



Gracias por su interés en el Texana Children's Center for Autism (CCA) and Behavior Stabilization Team (BeST). Complete la siguiente solicitud de servicios lo más detalladamente posible y adjunte toda la documentación apropiada como se indica. Su hijo será incluido en la lista de interesados a partir de la fecha en que se reciba la solicitud. Las solicitudes completadas deben enviarse por correo electrónico a CCAAdmissions@texanacenter.com

Fecha de hoy: _____

Opciones de tratamiento de Análisis de Comportamiento Aplicado conocido como ABA (descripciones en las páginas 5 y 6):

Seleccione el servicio que desee y la ubicación del servicio:

☐ Tratamiento Integral ABA (15-40 horas semanales) disponible para niños con seguro que cubra ABA o pago privado únicamente:

- ☐ Ubicación de Rosenberg: 4910 Airport Ave, Rosenberg, TX
 - Atiende a niños desde la edad del diagnóstico hasta 21 años
- ☐ Ubicación de Rosenberg: 130 Industrial Blvd, Sugar Land, TX
 - Atiende a niños desde la edad del diagnóstico hasta 10 años
- ☐ Ubicación de Fulshear: 7440 FM 359 S., Fulshear, TX 77441
 - Atiende a niños desde la edad del diagnóstico hasta 8 años

☐ Tratamiento ABA enfocado: Programa de autismo infantil de la HHSC (menos de 15 horas por semana) disponible para niños con Medicaid o pólizas de seguro que no cubren ABA:

- ☐ Ubicación de Rosenberg: 4706 Airport Ave, Bldg. C, Rosenberg, TX
 - Atiende a niños desde de 3 a 15 años

Planificación:

Por favor complete esta sección para Servicios Integrales ABA:

El programa de tratamiento del niño se determinará según la necesidad médica de ABA. La dosis del tratamiento (es decir, horas por semana y duración del tratamiento) estará determinada por los resultados de la evaluación ABA inicial, la recomendación del médico remitente y otros factores clínicos. La autorización también debe ser aprobada por el seguro de su hijo. Si bien no podemos determinar el programa de tratamiento recomendado para su hijo antes de la evaluación, es útil conocer las limitaciones de la programación. Por favor seleccione una de las siguientes opciones:

- ☐ Mi hijo puede estar disponible para cualquier horario de tratamiento recomendado, incluidos los días parciales (como 8:30AM-12:00PM o 12:00PM-4:00PM)
- ☐ Debido a la escuela, el transporte u otros factores, mi hijo solo está disponible para recibir tratamiento durante estos horarios:
 - ☐ **Lunes:** _____
 - ☐ **Martes:** _____
 - ☐ **Miércoles:** _____
 - ☐ **Jueves:** _____
 - ☐ **Viernes:** _____

Para Servicios Enfocados, tenga en cuenta los bloques de sesión que prefiera:

- ☐ Mañana (8:30 AM – 11:30 AM)
- ☐ Tarde (1:00 PM – 4:00 PM)
- ☐ Primer disponible

Información del niño:

Nombre legal niño: _____
Nombre preferido del niño: _____
Número de seguro social: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Etnicidad (requerida por la fuente de financiación): _____
Entorno educativo y/o de tratamiento actual: _____

Información de diagnóstico:

Fecha del diagnóstico inicial de autismo: _____
Edad al diagnóstico: _____
¿Quién proporcionó el diagnóstico inicial de autismo? _____
¿Cuál era la credencial del diagnosticador? MD, PhD u otro: _____ (circule uno)
Fecha de reevaluación de autismo (si corresponde): _____
Diagnósticos adicionales (si corresponde): _____

Historia de los servicios de ABA:

Si su hijo ha recibido más de un tipo de servicio o ha recibido tratamiento ABA de más de un proveedor, proporcione la información para cada tipo de servicio/proveedor a continuación.

Proveedor ABA más reciente: _____
Fechas de servicio: _____
Horas por semana: _____
Respuesta al tratamiento: _____
Motivo del alta: _____

Proveedor ABA anterior: _____
Fechas de servicio: _____
Horas por semana: _____
Respuesta al tratamiento: _____
Motivo del alta: _____

Proveedor ABA anterior: _____
Fechas de servicio: _____
Horas por semana: _____
Respuesta al tratamiento: _____
Motivo del alta: _____

Medicaid y CHIP		☐ No cobertura Medicaid or CHIP	
If this child is covered by Medicaid or CHIP, provide the following information:			
Medicaid	Medicaid ID:	Nombre de Medicaid (MCO):	ID de Miembro:
CHIP	CHIP ID:	Nombre de CHIP (MCO):	ID de Miembro:
Seguro Privado		☐ Sin cobertura de seguro privado	
Si este niño está cubierto por un seguro privado, proporcione la siguiente información:			
Nombre de la compañía de seguros:			# de teléfono para proveedores:
Nombre del titular principal de la póliza :	Relación con el niño:		# de SS:
Número de póliza:	Número de grupo:		Fecha efectiva:
Dirección de la compañía de seguros :		Ciudad, Estado:	Código Postal:
Empleador del titular de la póliza principal :			

