DDD-1151AFORNA (2-03)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Division of Developmental Disabilities

AUGMENTATIVE COMMUNICATION ASSESSMENT
COMMUNICATION SKILLS QUESTIONNAIRE

This form should be completed by the speech-language pathologist in preparation of the individual's augmentative communication evaluation. Copies of the speech-language pathologist's reports may also be attached.

BACKGROUND INFORMATION

INDIVIDUAL'S NAME *(Last, First, M.I.)*	DATE OF BIRTH	AGE

SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGIST'S NAME	AREA CODE AND PHONE NO.	FAX NO.
	( )	( )

ADDRESS *(No., P.O. Box, Street, City, State ZIP)*

DO YOU SEE THIS INDIVIDUAL FOR ONGOING THERAPY	INITIATION DATE	FREQUENCY
☐ No ☐ Yes		

If you have been providing ongoing services for this individual, briefly summarize progress made in the following areas:

SPEECH PRODUCTION

PROGNOSIS FOR FUNCTIONAL SPEECH PRODUCTION WITHIN THE NEXT 6 TO 9 MONTHS

☐ Good ☐ Fair ☐ Poor ☐ Unknown

RECEPTIVE LANGUAGE

AUGMENTATIVE COMMUNICATION

ORAL-MOTOR STATUS

Describe any significant issues in relation to the following:

ORAL-MOTOR STRUCTURES

SWALLOWING/FEEDING

DROOLING

RESPIRATION

OTHER

PRESENT COMMUNICATION MODALITIES

HOW DOES THE INDIVIDUAL PRESENTLY COMMUNICATE? *(Check all that apply and describe below)*

☐ Words ☐ Word approximations ☐ Eye gaze ☐ Gestures ☐ Facial expressions ☐ Sign language

☐ Picture/symbol board ☐ Spelling board ☐ Word board ☐ Communication device ☐ Voice output device ☐ Other:

WHEN/WITH WHOM ARE THE INDIVIDUAL'S PRESENT COMMUNICATION SKILLS MOST EFFECTIVE

WHEN/WITH WHOM ARE THE COMMUNICATION SKILLS LEAST EFFECTIVE

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONÓMICO DE ARIZONA
División de Incapacidades del Desarrollo

ESTIMACIÓN PARA INCREMENTAR LA COMUNICACIÓN
CUESTIONARIO SOBRE LAS CAPACIDADES DE COMUNICACIÓN

El patólogo del habla y lenguaje debe rellenar este formulario antes de la evaluación para un incremento en comunicación del individuo. Puede incluir también copias de los informes del patólogo del habla y lenguaje.

INFORMACIÓN DE TRASFONDO

NOMBRE DEL INDIVIDUO *(Apellido, nombre de pila, inicial)*	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD

NOMBRE DEL PATÓLOGO DEL HABLA Y LENGUAJE	CÓDIGO DE ÁREA Y TELÉFONO	NÚMERO DE FACSÍMILE (FAX)
	( )	( )

DOMICILIO *(Número de apartado postal o calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*

USTED VE A ESTE INDIVIDUO PARA TERAPIA CONTINUA	FECHA DE COMIENZO	FRECUENCIA
☐ No ☐ Sí		

Si usted ha proporcionado terapia continua para este individuo, resuma brevemente el progreso alcanzado en las áreas siguientes:

PRODUCCIÓN DEL HABLA

PROGNOSIS PARA UNA PRODUCCIÓN DEL HABLA FUNCIONAL DENTRO DE LOS PRÓXIMOS 6 A 9 MESES

☐ Buena ☐ Regular ☐ Pobre ☐ No se sabe

LENGUAJE RECEPTIVO

INCREMENTO EN COMUNICACIÓN

CONDICIÓN ORAL-MOTORA

Describa cualquier asunto significativo en relación a lo siguiente:

ESTRUCTURAS ORALES-MOTORAS

TRAGAR/COMER

BABEAR

RESPIRACIÓN

OTRO

MODALIDADES DE COMUNICACIÓN ACTUALES

¿CÓMO SE COMUNICA EL INDIVIDUO ACTUALMENTE? *(Marque todas las aplicables y describa a continuación)*

☐ Palabras ☐ Aproximaciones a palabras ☐ Mirada fija ☐ Gestos ☐ Expresiones faciales ☐ Lenguaje de señas ☐ Tabla de láminas/símbolos
☐ Tabla de deletrear ☐ Tabla de palabras ☐ Aparato de comunicación ☐ Aparato de simulación de voz ☐ Otra:

CUÁNDO/CON QUIÉN SON MÁS EFECTIVAS LAS CAPACIDADES DE COMUNICACIÓN ACTUALES DEL INDIVIDUO

CUÁNDO/CON QUIÉN SON MENOS EFECTIVAS LAS CAPACIDADES DE COMUNICACIÓN ACTUALES DEL INDIVIDUO

COMMUNICATION BEHAVIORS/INTENT

Check the appropriate box and briefly describe the individual's ability to demonstrate the following communication skills:

