

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE AUTISMO PA

Gracias por completar esta encuesta. El término autismo es usado para referirse al Desarrollo del Espectro Autista (ASD por sus siglas en inglés). Marque sólo 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

¿Cuál de las siguientes categorías describen mejor su género?

- Masculino Femenino Otro _____

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

- | | | |
|---|--|--|
| <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?

¿En qué año y mes nació?

- Mes de Nacimiento (MM) _____ Año de Nacimiento (AAAA) _____

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

- Casado Nunca ha estado casado Prefiero no responder
- Viuda Separado / Divorciado

¿Tiene usted hijos?

- Si No, no deseo tener hijos
- No, pero está en mis planes tener hijo(s) Prefiero no responder
- No, indeciso en tener hijos

¿Cuál de las siguientes cifras está más cerca de su ingreso anual como empleado?

- | | | |
|--|--|---|
| <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 | |

¿Tiene usted mascotas (Incluyendo animales de servicio)?

- Si No

¿Tiene usted algún pariente con autismo?

- Si No No estoy seguro

Si su respuesta es sí, ¿qué parientes han sido diagnosticados con autismo? Escoja todas las que aplique.

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Padre/Madre | <input type="radio"/> Tío(a) | <input type="radio"/> Hijo(a) |
| <input type="radio"/> Hermano(a) | <input type="radio"/> Primo(a) | <input type="radio"/> Otro _____ |
| <input type="radio"/> Abuelo(a) | <input type="radio"/> Sobrino(a) | |

Sección 2

En comparación con hace 12 meses, ¿diría usted que su salud en general es?

- Mejor Peor La misma

Por favor, explique su respuesta:

Aproximadamente, ¿cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que vio a un dentista? (Incluya todos los tipos de profesionales dentales/especialistas como ortodoncista, cirugía oral e higienista dental)

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

Aproximadamente, ¿cuánto tiempo ha pasado desde que vio 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

En la actualidad ¿Tiene usted recetado medicamentos que no sean vitaminas?

- Sí No No estoy seguro

Si su respuesta es sí, por favor indique los medicamentos que en la actualidad tiene usted recetados:

Sección 3

¿Ha tenido usted alguno de los siguientes diagnósticos? 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 o 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 edad tenía usted cuando recibió su diagnóstico de autismo?

- Años de Edad _____ No estoy seguro

Sección 4

¿Está usted 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 usted en la actualidad en la Lista de Espera o Lista de Interés?

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

¿Está usted en la actualidad en algún programa de Exención de Asistencia Médica? *Por favor asegúrese de contestar las dos columnas.*

	Yo estoy inscrito en este programa de exención		Yo deseo más información acerca de este programa de exención	
	Si	No	Si	No
Exención de Autismo para Adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programa de Autismo de Adulto en la Comunidad (ACAP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exención Consolidada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exención P/FDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exención OBRA	<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"/>

Sección 5

¿Alguna vez usted ha usado medicamentos que no sean los requeridos por razones médicas (excluyendo vitaminas)?

- Sí No No estoy seguro Prefiero no contestar

¿Alguna vez usted ha sufrido una sobredosis por medicamentos (prescritos o ilegales)?

- Sí No No estoy seguro Prefiero no contestar

Sección 6

En el último año, ¿ha estado usted en una sala de emergencia por razones de conducta o psiquiátricas?

- Sí, _____ veces No Prefiero no contestar

En el último año, ¿ha sido usted admitido a un hospital o en una instalación similar a la de un hospital por razones de conducta o psiquiátricas?

- Sí, _____ veces No Prefiero no contestar

SI USTED RESPONDIÓ QUE SÍ HA SIDO ADMITIDO EN UN HOSPITAL O UNA INSTALACIÓN SIMILAR A LA DE UN HOSPITAL, POR FAVOR RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN BASE A SU MÁS RECIENTE ADMISIÓN. SI NO ES ASÍ, POR FAVOR PASE A LA SECCIÓN 7.

