

* Este formulario le ayudará a evaluar las intervenciones que está recibiendo su niño. *
(Una intervención puede referir a una medicina, equipo, terapia, cirugía u otro tratamiento.)

Llene este formulario junto con su proveedor de salud, guárdelo y revíselo al final del período de la intervención para ver en cuanto se han alcanzado sus metas.

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN _____

PROVEEDOR _____

CENTRO DE SALUD _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____

FRECUENCIA DE LA INTERVENCIÓN _____

¿Cuán frecuente es la intervención (una sola vez, diaria, semanal, mensual, etc.)?

DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN _____

¿Cuánto tiempo durará esta intervención (días, semanas, meses)

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS o INCONVENIENCIAS DE ESTA INTERVENCIÓN

DESPUÉS DE _____ (período de tiempo) SE ESPERA QUE ESTE NIÑO VA A PODER: (escriba abajo los mejoramientos que esperan ver)

PADRES (escriban aquí)

PROVEEDOR (escriba aquí)

AUTOR: Joshua J. Alexander, MD; pdrehab@med.unc.edu

Traducido por: Sheryl Belshaw-Ponciano, MA ÚLTIMA REVISIÓN: 30 Noviembre 2003