



La siguiente información se solicita a los terapeutas que presten sus servicios profesionales a los niños (as) candidatos al ingreso a este colegio, con el fin de poder realizar un seguimiento de cada uno de ellos y un mejor apoyo en el aula. Si el niño tiene más de una terapia, favor fotocopiar y llenar en letra imprenta. Agradecemos su colaboración.

DATOS DEL NIÑO (A)

Nombres _____
Apellidos _____
Fecha de nacimiento _____
Edad cronológica en años y meses _____
Jardín Infantil _____

APOYO

Tipo de apoyo _____
Nombre del profesional _____
Dirección _____
Teléfono _____
Correo Electrónico _____

Fecha de evaluación _____
Fecha de inicio de tratamiento _____
Intensidad semanal _____
Sesiones realizadas _____
¿Quién lo remitió? _____

Motivo de la Revisión:

Impresión Diagnóstica:

Áreas y objetivos del trabajo en la terapia:



Pronóstico:

Evolución:

Opinión sobre la inserción del niño(a) a la vida escolar

(Tenga en cuenta el nivel académico, la educación bilingüe y el nivel de compromiso por parte de los padres)

Recomendaciones para tener en cuenta, al ingreso del niño a la vida escolar

Compromiso de los padres y/o cuidadores con el proceso terapéutico

Comentarios

Firma
