- Autism / PDD / Aspergers
- Prescription Drug Abuse
- Other Drug Abuse
- ADHD
- Alcohol Abuse
- Unknown

**Health**

Did the Applicant's Birth Mother receive prenatal care during her pregnancy?  Yes  No  Unknown

Please mark any of the following that the birth mother was exposed to during the pregnancy.

- Alcohol
- Cigarettes of any type
- Over the Counter Medications
- Illegal Drugs
- InhIDDnts
- Prescription Medications
- Toxins
- Unknown

<b>IDD NOTES</b>
<b>FOR IDD USE ONLY</b>



INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES SERVICES

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Please mark descriptions of pregnancy as they apply.

- Normal
- Full Term
- Complicated by medical issues
- Complicated by mother's age (before 18 or after 35)
- Unknown

Please mark descriptions of Applicant's birth as they apply.

- Born near due date
- Uncomplicated delivery
- Breech presentation
- Born more than 2 weeks before anticipated
- Cesarean section delivery
- Unknown
- Told that baby was experiencing distress necessitating quick delivery
- Labor induced

Please mark descriptions of the Applicant's health as a newborn as they apply.

- Good health
- Health problems at birth
- Unknown
- Baby required surgery before leaving hospital
- Baby had trouble breathing

The Applicant's birth weight was \_\_\_\_\_ lbs \_\_\_\_\_ oz

The Applicant left the hospital with mother after \_\_\_\_\_ days.

The Applicant had to remain in the hospital after mother's discharge. How long? \_\_\_\_\_

Types of treatments the Applicant needed before leaving the hospital. \_\_\_\_\_

Please mark descriptions of the Applicant's first year of life as best you know or can recall.

- The applicant seemed to develop normally at first, then began losing abilities
- Normal infancy-similar to other children in the family
- Normal toddler-similar to other children in the family
- Irritable
- Did not sit up by 8 months
- Cried more than most babies
- Did not crawl by 10 months
- Difficult to soothe
- Did not walk by 15 months
- Many health problems
- Strangers could not understand this child's speech by 15 months
- Problems with hearing
- Did not speak 2 word sentences by 2 years
- Problems with vision
- Did not stay dry during the day by 3 1/2 years
- Overly sensitive to sound or light
- Did not read simple words by 6 years
- Unknown

When did you or someone else first have concerns about the Applicant's development?

\_\_\_\_\_

Please mark any conditions for which the Applicant has received a formal diagnosis.

Condition	Age	Diagnosis made by
<input type="checkbox"/> Developmental Delay		
<input type="checkbox"/> Pervasive Developmental Disorder		
<input type="checkbox"/> Asperger's Disorder		
<input type="checkbox"/> Autism		
<input type="checkbox"/> Epilepsy		
<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy		
<input type="checkbox"/> Down Syndrome		
<input type="checkbox"/> Other:		

**IDD NOTES**

**FOR IDD USE ONLY**



INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES SERVICES

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Do you have documentation of medical diagnoses or conditions with a doctor's signature?

Yes  No

At any time has the Applicant been hospitalized for:

	Explain	Age
<input type="checkbox"/> Serious illness(es)?		
<input type="checkbox"/> Surgery(ies)?		
<input type="checkbox"/> Head injury?		
<input type="checkbox"/> Other conditions?		

Please list all Medications the Applicant is now taking.

Medication	Reason

Does the Applicant have any known allergies?

Yes  No  Unknown

If yes, mark the type.

	Describe
<input type="checkbox"/> Airborne/Seasonal	
<input type="checkbox"/> Foods	
<input type="checkbox"/> Medications	
<input type="checkbox"/> Other	