¿Cuál(es) fue (ron) las razones por la que usted fue admitido en un hospital o una instalación similar a la de un hospital? Escoja todas las que aplique.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agresión | <input type="checkbox"/> Conducta autodestructiva |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Incremento significativo de las obsesiones |
| <input type="checkbox"/> Conducta de Oposición o Desafiante | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Huir o fugarse de la casa / escuela | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

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

	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"/>

¿Cómo fue usted admitido?

- Fui admitido por mi propia voluntad (201 Tratamiento Voluntario)
 Fui admitido en contra de mi voluntad (302, Tratamiento Involuntario)
 Prefiero no contestar

¿Cuánto tiempo fue su estadía en el hospital o en la instalación similar a la de un hospital?

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

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

- Sí No No estoy seguro

Por favor incluya cualquier detalle adicional sobre su estadía hospitalaria más reciente por razones de conducta o psiquiátricas.

Sección 7

¿Ha tenido usted alguna de las siguientes interacciones con la policía/Sistema de justicia? Escoja todas las que apliquen.

- | | |
|---|--|
| <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 en 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 usted víctima un crimen?

- Sí No Prefiero no contestar

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

Sección 8

¿Está usted empleado? Por favor solo incluya posiciones donde reciba pago.

- Sí, empleado de tiempo completo (35 horas por semana o más)
 No pero actualmente está buscando empleo
 Sí, empleado de medio tiempo (menos de 35 horas por semana)
 No, estoy retirado
 No, y no estoy retirado y no estoy buscando empleo

Si su respuesta es sí, ¿qué tipo de trabajo usted tiene?

- Oficina/Soporte administrativo
 Transporte/manejo de materiales
 Posición de vendedor (incluya venta al por menor)
 Producción/Manufactura
 Preparar alimentos/servir
 Otro _____

Si su respuesta es no, ¿Usted alguna vez ha trabajado?.

- Sí
 No
 No estoy seguro
 Prefiero no contestar

¿A qué edad empezó usted a trabajar?

¿Cuál de los siguientes recursos usted ha usado para buscar empleo? Escoja todas las que apliquen.

- Consejero Escolar
 Padres/Conexión Familiar
 Apoyo al empleo de la oficina
 Búsqueda en Internet
 Alguien me lo dijo
 exención o de otro programa
 Feria de Trabajo
 Oficina de Rehabilitación (OVR)
 Otro _____
 Periódico
 Consejero
 N/A (No estoy buscando)

Por favor conteste las siguientes declaraciones acerca de su proceso de búsqueda de empleo.

	Muy Difícil	Difícil	Fácil	Muy Fácil
Encontrar oportunidades de empleo es...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Completar las aplicaciones de empleo es...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elaborar un resume (Hoja de Vida) es...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lograr que los empleadores me entrevisten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La entrevista es...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encontrar transporte desde y hasta una entrevista es...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hacer un seguimiento después de la entrevista es...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor indique que tan de acuerdo está usted con las siguientes declaraciones acerca de su empleo.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	N/A
Me siento cómodo trabajando en un ambiente grupal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento cómodo pidiendo información y ayuda a mis compañeros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento cómodo pidiendo información y ayuda a una figura de autoridad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento cómodo pidiendo tiempo libre en mi trabajo a una figura de autoridad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento cómodo pidiendo una acomodación/adaptación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor hablemos de qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes declaraciones acerca de su más reciente lugar de trabajo.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	N/A
Mis habilidades no se usan en medida suficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sueldo es justo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yo recibí adaptación/Apoyo para el autismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Sabén las personas en su lugar de trabajo que usted tiene autismo?

- Sí, todos lo saben Sí, pero solo mi compañeros de trabajo No
 Sí, pero solo mis supervisores N/A (Actualmente estoy empleado)

Si su respuesta es no, ¿por qué no? Escoja todas las que apliquen.

- No sé cómo decirles Tengo temor de ser juzgado
 No quiero ser tratado diferente Otro _____
 Pienso que no es necesario Prefiero no contestar

Sección 9

¿Cuál es su situación actual de vida?