INITIATES COMMUNICATION
☐ No ☐ Inconsistent ☐ Consistent

RESPONDS TO COMMUNICATION
☐ No ☐ Inconsistent ☐ Consistent

GAINS ATTENTION
☐ No ☐ Inconsistent ☐ Consistent

EXPRESSES WANTS/NEEDS
☐ No ☐ Inconsistent ☐ Consistent

MAKES CHOICES
☐ No ☐ Inconsistent ☐ Consistent

ASKS QUESTIONS
☐ No ☐ Inconsistent ☐ Consistent

DESCRIBES A SEQUENCE OF EVENTS
☐ No ☐ Inconsistent ☐ Consistent

EXPRESSES FEELINGS AND EMOTIONS
☐ No ☐ Inconsistent ☐ Consistent

USES REPAIR STRATEGIES
☐ No ☐ Inconsistent ☐ Consistent

USES TURN-TAKING
☐ No ☐ Inconsistent ☐ Consistent

FOLLOWS DIRECTIONS
☐ No ☐ Inconsistent ☐ Consistent

UNDERSTANDS SOCIAL ROUTINES AND HUMOR
☐ No ☐ Inconsistent ☐ Consistent

RECOGNIZES/DISCRIMINATES SYMBOLS/PICTURES
☐ No ☐ Inconsistent ☐ Consistent Type of pictures:

Describe receptive and expressive language skills based on observations and informal/formal assessments. Include standardized test scores and dates tested, if applicable.

RECEPTIVE LANGUAGE ABILITIES

SPELLING SKILLS

READING SKILLS

EXPRESSIVE LANGUAGE ABILITIES

SUMMARY/COMMENTS/RECOMMENDATIONS

SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGIST'S NAME *(Please print)*	SIGNATURE	DATE

RETURN THIS COMPLETED INTAKE QUESTIONNAIRE TO THE INDIVIDUAL'S SUPPORT COORDINATOR.

Under the Americans with Disabilities Act (ADA), the Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service, or activity. For example, this means that if necessary, the Department must provide sign language interpreters for people who are deaf, a wheelchair accessible location, or enlarged print materials. It also means that the Department will take any other reasonable action that allows you to take part in and understand a program or activity, including making reasonable changes to an activity. If you believe that you will not be able to understand or take part in a program or activity because of your disability, please let us know of your disability needs in advance if at all possible. This document is available in alternative formats by contacting 602-542-6825

CONDUCTAS/INTENCIÓN DE LA COMUNICACIÓN

Marque la cajita apropiada y describa brevemente la capacidad del individuo de demostrar estas destrezas de comunicación:

INICIA LA COMUNICACIÓN

☐ No ☐ Inconstante ☐ Constante

RESPONDE A LA COMUNICACIÓN

☐ No ☐ Inconstante ☐ Constante

COBRA ATENCIÓN

☐ No ☐ Inconstante ☐ Constante

EXPRESA DESEOS/NECESIDADES

☐ No ☐ Inconstante ☐ Constante

HACE SELECCIONES

☐ No ☐ Inconstante ☐ Constante

HACE PREGUNTAS

☐ No ☐ Inconstante ☐ Constante

DESCRIBE UNA SECUENCIA DE EVENTOS

☐ No ☐ Inconstante ☐ Constante

EXPRESA SENTIMIENTOS Y EMOCIONES

☐ No ☐ Inconstante ☐ Constante

UTILIZA ESTRATEGIAS REPARATIVAS

☐ No ☐ Inconstante ☐ Constante

SABE TOMAR TURNOS

☐ No ☐ Inconstante ☐ Constante

SIGUE DIRECCIONES

☐ No ☐ Inconstante ☐ Constante

ENTIENDE LAS RUTINAS Y EL HUMOR SOCIALES

☐ No ☐ Inconstante ☐ Constante

RECONOCE/DIFERENCIA ENTRE SÍMBOLOS/LÁMINAS

☐ No ☐ Inconstante ☐ Constante Tipo de láminas:

Describa las destrezas de lenguaje receptivo y expresivo a base de valoraciones informales/formales. Incluya resultados de pruebas estandarizadas y las fechas de las pruebas, si es pertinente.

CAPACIDADES DE LENGUAJE RECEPTIVO

CAPACIDAD PARA DELETREAR

CAPACIDAD PARA LEER

CAPACIDADES DE LENGUAJE EXPRESIVO

RESUMEN/COMENTARIOS/RECOMENDACIONES

NOMBRE DEL PATÓLOGO DEL HABLA Y LENGUAJE *(En letra de molde)*	FIRMA	FECHA

DEVUELVA ESTE CUESTIONARIO DE ADMISIÓN RELLENADO AL COORDINADOR DE APOYO DEL INDIVIDUO.

Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, comuníquese con 602-542-6825.