Please mark descriptions of the Applicant at the present time.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enjoys good health                  | <input type="checkbox"/> Needs assistance with toileting   |
| <input type="checkbox"/> Health problems but they are stable | <input type="checkbox"/> Speaks full sentences             |
| <input type="checkbox"/> Has many ongoing health problems    | <input type="checkbox"/> Speaks in phrases                 |
| <input type="checkbox"/> Walks without assistance            | <input type="checkbox"/> Speaks in Sign Language           |
| <input type="checkbox"/> Needs assistance walking            | <input type="checkbox"/> Does not speak but makes gestures |
| <input type="checkbox"/> Needs a wheel chair                 | <input type="checkbox"/> Does not speak or gesture         |
| <input type="checkbox"/> Self propels wheel chair            | <input type="checkbox"/> Speaks English only               |
| <input type="checkbox"/> Drives an electric wheel chair      | <input type="checkbox"/> Speaks Spanish only               |
| <input type="checkbox"/> Toilet trained                      | <input type="checkbox"/> Speaks only: _____                |
| <input type="checkbox"/> Has toileting accidents             | <input type="checkbox"/> Bilingual in _____                |
- (Please state languages)

**Education**

Mark those that apply to the Applicant.

- Before the age of 3, the applicant (or is receiving) Early Childhood Intervention services OT, PT, Speech
- The Applicant entered a public school PPCD program at 3 years of age
- The Applicant entered a public or private school at the usual age (5 or 6)
- The Applicant was placed in Special Education Services
- The Applicant is in Special Education services at the present time

IDD NOTES
FOR IDD USE ONLY



Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

Please mark any of the following Special Education eligibility conditions that the Applicant's school has identified

- Non Categorical Early Childhood
- Intellectual Disability
- Traumatic Brain Injury
- Speech and Language Impairment
- Hearing Impairment
- Autism Spectrum Disorders (Autism-PDD)
- Visual Impairment
- Other Health Impairment
- Specific Learning Disability
- Orthopedic Impairment
- Multiply Handicapped
- Emotional Disturbance

If the Applicant is currently in school. What grade? \_\_\_\_\_

Has the applicant had a Full and Individual Evaluation or a Reevaluation Review within the last year? Yes No Unk

Do you have a copy? (If Yes, please bring to your appointment).

Is a Full and Individual Evaluation or Reevaluation Review planned in the next year?

At any time, has the Applicant had a Psychological Evaluation?

Do you have a copy? (If Yes, please bring to your appointment).

Has the Applicant ever participated in Special Olympics?

Has Applicant graduated from High School?

Has Applicant earned GED certificate?

**Daily Activity for Applicants Beyond School Age**

Please mark all that apply.

- The Applicant has a job at this time
- Full time
- Part time
- Sheltered or Supported Employment
- The Applicant has been employed in the past
- The Applicant stays home most days
- Stays home alone
- Stays home with caregiver
- The Applicant attends a structured day activity program or sheltered workplace

**Behavioral/Psychiatric/Legal History**

Please mark all that apply.

- The Applicant has received counseling for personal problems
- The Applicant has received the services of a Behavioral Specialist, ABA Therapist, or Psychologist to address unwanted behaviors  At Home  At School  At Both
- The Applicant has received outpatient services from a Psychiatrist
- The Applicant has been treated with psychiatric medications to help manage behavioral or emotional problems
- The Applicant has been arrested by law enforcement
- The Applicant has been incarcerated

<b>IDD NOTES</b>
<b>FOR IDD USE ONLY</b>



Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Case Number: \_\_\_\_\_

**FOR IDD USE ONLY**

**Statement of Necessity**

Is standardized psychometric assessment necessary to establish eligibility for IDD services as specified by TDADS or to meet the administrative requirements of a court or service provider?  Yes  No

**Suggestions for Assessment:**

Intelligence Scales: \_\_\_\_\_

Adaptive Scales: \_\_\_\_\_

ASD Scales: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

Applicant Signature: \_\_\_\_\_ Printed Name / Relationship: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Person Completing Form's Signature: \_\_\_\_\_ Printed Name / Relationship: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

CARE Specialist Signature: \_\_\_\_\_ Printed Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Psychological Examiner Signature: \_\_\_\_\_ Printed Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---







## SOLICITUD DE ADMISIÓN Y ELEGIBILIDAD

Presente por favor esta solicitud a:  
**INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES SERVICES**

Attn: Intake & Eligibility  
2700 NE Loop 410, Suite 101  
San Antonio, TX 78217

O por

Fax: 1-866-689-1843      Attn: IDD Intake & Eligibility

**Se requieren los siguientes documentos antes de poder programar la cita de la determinación de discapacidad intelectual.**

