

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_



## **Formulario de admisión de terapia ABA**

¿Qué lo llevó a buscar terapia conductual para su hijo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo se ve / suena el comportamiento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Problemas de comportamiento**

Completa la tabla a continuación para cada comportamiento de preocupación enumerado.

	Agresión a los demás	Lesiones personales	Problemas con la alimentación / alimentación	Incomplimiento	Destrucción de la propiedad	Escapar	Actuar
¿Dónde ocurre el comportamiento?							
¿Personas allí cuando ocurre?							
¿A qué hora del día / rutina?							
¿Con qué frecuencia ocurre el comportamiento?							

¿Hay alguna señal de advertencia que muestre el niño que le permita saber que el comportamiento o los comportamientos pueden ocurrir (por ejemplo, cambios de humor, ritmo, apariencia agitada, etc.)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué tiende a desencadenar las conductas identificadas? ¿Qué sucede normalmente cuando ocurren los comportamientos?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué le gustaría que sucediera en lugar de los comportamientos descritos anteriormente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_