Información de padres/tutores:

Nombre Padre/Tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CódigoPostal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Relación con el solicitante: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Marque con un círculo su método de comunicación preferido: teléfono (solo llamadas de voz) o correo electrónico

**** Tenga en cuenta que el correo electrónico es el principal modo de comunicación utilizado por Texana Center durante el proceso de admisión. ****

Idioma preferido hablado por el padre o cuidador: _____

Idioma preferido hablado por el niño (N/A si el niño no habla): _____

¿Cómo se enteró del Centro Infantil (médico, psiquiatra, amigo, internet, ECI, etc.)? _____

¿Recibió su hijo servicios de Intervención Temprana en la Infancia (ECI)? Sí o No (circule uno)

¿Tiene el individuo alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda.

	Si	No	No lo sé	Describir
Convulsiones				
Discapacidad visual				
Problemas para escuchar				
Dieta especial				
Otro impedimento (describir)				

Alergias/hipersensibilidades: Las alergias no impiden que un niño acceda a los servicios. Esta información es necesaria para garantizar que nuestras instalaciones estén preparadas para tratar a su hijo.

Alergia (¿a qué es alérgico su niño?)	
Fecha de inicio	
Estado (confirmado o sospechado)	
¿Cómo es la reacción?	
¿Qué tan grave es la alergia? (leve, moderada, potencialmente mortal, etc.)	
Tratamiento (Nota: si se requiere un EpiPen, se requerirá al momento del ingreso)	
Otros comentarios	

Comportamiento adaptativo: Cuéntenos sobre su nivel de independencia.

Habilidad de autoayuda	Independiente	Indicaciones verbales	Asistencia física
Ir al baño			
Vestimento			
Comer			
Bañar			
Aseo			
Autoadministración de medicamentos			

Evaluación de comportamiento: Marque todo lo que corresponda.

Comunicación:

- ☐ No hay sonidos del habla discernibles (ningún sonido o solo 1 o 2 sonidos)
- ☐ 3 a 5 sonidos del habla discernibles
- ☐ Balbuceo que consta de más de 5 sonidos del habla
- ☐ Puede decir al menos 10 palabras.
- ☐ Ecolalia (sonidos repetitivos; repetición de palabras o frases)
- ☐ Utiliza palabras o frases cortas para comunicar deseos y necesidades o etiquetar
- ☐ El modo principal de comunicación es el lenguaje de señas. Número aproximado de signos _____
- ☐ El modo principal de comunicación es PECS. Número aproximado de PECS _____

Comportamientos de auto estimulación motora o vocal (ejemplos: frases repetitivas, aleteo de manos, giros, balanceos):

- ☐ Los comportamientos de auto estimulación motora ocurren en la mayoría de los entornos, incluso durante las interacciones con otros.
- ☐ Los comportamientos de auto estimulación vocal ocurren en la mayoría de los entornos, incluso durante las interacciones con otros.
- ☐ Las conductas de auto estimulación motora ocurren principalmente cuando el niño no está involucrado por otra persona.
- ☐ Las conductas de auto estimulación vocal ocurren principalmente cuando el niño no está involucrado por otra persona.
- ☐ No participa en conductas de auto estimulación motora o vocal.

Agresión a uno mismo (AM):

- ☐ _____ veces por día _____ veces por semana
- ☐ _____ ocurre solo en la escuela _____ ocurre solo en casa _____ ocurre en todos los ambientes
- ☐ Las conductas auto lesivas causan lesiones como sangrado o hematomas.
- ☐ El comportamiento auto lesivo causa enrojecimiento que no produce hematomas.
- ☐ El comportamiento auto lesivo ocurre con baja frecuencia y no causa lesiones.
- ☐ No se involucra en conductas auto lesivas

Agresión a los demás (ALD):

- ☐ _____ veces por día _____ veces por semana
- ☐ _____ ocurre solo en la escuela _____ ocurre solo en casa _____ ocurre en todos los ambientes
- ☐ _____ ALD solo hacia adultos _____ ALD solo hacia niños _____ ALD a niños y/o adultos
- ☐ Los comportamientos físicamente agresivos contra los demás causan sangrado o hematomas.
- ☐ Los comportamientos físicamente agresivos contra los demás provocan enrojecimiento que no produce hematomas.
- ☐ Los comportamientos físicamente agresivos contra otros ocurren con una frecuencia baja que no causa lesiones.
- ☐ No agrede a otros

Otros comportamientos des adaptativos:

- ☐ Agresión al Medio Ambiente/Propiedad (AP), como tirar muebles, destruir materiales, etc. En caso afirmativo, _____ veces por día, _____ por semana
- ☐ Pica (ingesta de sustancia no comestible). En caso afirmativo, _____ veces por día, _____ por semana
- ☐ Salida no autorizada. En caso afirmativo, _____ veces por día, _____ por semana
- ☐ Agresión verbal. En caso afirmativo, _____ veces por día, _____ por semana
- ☐ Escupir. En caso afirmativo, _____ veces por día, _____ por semana
- ☐ Conductas sexuales inapropiadas. En caso afirmativo, _____ veces por día, _____ por semana
- ☐ Robo. En caso afirmativo, _____ veces por día, _____ por semana
- ☐ Otro: _____

