

Nombre del Estudiante _____

Marque la opción que aplica a esta restricción:

- Restricción Terapéutica por **INCUMPLIMIENTO**
- Restricción Terapéutica por **PÉRDIDA DE CONTROL**

_____ requirió el uso de una Restricción Terapéutica el _____
(fecha). La Restricción Terapéutica comenzó a las _____ (hora) AM PM y terminó a las
_____ (hora) AM PM. La Restricción Terapéutica fue administrada por
_____ y fue presenciada por _____.

La Restricción Terapéutica fue requerida debido a: Agresión Física contra sí mismo
Destrucción de la propiedad
Agresión Física contra otros

¿Hubo una agresión verbal antes de la agresión física? Sí No

Lugar donde ocurrió la Restricción Terapéutica: _____

Describe: El comportamiento de _____ justo antes de la Restricción Terapéutica era

Descripción del comportamiento que dio lugar a la Restricción Física:

El comportamiento de _____ 30 minutos después de la Restricción Terapéutica fue

_____ Firma del Personal de la Escuela
_____ Firma del Padre