

Su Preocupación

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Por favor escriba una o dos cosas que le gustaría que su niño hiciera como resultado de venir a la terapia:

1. _____

2. _____

***Padres: Si el terapeuta que realiza la evaluación recomienda tratamiento, dicho terapeuta o el que esté a cargo del tratamiento le pedirá que puntúe los objetivos sobre los que usted y el terapeuta han acordado trabajar antes de que su hijo comience a acudir a la terapia. Su terapeuta le preguntará sobre dos puntuaciones. Una sobre cómo cree que el niño esté actualmente llevando a cabo el objetivo y, en segundo lugar, una puntuación de su nivel actual de satisfacción sobre cómo su hijo lleva a cabo ese objetivo. Su puntuación se basa en una escala del 1 al 10 (1= puntuación más baja, 10= puntuación más alta).