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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formulario de interés** | | | | |
| Nombre del Niño/a: |  | Nombre del Padre o Tutor Legal: |  | |
| Edad del Niño/a y Fecha de nacimiento: |  | Número de Teléfono: |  | |
| Cuidad de Residencia: |  | Correo electrónico: |  | |
| Diagnóstico: |  | Compañía de Seguro Médico: |  | |
| Diagnóstico Secundario: |  | Seguro Secundario: |  | |
| Servicios actuales: |  | ¿Como escucho de nosotros? |  | |
| Idioma principal: |  | Notas: |  | |
| **Cuestionario** | | | | |
| Mi hijo/a tiene entre 0 y 5 años para participar en EIBI (intervención conductual intensiva tempranal) o 6 años o más para grupos de habilidades sociales | | | Si | No |
| Mi hijo/a se beneficiaría de la instrucción 1:1 si tiene entre 0 y 5 años, y de la instrucción en grupo entre los 6 y 8 años | | | Si | No |
| Mi hijo/a tiene problemas de comunicación, comportamientos desafiantes o participación en el juego. | | | 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 |
| Mi hijo está disponible para asistir a sus tratamientos *\*recomendados* según el siguiente horario:  • 0-5 años: 8am-4pm,8am-12pm, 12pm-4pm (Lunes-Viernes)  • 6-8 años: 4pm-6pm (Lunes-Viernes) (específico para grupos de habilidades sociales)  *\* 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* | | | Si | No |
| Puedo comprometerme a que mi hijo/a esté presente para recibir el 90% o más de las horas prescritas. | | | Si | No |
| He revisado el sitio web y las políticas de Quality Behavior Solutions | | | Si | No |