



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: _____