Descripción integral del programa (seguro/pago privado):

- **Resumen:** El Centro Infantil para el Autismo es un programa integral que brinda servicios de Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA) 1:1. El programa opera todo el año excepto los días festivos designados. El programa está dirigido, gestionado y supervisado por una junta de Analistas de Comportamiento Certificados (BCBA). Los padres tienen acceso abierto en el sitio al monitoreo por video de las sesiones de tratamiento diarias de sus hijos. Los principios de ABA se utilizan para enseñar conductas y habilidades de reemplazo funcional en las áreas de lenguaje y comunicación, interacción social, conducta adaptativa, pre académica, etc. El tratamiento también incluye intervención para reducir conductas que son peligrosas, impiden el aprendizaje o el funcionamiento, o restringir el acceso a una variedad de configuraciones. Se requiere la participación de los padres y se ofrece capacitación en la clínica, el hogar y la comunidad.
- **Requisitos de edad:** Edad del diagnóstico hasta los 21 años.
- **Condados atendidos:** no hay restricciones; la familia debe proporcionar transporte
- **Diagnósticos requeridos:** Trastorno del espectro autista proporcionado por un médico o doctorado (si solicita reembolso del seguro)

- Documentación adicional requerida antes de la admisión:
 - Prueba de diagnóstico sobre el espectro del autismo por parte de un doctorado o médico
 - Una copia de su tarjeta de seguro.
 - Una copia de su tarjeta de Medicaid (si corresponde)
 - Una copia de la licencia de conducir o cédula de identidad del titular de la póliza.
 - Una receta o carta de un médico recomendó el tratamiento ABA si no está escrito específicamente en el informe de evaluación.

Descripción del programa ABA enfocado (Programa de autismo infantil de la HHSC):

Resumen: El programa CAP de BeST HHSC es un programa ABA enfocado 1:1. Los programas son dirigidos, administrados y supervisados por una junta de Analistas de Comportamiento Certificados (BCBA). Un BCBA, con la ayuda de técnicos de conducta, trabajará directamente con su familia en el hogar, la comunidad, la escuela, a través de tele salud o en un entorno clínico. Se completa una evaluación de comportamiento inicial con cada niño. Con base en los resultados de la evaluación y las prioridades de asistencia de los padres, se seleccionan los objetivos de tratamiento apropiados. Los principios de ABA se utilizan para enseñar estas habilidades.

- **Horas:** Los niños reciben hasta 180 horas de tratamiento en un período de 12 meses. Dependiendo de las necesidades del niño y la disponibilidad de BeST, se determinará un programa de tratamiento adecuado para su hijo. El niño deberá asistir al menos al 85% del tiempo de sesión programado cada mes, y durante la duración del tratamiento. Se requiere que los padres estén presentes en cada sesión y participen activamente en el entrenamiento colaborativo semanal para padres con la BCBA. No cumplir con estos requisitos puede resultar en el despido del programa HHSC. Los servicios no pueden exceder más de 180 horas en un período consecutivo de 12 meses y los servicios finalizan después de que el niño haya acumulado 720 horas de tratamiento o haya cumplido 16 años de edad. Al final del tratamiento enfocado, se notifica a las familias sobre las opciones aplicables para servicios futuros.
- **Tarifa por servicio:** escala móvil basada en los ingresos y el tamaño de la familia
- **Requisitos de edad:** de 3 a 15 años
- **Condados atendidos:** Austin, Colorado, Fort Bend, Matagorda, Waller, Wharton, Harris, Liberty, Montgomery, Walker, Brazoria y Galveston; las familias deben poder proporcionar transporte hacia y desde el tratamiento.
- **Diagnósticos requeridos:** Se requiere un trastorno del espectro autista.
- **Documentación adicional requerida antes de la admisión:**
 - Prueba de diagnóstico sobre el espectro del autismo por parte de un doctorado o médico o un LSSP
 - Una copia de su tarjeta de seguro o tarjeta de Medicaid.
 - Una copia de la licencia de conducir o cédula de identidad del titular de la póliza.
 - Una receta o carta de un médico que recomendó el tratamiento ABA si no está escrito específicamente en el informe de evaluación; Texana puede darte un ejemplo.
 - Una copia de su 1040 de su declaración de impuestos más reciente.
 - Comprobante de residencia (factura de luz, factura de agua, etc.)
 - Una copia del IEP más reciente del niño, si existe.
 - Se le entregarán y firmarán electrónicamente los siguientes documentos:
 - Acuerdo de pago
 - Formulario de inscripción de HHSC
 - Formulario de certificación de costos compartidos de la HHSC
 - Manual para padres de HHSC completo, incluido el método de pago

Su hijo será incluido en la lista de interesados al recibir la solicitud completa. Las fechas de inicio no se determinarán hasta que se reciba toda la documentación requerida.

Las solicitudes completadas deben enviarse por correo electrónico a CCAAdmissions@texanacenter.com o por fax al 281-238-6769.