



## Conexiones de aplicación del centro de educación



La fecha de hoy \_\_\_\_\_ CÓMO APRENDISTE CECPB de \_\_\_\_\_

Nombre legal del estudiante \_\_\_\_\_ Nombre preferido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Pueblo / Ciudad \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad actual \_\_\_\_\_

El género \_\_\_\_\_ niño vive con \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Telefono casa # \_\_\_\_\_ Teléfono celular # \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

La madre Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

HOME phone # \_\_\_\_\_ Teléfono celular # \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

La razón de inscripción en CECPB DESEADA \_\_\_\_\_

Diagnóstico del Estudiante \_\_\_\_\_ El diagnóstico médico \_\_\_\_\_

(La documentación debe acompañar la aplicación)

¿Tiene algún estudiante alergias conocidas? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ NO. En caso afirmativo,

indique: \_\_\_\_\_

¿Estudiante tener convulsiones? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ NO.

¿Estudiante requieren medicamentos? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ NO. Si la respuesta es

afirmativa, indique los medicamentos \_\_\_\_\_

Indique cualquier otra información médica \_\_\_\_\_

Colocación educacional actual \_\_\_\_\_

¿ niño recibir servicios fuera de la escuela?( OT, PT, ST, comportamiento)

Servicio\_\_\_\_\_ horas por semana\_\_\_\_\_ tiene usted,  
como padres recibieron capacitación en análisis de comportamiento aplicado?

---

## Disposición de Aprendizaje

### Contacto con los ojos

- \_\_\_\_\_ Hace contacto visual espontánea
- \_\_\_\_\_ Cuando se le preguntó
- \_\_\_\_\_ No hacer contacto visual

### Proceda sentado

- \_\_\_\_\_ Se sienta cuando se lo pedían. ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Se sienta con mínimas preguntar
- \_\_\_\_\_ No se sienta apropiadamente

### Siguiendo las indicaciones

- \_\_\_\_\_ Sigue las instrucciones complejas (2 o más pasos)
- \_\_\_\_\_ Sigue instrucciones sencillas ("clap hands", "sentarse").
- \_\_\_\_\_ Puede seguir direcciones simples con un mínimo de preguntar
- \_\_\_\_\_ No siga las instrucciones

### Las habilidades de lenguaje

- \_\_\_\_\_ Devuelva información utilizando frases
- \_\_\_\_\_ Habla en frases completas: el número aproximado de palabras en una frase \_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Habla en frases: el número aproximado de palabras en una frase \_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Utiliza palabras sueltas
- \_\_\_\_\_ Utiliza signos manuales
- \_\_\_\_\_ No utilice palabras o signos
- \_\_\_\_\_ Es echolalic

### Aseo

- \_\_\_\_\_ Está completamente formado, aseos auto
- \_\_\_\_\_ La noche está capacitado
- \_\_\_\_\_ El intestino está formado solamente
- \_\_\_\_\_ La orina es entrenado sólo
- \_\_\_\_\_ No use pañales pero es llevado al wc
- \_\_\_\_\_ Pero es toileded lleva pañales
- \_\_\_\_\_ Viste pañales todo el tiempo y nunca utiliza wc

### Vestirse

- \_\_\_\_\_ Puede vestir de forma independiente
- \_\_\_\_\_ Ayuda a vestirse
- \_\_\_\_\_ Necesita ser vestido

\_\_\_\_\_Resiste vestirse

**Comer**

- \_\_\_\_\_ Utiliza todos/algunos utensilios apropiadamente
- \_\_\_\_\_ Usa los dedos para alimentar auto
- \_\_\_\_\_ Deben ser alimentados
- \_\_\_\_\_ Puede beber de una paja
- \_\_\_\_\_ Tiene fuertes aversiones y preferencias alimentarias

**Habilidades de juego**

- \_\_\_\_\_ Exploración intencionada de los juguetes
- \_\_\_\_\_ El juego simbólico (por ejemplo, cepillos de pelo de muñeca, alimenta la muñeca, coloca una cuchara en la sartén, vierte de la lanzadora de taza)
- \_\_\_\_\_ El juego paralelo
- \_\_\_\_\_ Reproducir esquemas incluyen otros (hermanos, compañeros, etc.).

**Actividades de motricidad fina:**

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| _____ Inserte el rompecabezas     | _____ Puede utilizar crayones/lápices  |
| _____ Cordones de cadenas         | _____ Juega con juguetes manipulativos |
| _____ Colocar espigas en pegboard | _____ Construye con bloques            |
| _____ Se turnan con peer o padre  |  |

**Actividades de motricidad gruesa:**

- |                  |   |
|------------------|---|
| _____ Paseos     | _____ Va en bicicleta con ruedas de entrenamiento |
| _____ Se ejecuta | _____ Va en bicicleta sin ruedas de formación     |
| _____ Salta      | _____ Paseos scooter                              |
| _____ Salta      |   |

Enumere otras habilidades de juego en el que el niño se activa: \_\_\_\_\_

**Comportamientos**

¿ Alguna vez ha observado el comportamiento auto-estimuladoras(s)? (p. ej., mano de balanceo excesivo sentido, saltar, girar, comportamientos repetitivos)  Sí

\_\_\_\_\_ No. Por favor describa \_\_\_\_\_

¿ Alguna vez has observado auto-comportamiento perjudicial(s)? (por ejemplo, morder, arañar, golpear la cabeza, golpear la cabeza)

Sí \_\_\_\_\_ No. Por favor describa \_\_\_\_\_

¿ Alguna vez ha observado un comportamiento agresivo(s)? Por ejemplo, golpes, aplastamientos, patear, morder) Describa \_\_\_\_\_  Sí \_\_\_\_\_ No.

---

Por favor enumera sus gustos y aversiones del niño:

Le gusta: \_\_\_\_\_

Aversiones: \_\_\_\_\_

A continuación la lista de las actividades y comportamientos que se ha observado que su hijo participe en forma independiente mientras en casa:

---

¿ El niño tiene un IEP indicando la necesidad de servicios para el autismo? \_\_Sí\_\_\_\_\_No hay  
\_\_\_\_\_IEP actual de Palm Beach County  
\_\_\_\_\_IEP actual desde fuera del condado/estado  
\_\_\_\_\_Tiene un IEP que está fuera de fecha  
\_\_\_\_\_Actualmente en Primeros Pasos/Programa de Intervención  
precoz

**\*\*Por favor incluya una copia de la versión más actual del IEP de su niño\*\***

Por favor, incluya cualquier otra información que usted desee, tales como cintas de video, evaluaciones, etc.

Proporcione la dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_