



Ligações a aplicação Centro de Educação



A data de hoje _____ Como você aprendeu de CECPB _____

Nome Legal do aluno _____ nome _____

Endereço _____ Cidade/cidade _____ ZIP _____

Data de nascimento _____ Local de nascimento _____ A idade atual _____

Sexo _____ criança vive com _____

Nome do pai _____ C atálogo de _____

Telefone residencial _____ Celular # _____

Ocupação _____ Empregador
_____ Da Mãe

Nome _____ Endereço _____

Telefone residencial _____ Celular # _____

Ocupação _____ Empregador _____

Razão desejada no CECPB INSCRIÇÃO _____

Diagnóstico do aluno _____ diagnóstico médico _____

(Documentação deve acompanhar o pedido)

Não têm qualquer aluno alergias conhecidas? _____ Sim _____ N° Se sim, POR

FAVOR lista: _____

Não aluno ter convulsões? _____ Sim _____ N°

Não aluno requerem medicamentos? _____ Sim _____ N° Se sim, POR FAVOR

LISTA DE MEDICAMENTOS _____

Liste qualquer outra informação médica _____

Colocação de educacionais atuais _____

Não criança receber serviços fora da escola?(OT, PT, ST, Comportamento)

Serviço _____ horas por semana _____ QUE OS PAIS
receberam treinamento EM ANÁLISE DE COMPORTAMENTO aplicada?

Disponibilidade de aprendizagem

Contacto com os olhos

- _____ Faz contato ocular espontânea
- _____ Quando solicitado
- _____ Não fazer contacto com os olhos

Sessão adequado

- _____ Se senta quando for solicitado a fazê-lo. Por quanto tempo? ____
- _____ Se senta com o mínimo de interativa
- _____ Não sentar adequadamente

Seguindo as direções

- _____ Segue itinerário complexo (2 ou mais etapas)
- _____ Segue instruções simples ("batem as mãos", "sente")
- _____ Pode seguir instruções simples com o mínimo de interativa
- _____ Não siga as direcções

Competências linguísticas

- _____ Retribui informações usando frases
- _____ Fala em frases completas: O número aproximado de palavras em uma frase ____
- _____ Fala em frases: o número aproximado de palavras em uma frase ____
- _____ Usa palavras individuais
- _____ Utiliza os sinais de comando manual
- _____ Não use palavras ou sinais
- _____ É echolalic

E ARRUMAR

- _____ É completamente treinado, wc auto
- _____ É noite treinados
- _____ É no intestino delgado treinado somente
- _____ A urina é treinado somente
- _____ Não usa fraldas mas é levada para o WC
- _____ Usa fraldas mas é toileded
- _____ Usa fraldas todo o tempo e nunca usa o WC

Curativo

- _____ Pode vestir de forma independente
- _____ Auxilia na preparação
- _____ Precisa ser colado
- _____ Resiste curativo

Comer

- _____ Usa todos os utensílios/alguns adequadamente
- _____ Usa os dedos para alimentar auto
- _____ Deve ser alimentada
- _____ Pode beber de uma palha
- _____ Tem fortes aversões psicológicas e preferências alimentares

Habilidades de jogo

- _____ Exploração funcional de brinquedos
- _____ Jogo Simbólico (por exemplo escovas de cabelo da boneca, alimenta a boneca, coloca a colher em pan, derrama do cântaro Cup)
- _____ Folga paralela
- _____ Regimes de reprodução incluem outros (irmão, peer, etc)

MOTOR fino de actividades:

- | | |
|---|--|
| _____ Inserir quebra- | _____ Pode usar lápis/lápis |
| _____ cabeças | _____ Reproduz com manipuladora brinquedos |
| _____ Cordões de strings | _____ Constrói com blocos |
| _____ Coloque as lingüetas nos pegboard | |
| _____ Tem curvas com ponto ou pais | |

Actividades BRUTA DO

MOTOR:

- | | |
|--------------------------|---|
| _____ Passeios pedestres | _____ Passeios de bicicleta de uma formação com rodas |
| _____ É executado | _____ Passeios de Bicicletas sem rodas de treinamento |
| _____ Pula | _____ Passeios de scooter |
| _____ Salta | |

Lista de outras habilidades de jogo em que a criança aciona: _____

Comportamentos

Você já observado comportamento auto-estimulação(s)? (por exemplo rocking, lado conta, saltos excessivos, fiação, comportamentos repetitivos) _____ Sim

_____ N° Por favor descrever _____

Você já observado comportamento auto-agressivo(s)? (por exemplo mordedura,, cabeça estrondos, cabeça bater)

_____ Sim _____ N° Por favor descrever _____

Você já observado comportamento agressivo(s)? Por exemplo bater, esmagamento, _____ Si N° pontapés e mordida) Descreva _____ m

Por favor relaciona suas preferências e rejeições da criança:

Gosta: _____

Não gosta de: _____

Lista abaixo quaisquer actividades/comportamentos você observou a sua criança a participar em independentemente enquanto em casa:

A criança tem um IEP indicando a necessidade por serviços para autismo? __Sim_____Não

_____ Corrente do IEP Palm Beach County

_____ Corrente de libras irlandesas county/estado

_____ Tem um IEP que está fora da data

_____ Actualmente em Primeiros passos/Programa de Intervenção

Precoce

**** Favor incluir uma cópia do IEP mais atuais para o seu filho****

Favor incluir quaisquer outras informações que desejam tais como a fita vídeo, avaliações, etc

Forneça o endereço de e-mail _____