



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 más 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

Nombre de la persona que necesita servicios: _____
PARA USO DE IDD SOLAMENTE

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:

- Padre y madre biológico
- Padre o madre biológico y padrastro o madrastra
- Padres adoptivos
- Padres de crianza
- Otros familiares
- Tutor legal
- Esposo o esposa
- Con amistades
- Independiente
- Hogar de grupo
- _____

¿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

- Discapacidad intelectual/Retardo mental
- Trastorno afectivo/Depresión/Bipolar
- Psicosis /Esquizofrenia / Epilepsia
- Otro tipo de abuso de drogas
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)
- Abuso de alcohol
- Autismo/Trastorno del Espectro Autista ((PDD)Trastorno Pervasivo del Desarrollo /Asperger
- Abuso de medicinas recetadas
- 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:

- Alcohol
- Cigarillos de cualquier tipo
- Medicinas sin receta
- Drogas ilegales
- Inhaladores (pintura, pega)
- Medicinas recetadas
- Sustancias tóxicas
- No sé

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 necesitó 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 Difícil 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:

	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

NOTAS DE IDD
PARA USO DE IDD SOLAMENTE

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")

Si No No sé

¿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?

<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

