**Preguntas para la derivación al grupo de habilidades de socialización**

**-PADRES-**

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento/número de expediente médico:

Fecha de inicio:

Dirección de correo electrónico de los padres:

? ¿Le han realizado una evaluación reciente o un plan educativo individual a su hijo (IEP, por sus siglas en inglés?

Sí Fecha:

No

1. ¿Se le ha realizado algún diagnóstico a su hijo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. ¿Qué terapias recibe el niño actualmente? Escriba los nombres de los terapeutas

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

3. ¿Cuál es el nivel de lenguaje de su hijo?

No habla

Sólo dice palabras sueltas

Dice frases combinando 2 o 3 palabras

Utiliza oraciones largas

Comentarios:

4. ¿Cómo reacciona su hijo ante personas o situaciones desconocidas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo responde si se le hacen preguntas?

Sí

Algunas veces

Con ayuda o dos opciones

No

Comentarios:

6. ¿Cuánto tiempo puede estar sentado su hijo realizando actividades estructuradas?

Menos de 5 minutos

De 5 a 10 minutos

Más de 10 minutos

Comentarios:

7. ¿Su hijo muestra comportamientos difíciles (por ejemplo pega, empuja, hace berrinches, grita, rechaza, etc.)? Si su respuesta es afirmativa, ¿cuáles son sus comportamientos? ¿Puede desviarlo de dicho comportamiento fácilmente?

8. ¿Tiene alguna preocupación relacionada con la seguridad de su hijo en la comunidad? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. En un grupo para las habilidades de socialización, ¿cuáles son los objetivos principales para su hijo?

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

10. ¿Cuál es su ubicación preferida para el grupo? (mencione la primera y segunda opciones)

El centro de la ciudad Westminster Parker Littleton

Comentarios:

11. ¿Qué días y horas puede acudir su hijo al grupo? (O escriba los días que no puede acudir, como usted prefiera) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rellenado por (padre, terapeuta tratante):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor llame para subirse a la lista de espera 720-777-6611