- Comprobante de Residencia verificando que el individuo vive en el condado de Bexar.
- Al acudir a su cita de ingreso, se requiere comprobante de ingresos. Si el individuo tiene menos de 18 años de edad, se requiere comprobante de ingresos familiares. Si el individuo tiene mas de 18 años de edad, tiene que proporcionar comprobante de sus propios ingresos. (declaración de impuestos o formulario W2; si no se hizo declaración de impuestos, se requieren 3 meses de talonarios de pago, carta actualizada de Ingreso por el Seguro Social).
- Pruebas que el individuo recibió Educación Especial del Distrito Escolar (Evaluación Completa e Individual).
- Carta del Médico, evaluaciones psicológicas anteriores.
- Tarjeta de Seguro Social.
- Acta de Nacimiento.
- Información sobre seguro médico (tarjeta de seguro particular, o carta de Medicaid).
- Información de Salud/Médica
- Cualquier otro documento legal (Orden de Custodia, Cartas de Curaduría, Documentos de Adopción, Acta de divorcio, Documentos de custodia, etc.)

*Asimismo, favor de llenar las formas anexas con toda la información posible. Esto nos ayuda a completar su consulta con rapidez.*

***Si tiene alguna pregunta, o requiere de arreglos especiales para su cita (p.ej servicios de interpretación, aparatos auxiliares de audición, o con acceso a silla de ruedas) favor de comunicarse con nosotros al (210) 832-5020***



**APLICACIÓN  
DE ADMISIÓN Y  
ELEGIBILIDAD**

Nombre: \_\_\_\_\_

Núm. de Caso: \_\_\_\_\_

Centro de Costo: \_\_\_\_\_

Núm de Subunidad: \_\_\_\_\_

**Determinación de Discapacidad Intelectual y de Desarrollo (DID)  
Datos Demográficos**

Nombre del Individuo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Edad (Años/Meses): \_\_\_\_/\_\_\_\_

Núm. De Seguro Social: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Information:**

Nombre del Padre/Curador \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Domicilio del Padre/ Curador \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono del Padre/ Curador \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto en caso de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección de Contacto en caso de Emergencia \_\_\_\_\_

**Financial Information:**

**Monthly**

Empleo del Individuo	\$ _____	Manutención de Niños	\$ _____
Ingresos Suplementales de Seguro (SSI)	\$ _____	Estampillas de Alimentos	\$ _____
Seguro de Discapacidad de Seguro Social (SSDI)	\$ _____	Jubilación	\$ _____
Seguro Social	\$ _____	Desempleo	\$ _____
Padres	\$ _____	Gastos Extraordinarios 1	\$ _____
Otros	\$ _____	Gastos Extraordinarios 2	\$ _____
Ingresos Mensuales Totales	\$ _____		\$ _____

**Seguro:**

Compañía de Seguros	Fecha de Vigencia	Fecha de Vencimiento	Núm. de Póliza

## INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES SERVICES

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número del caso: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL BIO-PSICOSOCIAL

Favor de completar, la mayor parte posible, de este cuestionario antes de su Cita de Ingreso. Un especialista en cuidado o evaluador va a revisar este cuestionario con usted. Si no está seguro de como contestar una pregunta, va a tener ayuda durante su Cita de Ingreso. Es posible que muchas de las preguntas no sean apropiadas para el solicitante, por lo tanto no tiene que contestarlas.

No se preocupe o permita que le provoque tensión este cuestionario. Reconocemos que estamos haciendo muchas preguntas y es posible que usted haya contestado las mismas preguntas en otros lugares. Puede estar seguro que todas estas preguntas han sido seleccionadas con mucho cuidado y son muy importantes para hacer la evaluación y determinación de elegibilidad para servicios a través del "Alamo Local Authority" y "Department of Aging and Disability Services". Hemos tratado de que este cuestionario sea lo más simple posible, al mismo tiempo, que provea la información que necesitamos. Gracias anticipadas por tomar el tiempo para contestar estas preguntas en representación del solicitante.



