

# TGIF

## Forma de Información de Objetivos de Terapia

Niño (Nombre y Apellido):

Fecha Esta Forma Fue Completada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Maestra:

Para Conclusión de Período:

Califica el desempeño del niño en cada uno de los objetivos siguientes (marca una caja para la frecuencia y una caja para la independencia para cada objetivo)

Objetivo Número	Objetivo	1	2	3	4	5		
		Nunca	Casi nunca	Acerca de la mitad del tiempo	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo	No aplique (no sé)	FRECUENCIA
		Necesita ayuda total	Con mucha ayuda	Con alguna ayuda	Con muy poco ayuda	Con ninguna ayuda	No aplique (no sé)	INDEPENDENCIA
		Nunca	Casi nunca	Acerca de la mitad del tiempo	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo	No aplique (no sé)	FRECUENCIA
		Necesita ayuda total	Con mucha ayuda	Con alguna ayuda	Con muy poco ayuda	Con ninguna ayuda	No aplique (no sé)	INDEPENDENCIA
		Nunca	Casi nunca	Acerca de la mitad del tiempo	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo	No aplique (no sé)	FRECUENCIA
		Necesita ayuda total	Con mucha ayuda	Con alguna ayuda	Con muy poco ayuda	Con ninguna ayuda	No aplique (no sé)	INDEPENDENCIA
		Nunca	Casi nunca	Acerca de la mitad del tiempo	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo	No aplique (no sé)	FRECUENCIA
		Necesita ayuda total	Con mucha ayuda	Con alguna ayuda	Con muy poco ayuda	Con ninguna ayuda	No aplique (no sé)	INDEPENDENCIA

# TGIF

## Forma de Información de Objetivos de Terapia

		Nunca	Casi nunca	Acerca de la mitad del tiempo	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo	No aplique (no sé)	FRECUENCIA
		Necesita ayuda total	Con mucha ayuda	Con alguna ayuda	Con muy poco ayuda	Con ninguna ayuda	No aplique (no sé)	INDEPENDENCIA
		Nunca	Casi nunca	Acerca de la mitad del tiempo	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo	No aplique (no sé)	FRECUENCIA
		Necesita ayuda total	Con mucha ayuda	Con alguna ayuda	Con muy poco ayuda	Con ninguna ayuda	No aplique (no sé)	INDEPENDENCIA
		Nunca	Casi nunca	Acerca de la mitad del tiempo	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo	No aplique (no sé)	FRECUENCIA
		Necesita ayuda total	Con mucha ayuda	Con alguna ayuda	Con muy poco ayuda	Con ninguna ayuda	No aplique (no sé)	INDEPENDENCIA
		Nunca	Casi nunca	Acerca de la mitad del tiempo	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo	No aplique (no sé)	FRECUENCIA
		Necesita ayuda total	Con mucha ayuda	Con alguna ayuda	Con muy poco ayuda	Con ninguna ayuda	No aplique (no sé)	INDEPENDENCIA
		Nunca	Casi nunca	Acerca de la mitad del tiempo	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo	No aplique (no sé)	FRECUENCIA
		Necesita ayuda total	Con mucha ayuda	Con alguna ayuda	Con muy poco ayuda	Con ninguna ayuda	No aplique (no sé)	INDEPENDENCIA
		Nunca	Casi nunca	Acerca de la mitad del tiempo	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo	No aplique (no sé)	FRECUENCIA
		Necesita ayuda total	Con mucha ayuda	Con alguna ayuda	Con muy poco ayuda	Con ninguna ayuda	No aplique (no sé)	INDEPENDENCIA