



Dirección para correspondencia: 8525 Gibbs Dr. Suite 209,  
San Diego CA 92123  
Dirección de oficina: 8665 Gibbs Dr Suite 100  
San Diego, CA 92123  
Teléfono: (858) 278-5420 fax: (619) 282-5133 Correo  
electrónico: [Myoshida@ucpsd.org](mailto:Myoshida@ucpsd.org)  
Página web: [www.ucpsdtechcenter.org](http://www.ucpsdtechcenter.org)

## Evaluación AAC (Comunicación Aumentativa y Alternativa) Antecedentes del Consumidor

### Instrucciones:

Se recomienda que el individuo, la familia y los terapeutas que trabajan con el individuo, llenen el formulario con el fin de dar la mejor información posible. **Si usted no tiene una respuesta a una pregunta o una sección no aplica a usted, simplemente deje esa pregunta o sección en blanco.** Si tiene alguna pregunta llame al Coordinador del Programa de AAC: (858) 278-5420 ext.121

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: (casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Arreglos de Vivienda:

(circule el apropiado) con familia / con cuidador / independiente / grupo base

Otra persona (s) está

Completando este formulario: \_\_\_\_\_

Nombre	Relación con el consumidor
--------	----------------------------

Nombre	Relación con el consumidor
--------	----------------------------

Coordinador de Caso del Centro Regional de San Diego: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ #UCI de Consumidor: \_\_\_\_\_

Escuela / Programa de Día / Trabajo: \_\_\_\_\_

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de Unidad CCS: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Plan de Seguro de Salud: PPO POS HMO COBRA Otro: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ (ejemplo: HealthNet, Tricare / TriWest, Kaiser\*)

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Por favor, incluya una fotocopia de todas las tarjetas de seguro médico (frente y reverso) con este cuestionario

\* Tenga en cuenta: si usted tiene Kaiser Permanente como su seguro primario, o proveedor de Medi-Cal, **DETÉNGASE AQUÍ**. Kaiser no respetará la evaluación y las recomendaciones del UCP. Usted debe seguir el sistema interno de Kaiser de entrega de servicios. Póngase en contacto con Kaiser para una referencia a la terapia del habla para iniciar el proceso.

**Medicare:**  Parte A **Senior Advantage:**  Kaiser\*  
 Parte B  PacifiCare  
 Suplementario  Otro: \_\_\_\_\_

**Medi-Cal:**  Solo Medi-Cal  
 CCS Localidad: \_\_\_\_\_ OT: \_\_\_\_\_ PT: \_\_\_\_\_

**Medi-Cal Administrado por...**

Care 1st Partner Plan  Health Net Community Solutions  
 Community Eldercare (St. Pauls PACE)  Kaiser Permanente\*  
 Community Health Group Partnership  Molina Healthcare of California Partner Plan

**IMPORTANTE: Los dispositivos de comunicación de alta calidad, aumentativa y alternativa (AAC) puede ser costoso.** Algunas compañías de seguros médicos cubrirán todo, una parte o nada del costo de la obtención de uno. Le recomendamos que se **comunique con un miembro del seguro / línea de información para verificar el alcance de los beneficios de su póliza de seguro.** Aquí hay algunas cosas que le ayudarán:

Dispositivos AAC se consideran equipos médicos duraderos (DME) como sillas de ruedas. Pregunte por los detalles de la cantidad de DME que es cubierto por su plan, tales como:

¿Hay un **límite anual o de por vida**? \$ \_\_\_\_\_  
¿Existe un monto máximo de **desembolso o deducible** que usted debe pagar primero? \$ \_\_\_\_\_  
¿Su plan **excluye** expresamente la cobertura de los dispositivos de voz? Sí No No lo sé

Si la persona con la que hablas está teniendo problemas para entender lo que es un dispositivo AAC comparte esta información acerca de los códigos HCPCS (Health Care Procedural Codes or "hick picks") que designan ciertas clases de dispositivos AAC y equipos relacionados. Los más comunes son HCPCS E2510, E2508, E2506, E2599 y e2512.

**Médico Primario:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**I. Antecedentes Generales del Consumidor**

**A) Servicios de terapia que actualmente recibe ( ✓ todos los que apliquen):**

- Ocupacional     Del Habla     Auditiva     Física  
 Visión     Música     Otro: \_\_\_\_\_

**B) Historia Médica y Antecedentes**

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico del habla: \_\_\_\_\_

Edad de inicio / diagnóstico: \_\_\_\_\_

Historial de convulsiones: \_\_\_\_\_

Medicamentos (por favor especifique):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cirugías: \_\_\_\_\_

Otra información médica importante:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C) Información Educativa y Vocacional**

1. Indique el estado educativo o laboral (pasado y presente):

2. Haga una lista de algunas actividades generales en las que ha participado en la escuela, programa de día o trabajo:

## D) Información de Asistencia Tecnológica

1.) ¿Tiene algún aparato de asistencia tecnológica que tendrá que ser utilizado en combinación con el dispositivo de comunicación (es decir, silla de ruedas, computadora)?

2.) Haga una lista de los AAC que a usado o practicado hasta la fecha y brevemente explique los resultados. Incluye: gestos, lenguaje de señas, tableros de comunicación y métodos con la mirada del ojo, así como interruptores, dispositivos de voz, y computadoras.