- Vivo solo sin apoyo (renta o es dueño) En una instalación residencial (incluyendo un hospital o centro estatal)
 Vivo solo con apoyo (renta o es dueño) Hogar de Grupo
 Con un compañero de cuarto/esposa(o) (renta o es dueño) Persona sin hogar
 En mi casa con mis padres u otros parientes Otro _____

¿Cuánto tiempo ha estado usted viviendo esta situación?

- Toda mi vida Menos de 1 año 1-2 años 3-5 años Mas de 5 años

¿Qué tan feliz está usted con su situación de vida actual?

- Muy Feliz Feliz Infeliz Muy Infeliz

¿Qué tan difícil es para usted deshacerse de cosas incluso si no la usa?

- Muy difícil Algo difícil No es difícil

¿Qué tan frecuente el desorden en su casa interfiere en sus actividades diarias? (Por ejemplo, no puede encontrar materiales u otras pertenencias, o problemas para moverse en su espacio)

- Siempre La mayor parte de las veces Algunas veces Nunca

Sección 10

¿Está usted en la actualidad en la escuela?

- Sí, escuela superior o secundaria Sí, posgrado No, pero quisiera ir
 Sí, dos años de universidad Sí, Escuela técnica / No
 Sí, cuatro años de universidad vocacional Otro _____

Si su respuesta es no, ¿cuál es el nivel más alto de educación que usted aprobó?

- Algunos estudios pero no graduado de la escuela superior Algunos estudios universitarios Profesional o doctoral o estudios superior a
 Graduado de la escuela superior/ GED Grado Asociado Maestría graduado (ej. MD, DDS, DVM, PhD)
 Escuela Técnica/Vocacional Licenciatura Maestría

SI USTED EN LA ACTUALIDAD ESTA EN LA ESCUELA, POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. SI NO ES ASI, POR FAVOR PASE A LA SECCIÓN 11.

¿Cuál es el estado de su inscripción en la escuela?

- Tiempo completo Medio tiempo No estoy seguro

¿Atiende usted a clases en persona o en línea?

- En personas En línea Ambos, en persona y en línea

Por favor indique cuál de las siguientes actividades le ha ayudado a establecer nuevos amigos.

	Amistades muy fuertes	Amistades casuales	No hay amistades	No ha participado
Tutoría con los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grupos/Clubes de estudiantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocer personas en clase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocer personas en sus dormitorios o casas de hospedaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redes sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programas deportivos internos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros eventos sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Sabe usted de la asistencia y/recursos para los estudiantes con discapacidad en su escuela?

- Sí, pero no los uso
 Sí, y los utilizo
 No
 No estoy seguro

¿Ha sido usted identificado por su escuela como una persona que necesita alguna acomodación o adaptación razonable (ej., tutorial, alojamiento especial, consejería)?

- Si
 No
 No estoy seguro

Por favor háblenos acerca de sus necesidades educativas. Por favor asegúrese de contestar las dos columnas.

	¿Está usted recibiendo este Servicio?		¿Necesita usted más de este servicio?	
	Si	No	Si	No
Alojamiento especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia para tomar exámenes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consejería académicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia tomando notas/apuntes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tutoría	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tutoría con compañeros / Grupos de apoyos	<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"/>

¿Cuáles son sus planes para después de la graduación? Escoja todas las que apliquen.

- Continuar con la educación (hacia un nivel superior)
 Voluntario
 Buscar un trabajo
 No lo sé
 Tomarme tiempo libre(para viajar o hacer otras cosas)
 Otro _____

Sección 11

Por favor seleccione los siguientes servicios que usted conoce, está participando con, o necesita más información. Escoja todos los que apliquen.

	Conoce de	Está Participando	Necesito más información acerca de	N/A
Oficina de Rehabilitación Vocacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beneficios del Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras asistencias gubernamentales (cupones de comida, plan de vivienda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 12

Durante el último mes ¿cuántos días en una semana en promedio pasa usted tiempo con sus amigos fuera de la escuela o el trabajo?

- 0
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 Prefiero no contestar

Durante los últimos 12 meses, ¿ha tomado usted parte de algún tipo de actividad de grupo o actividades extracurriculares como, grupos de jóvenes o equipos deportivos comunitarios?

