



**Intervención Temprana de Comportamiento Intensivo
Basada en la Clínica**

Formulario de interés			
Nombre del Niño/a:		Nombre del Padre o Tutor Legal:	
Edad del Niño/a:		Numero de Teléfono:	
Cuidad de Residencia:		Correo electrónico:	
Diagnóstico:		Compañía de Seguro Medico:	
Servicios actuales:		¿Como escucho de nosotros?	
Cuestionario			
Mi hijo/a tiene entre 0-7 años		Si	No
Mi hijo/a beneficiaría de instrucción uno-a-uno		Si	No
Mi hijo/a tiene dificultades para hacer y mantener amigos		Si	No
Mi prioridad es mejorar los retrasos en el desarrollo de mi hijo/a y/o las conductas que lo impiden.		Si	No
Puedo participar en un programa de educación para padres		Si	No
Tengo transporte confiable para llevar a mi hijo/a a sus sesiones de tratamiento en la clínica		Si	No
Puedo comprometerme a garantizar que mi hijo/a esté presente para recibir el 90% o más de las horas prescritas.		Si	No
Mi hijo está disponible para asistir a sus tratamientos <i>*recomendados según el siguiente horario:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 0-5 años: 8am-12pm, 8am-4pm, 12pm-4pm (Lunes-Viernes) • 6-8 años: 3pm-6pm (Lunes-Viernes) <i>* el número de horas recomendado se basa según la prescripción determinada a través de una evaluación clínica; el hecho de que un niño tenga 4 años no significa que vayan a la clínica de 8am a 4pm</i>		Si	No
He revisado el sitio web y las políticas de Quality Behavior Solutions		Si	No