Sistema Usado

Fechas

Resultados

## E.) Información Recreativa

Indique artículos que motivan o actividades que pueden ser utilizados durante la evaluación.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Burbujas                  | <input type="checkbox"/> Coches de Juguete                                   |
| <input type="checkbox"/> Rompecabezas              | <input type="checkbox"/> Películas/Videos/Programa de TV(especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Libros                    | <input type="checkbox"/> Bocadillos(especifique): _____                      |
| <input type="checkbox"/> Balones                   | <input type="checkbox"/> Musica (especifique): _____                         |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |  |

## II. Posición y Movilidad

### A) Movilidad

#### Es ambulatorio:

- Camina independientemente
- Camina con dificultad (debilidad, falta de equilibrio, incapaz de llevar objetos de 4 libras)
- Independientemente móvil con aparatos para caminar (andador, bastón, muletas)
- Depende de otros para movilidad

Describe: \_\_\_\_\_

**Usuario de silla de ruedas:**

- Utiliza una silla de ruedas eléctrica independientemente
- Está aprendiendo a usar una silla de ruedas eléctrica
- Considerando el uso de silla de ruedas eléctrica
- Ha intentado una silla de ruedas eléctrica
- Utiliza una silla de ruedas manual para distancias largas
- Utiliza una silla de ruedas manual para distancias cortas
- Está aprendiendo a impulsar una silla de ruedas manual
- Requiere de otra persona para empujar silla de ruedas

Describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B) Posición Actual**

Describe el tipo específico de silla de ruedas que utiliza:

---

**III. Habilidades Motores / Acceso**

**A) Métodos de mostrar o señalar del consumidor:**

- Mano Izquierda    Mano Derecha    Solo Dígito    Ojos    Cabeza
- Pie    Otro: \_\_\_\_\_

**B) Habilidad para escribir/uso de teclado:**

- Se cansa fácilmente    Dificultad sosteniendo una pluma
- Escritura ilegible    Otro: \_\_\_\_\_

**C) Podría ser considerado escribir o uso de teclado:**

- Funciona    No funciona

**IV. Acceso Alternativo**

**Tipo de método de acceso alternativo que ha intentado:**

- Sistema de mirada    Mouse para la cabeza    Indicador para la cabeza
- Interruptores

Nombre específico / tipo de método de acceso que utiliza:

---

---

---

**V. Función de Visión:**

- Examen de la vista aprobada
- Usa lentes, visión corregida
- Problemas de visión

Describe: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**VI. Información Auditiva**

- Prueba de audición aprobada
- Necesita aparato auditivo
- Problemas auditivos

Describe: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**VII. Habilidades de Comunicación**

**A) Habilidad de Lenguaje**

Durante una actividad el consumidor comprende:

- sustantivos
- verbos
- pronombres
- adjetivos
- palabras, frases
- oraciones completas
- instrucciones de 1 paso
- instrucciones de 2 pasos
- instrucciones de 3 pasos o mas

**B) Habilidad de Lenguaje Expresivo**

- vocalización
- habla semi-entendible
- sí / no
- palabras / frases
- oraciones completas
- mensajes completos

**C) Habilidad de Comunicación**

- se comunica con sus compañeros
- es consciente de attention de sus compañero
- hace preguntas
- restaura problemas de comunicación
- inicia una conversación

**VIII. Sistema de Símbolos**

**A) Representación**

Los sistemas AAC incluyen vocabulario con una variedad de símbolos o dibujos de objetos reales a la palabra escrita. ¿El consumidor ha utilizado la comunicación simbólica?

- intentó con éxito
- intentó sin éxito
- no ha sido intentado

Describe sistema de símbolos que ha utilizado:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Sabe el individuo leer y escribir? ¿Cuál es el nivel de lectura? \_\_\_\_\_

## **IX. Otras Consideraciones**

Por favor escriba cualquier otra meta, preocupaciones, preferencias o información que considere que puede ser útil para la evaluación y que no fueron tratados en este formulario:

## **X. Permiso**

Para asegurar una evaluación eficaz puede ser de ayuda que el personal UCP ATC-SD grabe vídeo y / o tome fotografías de los consumidores, que luego pueden ser revisados por el equipo. La información obtenida puede ser útil en el entrenamiento de otros en el uso de asistencia tecnológica. Por favor indique cualquiera de las siguientes que usted autorice y firme:

### **A) Permiso para fines de evaluación**

Tiene mi permiso para

- Fotografía
- Vídeo

\_\_\_\_\_ para revisión del equipo de evaluación.  
(nombre)

### **B) Permiso para fines de entrenamiento**

Tiene mi permiso para

- Utilizar fotografías tomadas
- Utilizar video tomado

\_\_\_\_\_ para fines de entrenamiento.  
(Nombre)

### **C) Negación de permiso**

- No autorizo el uso de fotos o video por UCP SD-ATC.

### **D) Firma**

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Firma del Consumidor Firma del padre / tutor legal  
(si aplica)

	Hace peticiones	Gana la atención	Pide ayuda	Expresa sus preferencias	Hacer una observación	Expresar una opinión
Verbaliza (palabras actuales/ aproximación de palabra)						
Vocaliza (hace sonidos)						
Utiliza algún tipo de señal o gesto						
Escribe palabras						
Dibuja una imagen						
Señala a la cosa						
Alcanza						
Me lleva hacia la cosa						
Me muestra algo						
Me mira						
Grita o allerdidos						
Utiliza comportamiento inapropiado						

Otro: \_\_\_\_\_