- Sí
 No
 No estoy seguro

Si su respuesta es sí, ¿Cuántos de estos grupos en los que usted ha sido parte incluían solo a personas con discapacidad?

- 0
 1
 2
 3
 4+

Por favor indique si uno de los siguientes desafíos interfiere o impiden que usted participe en actividades en la comunidad; tales como deportes, clubes, pasatiempos u otras actividades organizadas.

	Sí	No	No estoy seguro
Problema emocional (ansiedad, depresión, miedo, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de comportamiento (agresión, conducta autodestructiva, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas físicos (acceso, movilidad etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor, describa su satisfacción con las siguientes relaciones.

	No tengo pero me gustaría...	Lo tengo pero quiero mas/ mejor...	Yo estoy satisfecho con mi...	N/A	Prefiero no contestar
Amigos en quien confiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amigos con quienes socializar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relaciones con mis padres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relaciones con mis hermanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relaciones con mis hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relaciones con otros seres queridos (esposo(a), compañero(a))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras relaciones _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Díganos con qué frecuencia cada una de las siguientes afirmaciones describe como usted se siente.

	Frecuente	Algunas veces	Raras veces	Nunca	Prefiero no contestar
Yo no tengo a nadie con quien hablar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis intereses e ideas no son compartidas por las personas que me rodean	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es difícil para mí hacer amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	Participo en esta actividad		Si lo hace, por favor indique cuantas horas por semana usted 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"/>	

Por favor hablemos si usted 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.

	¿Haces esta actividad?			¿Esta actividad es importante para usted?	
	Suficiente	Insuficiente	Demasiado	Esta es importante	Esta no es importa
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 o autodefensa	<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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ir o participar en actividades cívicas y políticas u organizaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección 13

Por favor hablemos acerca de sus necesidades de servicios en salud y educación. Por favor seleccione si usted está recibiendo el servicio, y si usted necesita más del servicio en listado. **Por favor asegúrese de contestar las dos columnas.**

	¿Está usted recibiendo este servicio?		¿Necesita usted más de este servicio?	
	Sí	No	Sí	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 Física	<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. Coordinador de apoyo, personal de inclusión en la comunidad, profesional de apoyo comunitario, Trabajador de cuidado personal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordinación de Apoyos	<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"/>
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"/>
Educación 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"/>
Consejería en Drogas y Alcohol	<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"/>
Planeación de Transición	<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 Orientación 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"/>
Consejería de Beneficios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor díganos si usted está de acuerdo con la declaración que va a leer a continuación relacionada a los siguientes servicios “Los profesionales que ofrecen estos servicios, tienen las habilidades necesarias para trabajar conmigo”

	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. Coordinador de apoyo, personal de inclusión en la comunidad, profesional de apoyo comunitario, Trabajador de cuidado personal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordinación de Apoyos	<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"/>
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"/>
Consejería en Drogas y Alcohol	<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"/>
Consejería de Beneficios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Usted ha experimentado algún tipo de dificultad o barrera cuando ha tratado de obtener servicios especiales de Salud y educación?

Sí

No

Si la respuesta es sí, ¿cuál de las siguientes es la que más inconveniente en la obtención de los servicios?

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 proveedores de servicios en el área | <input type="checkbox"/> El proveedor en el área no atiende a personas con un diagnóstico en salud mental |
| <input type="checkbox"/> No hay suficientes proveedores de servicios en el área | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Costo de los servicios/ Mi seguro no cubre los servicios disponibles | |

¿Tiene usted 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 selecciones dónde usted usa estos sistemas 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 14

¿Se siente usted cómodo respondiendo algunas preguntas acerca de su identidad de género?

- Sí No

SI LA RESPUESTA ES SI, POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. SI NO ES ASI, POR FAVOR PASE A LA SECCIÓN 15.

¿Qué género le asignaron al nacer?

- Masculino Femenino Intersexualidad Prefiero no contestar

¿Se identifica como transgénero y / o género no conforme?

