

Pediátrico

Nombre: _____

Historia y Antecedentes

Fecha: _____

Antecedentes Médicos

Fecha De Nacimiento: _____

Comportamiento Inadaptado Edad 2 o Superior (sólo si está indicado el desorden del espectro autista)

| | Si | No | Notas |
|--|-----------|-----------|--------------|
| Es su hijo(a) agresivo físicamente | | | |
| Asen berrinches | | | |
| Tienen control de sus impulsos | | | |
| Entienden el espacio personal | | | |
| Se golpean ellos mismos o a otros | | | |
| Repiten un tema o artículo | | | |
| Reconocen/saludan a otros en la habitación | | | |
| Prefieren los objetos a las personas | | | |
| Evitan el contacto físico | | | |
| Rechazan el cambio | | | |
| Tienen un tiempo difícil en transición entre las actividades | | | |

Demuestran cualquiera de los siguientes:

| | Si | No | Notas |
|-------------------------------------|-----------|-----------|--------------|
| Ecolalia | | | |
| Hiperactividad | | | |
| Miedos Irracionales | | | |
| PICA (Trastorno de la alimentacion) | | | |
| Hablan con uno mismo | | | |

Qué habilidades le gustaría ver mejorado a través de la terapia? _____

Firma: _____

Fecha: _____