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número del caso: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL BIO-PSICOSOCIAL**

**NOTAS DE IDD**

**PARA USO DE IDD SOLAMENTE**

Nombre de la persona que necesita servicios: \_\_\_\_\_

Sexo  Hombre  Mujer  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que está llenando este cuestionario: \_\_\_\_\_

Relación/parentesco con el solicitante \_\_\_\_\_

**Historial Social**

*Favor de marcar con quién reside el solicitante:*

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Padre y madre biológico                         | <input type="checkbox"/> Otros familiares | <input type="checkbox"/> Independiente  |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre biológico y padrastro o madrastra | <input type="checkbox"/> Tutor legal      | <input type="checkbox"/> Hogar de grupo |
| <input type="checkbox"/> Padres adoptivos                                | <input type="checkbox"/> Esposo o esposa  | <input type="checkbox"/> _____          |
| <input type="checkbox"/> Padres de crianza                               | <input type="checkbox"/> Con amistades    |   |

¿Hay algo en estos arreglos de residencia que le preocupe a usted o al solicitante?

Sí  No

*Si responde que sí, usted va a tener la oportunidad de discutir los detalles en su Cita de Ingreso.*

**Familia biológica**

Parentesco	Nombre	Vivo/muerto/no sé	
Padre			<input type="checkbox"/> Reside en el hogar
Madre			<input type="checkbox"/> Reside en el hogar
Hermano (a)			<input type="checkbox"/> Reside en el hogar
Hermano (a)			<input type="checkbox"/> Reside en el hogar
Hermano (a)			<input type="checkbox"/> Reside en el hogar
Otras personas			<input type="checkbox"/> Reside en el hogar

*Si es necesario, puede usar el reverso de esta página*

Número total de hijos/hijas que tuvo la madre biológica: \_\_\_\_\_

El solicitante es el hijo(a) número: \_\_\_\_\_

¿Existen estas condiciones en la familia biológica?  Sí  No  No sé

*Favor de marcar las condiciones presentes que apliquen*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual/Retardo mental | <input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)                               |
| <input type="checkbox"/> Trastorno afectivo/Depresión/Bipolar    | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol  |
| <input type="checkbox"/> Psicosis /Esquizofrenia / Epilepsia     | <input type="checkbox"/> Autismo/Trastorno del Espectro Autista ((PDD)Trastorno Pervasivo del Desarrollo /Asperger |
| <input type="checkbox"/> Otro tipo de abuso de drogas            | <input type="checkbox"/> Abuso de medicinas recetadas  |
|  | <input type="checkbox"/> No sé   |

**Salud**

¿La madre del solicitante recibió tratamiento durante el embarazo?  Sí  No  No sé

*Favor de marcar si la madre biológica estuvo expuesta a lo siguiente durante el embarazo:*

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol                      | <input type="checkbox"/> Drogas ilegales             | <input type="checkbox"/> Sustancias tóxicas |
| <input type="checkbox"/> Cigarillos de cualquier tipo | <input type="checkbox"/> Inhaladores (pintura, pega) | <input type="checkbox"/> No sé              |
| <input type="checkbox"/> Medicinas sin receta         | <input type="checkbox"/> Medicinas recetadas         |   |

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número del caso: \_\_\_\_\_

Favor de marcar las condiciones presentes en este embarazo que apliquen:

- Normal                       Término completo  
 Complicaciones médicas       Complicaciones debido a la edad de la madre (antes de los 18 años o después de los 35 años)  
 No sé

Favor de marcar las condiciones presentes durante el nacimiento del solicitante que apliquen:

- Nacimiento cerca de la fecha esperada       Parto sin complicaciones       Parto inducido  
 Nacimiento 2 semanas antes de la fecha esperada       Cesárea       No sé  
 Parto de emergencia porque el bebé tuvo complicaciones       Parto de nalgas del bebé

Favor de marcar las condiciones presentes en el bebé recién nacido que apliquen

- Saludable                       Problemas de salud al nacer       No sé  
 El bebé necesito cirugía antes de salir del hospital       El bebé tuvo problemas al respirar

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ lbs \_\_\_\_\_ oz

El solicitante salio del hospital con su mamá después de \_\_\_\_\_ días.

El solicitante tuvo que quedarse en el hospital después de que su mamá salio del hospital.