- Sí No Prefiero no contestar

Sección 15

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

¿Para qué propósito usted usa el transporte? Escoja todas las que apliquen.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo / Empleo | <input type="checkbox"/> Visita a familiares o amigos |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento laboral, educativo o vocacional | <input type="checkbox"/> Ir de comprar /quehaceres diarios |
| <input type="checkbox"/> Actividades sociales o recreativas | <input type="checkbox"/> Gym o Centros de salud |
| <input type="checkbox"/> Citas médicas o de cuidado de salud | <input type="checkbox"/> Ir hasta la parada de autobús o estación del tren |
| <input type="checkbox"/> Actividades religiosas | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Cuando usted está caminando por los alrededores, ¿Con cuál de las siguientes situaciones ha tenido algún tipo de problemas? Escoja todas las que apliquen.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cruzando la calle | <input type="checkbox"/> Demasiada gente en la acera |
| <input type="checkbox"/> Evaluando la distancia y/o la velocidad del automóvil | <input type="checkbox"/> Demasiados automóviles o mucho tráfico |
| <input type="checkbox"/> Caminar en las áreas donde no hay aceras (grama o en las calles) | <input type="checkbox"/> Dificultad determinando las direcciones/ rutas |
| <input type="checkbox"/> Lidiar con la distracción mientras está caminando | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| | <input type="checkbox"/> No tengo dificultad caminando |

¿Cuál de las siguientes opciones le dificulta viajar en transporte público? Escoja todas las que apliquen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No disponible en mi área | <input type="checkbox"/> Dificultad con la planeación de un paseo en transporte público |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para llegar al autobús/ estación del tren | <input type="checkbox"/> Los servicios de transporte público no son confiables |
| <input type="checkbox"/> Dificultad subiendo o bajando en tren o autobús | <input type="checkbox"/> Preocupación acerca del crimen en el transporte público |
| <input type="checkbox"/> Los servicios de transporte público no están disponibles cuando es necesario | <input type="checkbox"/> Preocupación acerca de encontrar un puesto disponible en el autobús/tren |
| <input type="checkbox"/> El transporte público no va donde yo necesito ir | <input type="checkbox"/> Preocupación acerca de la amabilidad y disponibilidad del conductor del transporte |
| <input type="checkbox"/> Necesito hacer demasiados transbordos | <input type="checkbox"/> Preocupación acerca cómo o será el trato con otros usuarios del transporte públicos |
| <input type="checkbox"/> El servicio de transporte es muy costoso | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Padres/tutores legales no quieren que utilice el transporte público | <input type="checkbox"/> No tiene dificultad con el transporte público |

Sección 16

Las siguientes preguntas están relacionadas en parte a sus relaciones. ¿Con qué frecuencia tienen problemas para relacionarse adecuadamente con.....

	Siempre	Algunas veces	Nunca	N/A
Sus padres u otros cuidador(es)	○	○	○	○
Sus hermano(s) y hermana(s)	○	○	○	○
Sus miembros de la familia extendida (abuelos, tíos, tías etc.)	○	○	○	○
Otros que visitan su casa	○	○	○	○

Sección 17

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

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

Si su respuesta es sí, ¿fue en línea o en persona?

- En línea En persona Ambos

Si su respuesta fue sí, ¿por qué es usted parte de este grupo? Escoja todas las que apliquen.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amistad/ Socialización | <input type="checkbox"/> Crear conciencia | <input type="checkbox"/> Defensa/Hacer la diferencia |
| <input type="checkbox"/> Encontrar información | <input type="checkbox"/> Alguien me lo recomendó | <input type="checkbox"/> Otro_____ |
| <input type="checkbox"/> Intereses similares/
Experiencia | | |

Si su respuesta fue no, ¿por qué no? Escoja todas las que apliquen.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> No tengo suficiente tiempo | <input type="checkbox"/> Me siento excluido/ No me siento cómodo |
| <input type="checkbox"/> No existen grupos en mi area/
muy lejos | <input type="checkbox"/> No interes/ de la edad apropiada | <input type="checkbox"/> Cuesta dinero/ pago de membresía |
| <input type="checkbox"/> No estoy interesado | | <input type="checkbox"/> Otros_____ |

Gracias por completar la Evaluación de Necesidades de Autismo PA.