



ADMISIONES/ADMISSIONS

INFORME TERAPÉUTICO / THERAPEUTIC REPORT
(FA-003)

Fecha de diligenciamiento/
Date of completion

D M AÑO / YR

A. INFORMACIÓN GENERAL DEL ASPIRANTE/GENERAL INFORMATION ABOUT THE APPLICANT

Apellidos/Last name					Nombres/Names			
Fecha de nacimiento/Date of birth	D	M	AÑO / YR	Ciudad/City	País/Country			
No. de documento/Document No.								
Tipo/Type	Registro Civil/Birth Certificate	<input type="checkbox"/>	Tarjeta de identidad/ID	<input type="checkbox"/>	Pasaporte/Passport	<input type="checkbox"/>	Visa/Visa	<input type="checkbox"/>

B. INFORMACIÓN GENERAL DEL TERAPEUTA/ GENERAL THERAPIST INFORMATION

Apellidos/Last name					Nombres/Names			
Correo electrónico/Email								
No. de documento/ID Number								
Celular/Mobile number				Teléfono fijo/Telephone				
Dirección del consultorio/Office address								

C. INFORMACIÓN DE LA TERAPIA/THERAPY INFORMATION

1. TIPO DE APOYO (marque con una x) / TYPE OF SUPPORT (mark with x):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Psicología / Psychology | <input type="checkbox"/> Fonoaudiología / Speech therapy |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatría / Psychiatry | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional / Occupational Therapy |
| <input type="checkbox"/> Neuropsicología / Neuropsychology | <input type="checkbox"/> Apoyo académico extraescolar / After school academic support |
| <input type="checkbox"/> Otro, explique / Other, explain : _____ | |

Fecha de la primera consulta/Date of first consultation	D	M	AÑO / YR	
Fecha de inicio del tratamiento/Date treatment started	D	M	AÑO / YR	
Intensidad semanal y duración de la sesión/Weekly intensity and duration of session:				
Número de sesiones efectuadas/Number of sessions completed:				
¿Quién lo remitió?/Who referred the applicant?				
2. Motivo de la consulta/Reason for consultation:				

3. Diagnóstico/Diagnosis:				

3. Áreas específicas que se trabajan en la terapia/Specific areas worked in therapy:

4. Pronóstico/Prognosis:

5. El programa de intervención ha requerido uso de medicación?/Has the intervention program required the use of medication?

Si/Yes No/No

¿Cuáles ?/ Which?

6. Concepto o sugerencia del terapeuta sobre la inserción del aspirante a la vida escolar: (Considere la calidad del nivel académico, el comportamiento y la educación bilingüe)/

Therapist's opinion or suggestion about the applicant's integration into school life: (Consider quality of academic level, behavior and bilingual education).

7. ¿Sería beneficioso para este aspirante ofrecerle un programa de inclusión y/o adaptaciones escolares? /Would it be beneficial for this applicant to be offered an inclusion program and/or school accommodations?

8. Observación o comentarios/Observation or comments:

FIRMA DEL TERAPEUTA/THERAPIST'S SIGNATURE