



Teléfono: 574-825-5666  
Fax: 574-825-8117  
Correo electrónico: programs@lovewayinc.org

## Evaluación del representante legal

Actualizado el 28/4/2023

### Información del participante

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Docente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico/discapacidad: \_\_\_\_\_

Actualmente inscripto en: (marcar todas las que correspondan)

Terapia ocupacional     Terapia física     Otro: \_\_\_\_\_

### Limitaciones del participante

Habla/audición: \_\_\_\_\_

Visión: \_\_\_\_\_

Movilidad: \_\_\_\_\_

Equipo médico/adaptativo: \_\_\_\_\_

Otro (describir): \_\_\_\_\_

### Objetivos del participante

Objetivo 1: \_\_\_\_\_

Objetivo 2: \_\_\_\_\_

### Comportamientos del participante    **\*\* Proporcione o adjunte el plan de intervención conductual, si corresponde\*\***

Comportamientos: \_\_\_\_\_

Desencadenantes: \_\_\_\_\_

Estrategias de afrontamiento o formas de redirigir: \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Parentesco con el participante: \_\_\_\_\_