Prepárese para una terapia nueva

Lo que ha aprendido de su hijo o hija, listo para la primera sesión.

NIÑO O NIÑA _____ **FECHA** _____ **TERAPEUTA** _____ **TIPO DE TERAPIA** _____

CÓMO SE COMUNICA

_____

LO QUE LE CALMA

_____

LO QUE LO HACE MÁS DIFÍCIL

_____

Lo que hemos probado

LO QUE HA FUNCIONADO

_____

_____

_____

LO QUE NO

_____

_____

_____

Lo que espero

1. _____
2. _____
3. _____

Cómo nos mantendremos en contacto

- ☐ Notas a casa
- ☐ Correo
- ☐ Texto
- ☐ Llamada
- ☐ Una app
- ☐ En persona

CADA CUÁNTO

_____

MEJOR HORA

_____

MIS PREGUNTAS

_____

_____

LO QUE DIJERON

_____

_____

_____

Agréguelo a Bloom Autism Support: tómele una foto y envíela al correo de Bloom Autism Support de su hijo o hija.

Gratis para todas las familias. Haga una copia para otra familia.
Hecho con Bloom Autism Support · bloomautismsupport.com/freetools