

**División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades**  
**Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo**

Planilla de prioridad de tratamiento

\_\_\_\_\_  
(Nombre y apellido del menor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Por cada área a continuación, brinde al ATAP una breve descripción de lo que pueden hacer su hijo o usted. Indique lo siguiente:

- ¿Qué habilidades quieren adquirir su hijo o usted?
- ¿Qué tan importante es esta área?
- ¿Cuánta información o cuánto apoyo quisiera recibir por cada elemento?

**Adaptación/autoayuda:** por ejemplo, vestirse, desvestirse, cerrar cierres, abotonarse, ir al baño, sentarse o pararse en una peleta, etc.

Lo que ya sabe hacer su hijo:

¿Qué habilidades de adaptación o autoayuda quisiera que aprenda su hijo?

Nivel de prioridad (bajo, intermedio o alto):

¿Quisiera más información sobre este tema?  Sí  No

¿Quisiera trabajar sobre esto en casa?  Sí  No

**Hora del baño:** por ejemplo, sentarse o quedarse en la tina, lavarse, peinarse, lavarse los dientes, etc.

Lo que ya sabe hacer su hijo:

¿Qué habilidades quisiera que aprenda su hijo para la hora del baño?

Nivel de prioridad (bajo, intermedio o alto):

¿Quisiera más información sobre este tema?  Sí  No

¿Quisiera trabajar sobre esto en casa?  Sí  No

**Conducta:** por ejemplo, no escuchar, gritar, golpear cosas, etc. Conductas que dificultan el aprendizaje o conductas que quisiera que su hijo tenga con menor frecuencia.

Lo que ya sabe hacer su hijo:

**División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades**  
Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Planilla de prioridad de tratamiento

¿Qué conductas quisiera que aprenda su hijo?

Nivel de prioridad (bajo, intermedio o alto):

¿Quisiera más información sobre este tema?  Sí  No

¿Quisiera trabajar sobre esto en casa?  Sí  No

**Actividades en la comunidad:** por ejemplo, ir de compras con familiares, comer en restaurantes, viajar en automóvil, etc.

Lo que ya sabe hacer su hijo:

¿Qué actividades en la comunidad quisiera que aprenda su hijo?

Nivel de prioridad (bajo, intermedio o alto):

¿Quisiera más información sobre este tema?  Sí  No

¿Quisiera trabajar sobre esto en casa?  Sí  No

**Cognitivo:** por ejemplo, entender la relación de causa y efecto, mencionar las letras, los colores y las formas, clasificar objetos, etc.

Lo que ya sabe hacer su hijo:

¿Qué habilidades cognitivas quisiera que aprenda su hijo?

Nivel de prioridad (bajo, intermedio o alto):

¿Quisiera más información sobre este tema?  Sí  No

¿Quisiera trabajar sobre esto en casa?  Sí  No

**Lenguaje y comunicación:** por ejemplo, expresar sus necesidades, seguir indicaciones, habilidades para escuchar, conceptos de adentro, encima, arriba y abajo, etc.

Lo que ya sabe hacer su hijo:

**División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades**  
Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Planilla de prioridad de tratamiento

¿Qué habilidades del lenguaje y la comunicación quisiera que aprenda su hijo?

Nivel de prioridad (bajo, intermedio o alto):

¿Quisiera más información sobre este tema?  Sí  No

¿Quisiera trabajar sobre esto en casa?  Sí  No

**Hora de comer:** por ejemplo, comer con cubiertos, comer alimentos más variados, servirse jugo, comer más despacio, modales en la mesa, etc.

Lo que ya sabe hacer su hijo:

¿Qué habilidades a la hora de comer quisiera que su hijo aprenda?

Nivel de prioridad (bajo, intermedio o alto):

¿Quisiera más información sobre este tema?  Sí  No

¿Quisiera trabajar sobre esto en casa?  Sí  No

**Motricidad:** por ejemplo, correr, saltar, jugar a la pelota, pintar o jugar con bloques.

Lo que el menor ya sabe hacer:

Quisiera que mi hijo aprenda estas habilidades en el área:

Nivel de prioridad (bajo, intermedio o alto):

¿Quisiera más información sobre este tema?  Sí  No

¿Quisiera trabajar sobre esto en casa?  Sí  No

**Habilidades para jugar:** por ejemplo, jugar bien con los juguetes, compartir, turnarse, jugar solo o jugar con otros niños.

Lo que el menor ya sabe hacer:

Quisiera que mi hijo aprenda estas habilidades en el área:

**División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades**  
Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo

Planilla de prioridad de tratamiento

Nivel de prioridad (bajo,  
intermedio o alto):

¿Quisiera más información sobre  
este tema?  Sí  No

¿Quisiera trabajar sobre esto en  
casa?  Sí  No

**Otro (especificar):**

Lo que el menor ya sabe hacer:

Quisiera que mi hijo aprenda estas habilidades en el área:

Nivel de prioridad (bajo,  
intermedio o alto):

¿Quisiera más información sobre  
este tema?  Sí  No

¿Quisiera trabajar sobre esto en  
casa?  Sí  No