



Cuestionario de terapia inicial de Pediatric Associates of Alexandria

El nombre del niño: _____

Edad del niño: _____

Nivel de grado: _____

Contacto de emergencia (nombre/relación y número de contacto)

Problema que presenta/queja principal:

¿Qué están viendo {los padres} en casa?

¿Hay algún problema en la escuela?

Habilidades de afrontamiento actuales:

Elemento de afrontamiento favorito (es decir, animal de peluche, aroma):

Pasatiempos/Intereses:

¿Situación de vivienda y habitantes y/o hay animales domésticos?

¿Qué espera obtener de la terapia?