¿Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Tipos de tratamientos que el solicitante necesito antes de salir del hospital. \_\_\_\_\_

Favor de marcar descripciones del primer año del solicitante, lo mejor que usted recuerde:

- Al principio tuvo un desarrollo normal, y entonces empezó a perder destrezas.  
 Desarrollo normal de bebé y en la infancia -parecido a los otros niños en la familia  
 Desarrollo normal en los primeros años-parecido a los otros niños en la familia       Irritable  
 No se sentó para los 8 meses       Lloraba más que otros bebés  
 No gateó para los 10 meses       Dificil de calmar  
 No caminó para los 15 meses       Muchos problemas de salud  
 Personas extrañas no podían entender su lenguaje a los 15 meses       Problemas con la audición  
 No usaba 2 palabras en una oración para los 2 años       Problemas con la visión  
 No se mantenía seco durante el día para los 3 1/2 años (se orinaba encima)       Muy sensible al sonido o a la luz  
 No leía palabras simples para los 6 años       No sé

¿Cuando usted u otra persona comenzaron a preocuparse por el desarrollo del solicitante?

Favor de marcar las condiciones que han sido diagnosticadas formalmente en el solicitante

Condicion	Edad	Diagnóstico hecho por
<input type="checkbox"/> Atraso en el desarrollo		
<input type="checkbox"/> Trastorno Pervasivo del Desarrollo(PDD)		
<input type="checkbox"/> Trastorno Asperger		
<input type="checkbox"/> Autismo/Trastorno del Espectro Autista		
<input type="checkbox"/> Epilepsia		
<input type="checkbox"/> Perlesia Cerebral (Cerebral Palsy)		
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down		
<input type="checkbox"/> Otras:		
<input type="checkbox"/> Otras:		
<input type="checkbox"/> Otras:		

**NOTAS DE IDD**

PARA USO DE IDD SOLAMENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número del caso: \_\_\_\_\_

¿Usted tiene documentos con diagnósticos o condiciones médicas con la firma de un médico?  Sí  No

En algún momento, el solicitante ha estado hospitalizado(a) por:

**NOTAS DE IDD  
PARA USO DE IDD SOLAMENTE**

	Explicación	Edad
<input type="checkbox"/> Enfermedades serias		
<input type="checkbox"/> Cirugías		
<input type="checkbox"/> Trauma/heridas en la cabeza		
<input type="checkbox"/> Otras condiciones:		

Favor de proveer todas las medicinas que está tomando el solicitante:

Medicina	Razón

¿El solicitante tiene alergias?  Sí  No  No sé

Tipo de alergias:

	Describa
<input type="checkbox"/> En el aire/de temporada	
<input type="checkbox"/> Alimentos/comidas	
<input type="checkbox"/> Medicinas	
<input type="checkbox"/> Otras	

Favor de describir al solicitante en estos momentos:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Saludable                                     | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda en el baño               |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud, pero, estable             | <input type="checkbox"/> Habla en oraciones completas            |
| <input type="checkbox"/> Muchos problemas de salud                     | <input type="checkbox"/> Habla en frases                         |
| <input type="checkbox"/> Camina sin ayuda                              | <input type="checkbox"/> Se comunica usando el lenguaje de señas |
| <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para caminar                   | <input type="checkbox"/> No habla, usa gestos                    |
| <input type="checkbox"/> Necesita sillón de ruedas                     | <input type="checkbox"/> No habla, ni usa gestos                 |
| <input type="checkbox"/> No necesita ayuda con sillón de ruedas        | <input type="checkbox"/> Solamente habla inglés                  |
| <input type="checkbox"/> Usa sillón de ruedas eléctrico                | <input type="checkbox"/> Solamente habla español                 |
| <input type="checkbox"/> Entrenado a usar el baño                      | <input type="checkbox"/> Solamente habla: _____                  |
| <input type="checkbox"/> Tiene descontrol en la evacuación o al orinar | <input type="checkbox"/> Bilingüe en: _____                      |

*(Indique idioma)*

**Educación**

Favor de marcar todos los que describen al solicitante.

- Antes de los 3 años, el solicitante (recibió o recibe) servicios en el Programa para la Intervención Temprana en la Ninez (ECI), Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Habla
- A los 3 años, el solicitante entró a la escuela pública al Programa para la Intervención Temprana (PPCD)
- El solicitante entró a la escuela pública o privada a la edad esperada (5 o 6 años)
- El solicitante estuvo en Educación Especial
- El solicitante esta en Educación Especial en estos momentos

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número del caso: \_\_\_\_\_

*Favor de marcar las condiciones de elegibilidad para Educación Especial que el Distrito Escolar del solicitante ha identificado:*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programa No categórico para la Niñez Temprana                                     | <input type="checkbox"/> Impedimento de la visión                  |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual  | <input type="checkbox"/> Otros Impedimentos Médicos                |
| <input type="checkbox"/> Trauma Cerebral   | <input type="checkbox"/> Discapacidad específica en el aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Impedimento de habla y lenguaje   | <input type="checkbox"/> Impedimento Ortopédico                    |
| <input type="checkbox"/> Impedimento de audición   | <input type="checkbox"/> Impedimentos Múltiple                     |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del Espectro Autista/ Autismo/ Trastorno Pervasivo del Desarrollo (PDD) | <input type="checkbox"/> Disturbios emocionales                    |

Si el solicitante está en la escuela, ¿en que grado está? \_\_\_\_\_

¿El solicitante ha tenido una evaluación en el Distrito Escolar en este último año? ("Full and Individual Evaluation" o "Reevaluation Review")

¿Usted tiene copia? (Si tiene copia, favor de traerla a su cita).

Para este próximo año, ¿el Distrito Escolar va a evaluar al solicitante? ("Full and Individual Evaluation" o "Reevaluation Review")

En algún momento, ¿el solicitante ha tenido una Evaluación Psicológica?

¿Usted tiene copia? (Si tiene copia, favor de traerla a su cita).

¿El solicitante ha participado en las Olimpiadas Especiales?

¿El solicitante se graduó de escuela superior?

¿El solicitante tiene un certificado equivalente (GED) para escuela superior?

Si	No	No sé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Actividades diarias para solicitantes que ya no están en la escuela

*Favor de marcar las actividades en las cuales el solicitante participa:*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El solicitante tiene trabajo en este momento  | <input type="checkbox"/> El solicitante se queda en la casa casi todos los días                             |
| <input type="checkbox"/> A tiempo completo                             | <input type="checkbox"/> Se queda solo en la casa   |
| <input type="checkbox"/> A tiempo parcial                              | <input type="checkbox"/> Se queda en la casa con una persona que lo cuida                                   |
| <input type="checkbox"/> Trabajo en ambiente protegido                 | <input type="checkbox"/> El solicitante participa en un programa de actividades diarias o taller protegido. |
| <input type="checkbox"/> El solicitante ha tenido trabajo en el pasado |   |

### Historial de comportamiento/psiquiátrico/legal

*Favor de marcar los servicios que el solicitante ha recibido:*

- El solicitante ha recibido consejería para sus problemas personales
- El solicitante ha recibido servicios de un Especialista en Comportamiento, Especialista en Autismo (ABA Therapist), o Psicólogo para sus comportamientos inapropiados.
- En la casa     En la escuela     En ambos
- El solicitante ha recibido servicios de un psiquiatra
- El solicitante ha sido tratado con medicinas psiquiátricas para manejar su comportamiento o problemas emocionales
- El solicitante ha sido arrestado por las autoridades policíacas
- El solicitante ha estado en la cárcel

NOTAS DE IDD
PARA USO DE IDD SOLAMENTE

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número del caso: \_\_\_\_\_

**PARA USO DE IDD SOLAMENTE**

**Declaración de necesidad**

¿Es necesaria una evaluación psicométrica con pruebas estandarizadas para determinar elegibilidad para los servicios de Discapacidad Intelectual ("IDD") según especifica "TDADS" o para llenar los requisitos administrativos de la corte o proveedor de servicios?

Si No

**Sugerencias para la evaluación:**

Escalas de inteligencia: \_\_\_\_\_

Escalas de comportamiento adaptativo: \_\_\_\_\_

Escalas de autismo: \_\_\_\_\_

Otras: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Imprima su nombre - Parentesco o relación con el solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que está llenando este cuestionario

\_\_\_\_\_  
Imprima su nombre - Parentesco o relación con el solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Especialista de Cuidado

\_\_\_\_\_  
Imprima su nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Evaluador

\_\_\_\_\_  
Imprima su nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_