

Reporte Incidente de Comportamiento (BIR)

ID Programa: _____

ID Salón:	ID Niño:	Fecha	Hora:
Descripción del Comportamiento:			
Comportamiento Problema (marcar el más invasivo)			
<input type="checkbox"/> Agresión física	<input type="checkbox"/> No obediencia	<input type="checkbox"/> Comportamientos repetitivos	
<input type="checkbox"/> Interrupción/Berrinches	<input type="checkbox"/> Retraimiento Social /Aislamiento	<input type="checkbox"/> Lastimarse a sí mismo	
<input type="checkbox"/> Llanto inconsolable	<input type="checkbox"/> Escapar	<input type="checkbox"/> Dificultad para dormir	
<input type="checkbox"/> Agresión verbal	<input type="checkbox"/> Romper/Destruir objetos o artículos	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Lenguaje Inapropiado	<input type="checkbox"/> Comportamientos peligrosos		
Actividad (marcar uno)			
<input type="checkbox"/> Llegada	<input type="checkbox"/> Juego al exterior	<input type="checkbox"/> Salida	
<input type="checkbox"/> Círculo/Actividad grupo grande	<input type="checkbox"/> Actividad especial	<input type="checkbox"/> Terapia	
<input type="checkbox"/> Actividad grupo	<input type="checkbox"/> Excursiones	<input type="checkbox"/> Tiempo callado/Siesta	
<input type="checkbox"/> Centros/Juego al interior	<input type="checkbox"/> Cuidado propio/Baño	<input type="checkbox"/> Transporte	
<input type="checkbox"/> Cambio de pañal	<input type="checkbox"/> Transición	<input type="checkbox"/> Actividad Individual	
<input type="checkbox"/> Comidas	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Otros involucrados (marque uno)			
<input type="checkbox"/> Maestra	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia	<input type="checkbox"/> Chofer de Transporte	
<input type="checkbox"/> Asistente de Maestra	<input type="checkbox"/> Personal de Apoyo/Administrativo	<input type="checkbox"/> Personal de cocina	
<input type="checkbox"/> Compañeros	<input type="checkbox"/> Substituto	<input type="checkbox"/> Ninguno	
<input type="checkbox"/> Terapeuta	<input type="checkbox"/> Voluntario del salón	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Posible Motivación (marque uno)			
<input type="checkbox"/> Obtener el artículo deseado	<input type="checkbox"/> Obtener atención de adultos/confort	<input type="checkbox"/> Evitar sensorial	
<input type="checkbox"/> Obtener la actividad	<input type="checkbox"/> Evadir adultos	<input type="checkbox"/> No sé	
<input type="checkbox"/> Atraer atención de	<input type="checkbox"/> Evitar tareas	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Evadir compañeros	<input type="checkbox"/> Obtener sensoria		
Respuesta (marque uno o el más intensivo)			
<input type="checkbox"/> Recordatorio Verbal	<input type="checkbox"/> Proporcionar confort físico	<input type="checkbox"/> Maestra contactó a la familia	
<input type="checkbox"/> Redirigir a otra actividad/juguete	<input type="checkbox"/> Modificación al Currículo	<input type="checkbox"/> Tiempo apartado	
<input type="checkbox"/> Mover dentro del grupo	<input type="checkbox"/> Re enseñar/Practicar comportamiento	<input type="checkbox"/> Guía física	
<input type="checkbox"/> Remover de la actividad	<input type="checkbox"/> Perder la actividad	<input type="checkbox"/> Retención física /Restricción	
<input type="checkbox"/> Remover del área	<input type="checkbox"/> Tiempo con una maestra	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Remover el artículo	<input type="checkbox"/> Tiempo en un diferente salón o adulto fuera del salón de clases		
Seguimiento Administrativo (marque uno o el más intensivo)			
<input type="checkbox"/> No aplicable	<input type="checkbox"/> Intervención grupal específica	<input type="checkbox"/> Matriculación condicional	
<input type="checkbox"/> Hablar con el niño	<input type="checkbox"/> Remover del salón temporalmente	<input type="checkbox"/> Transferir a otro programa	
<input type="checkbox"/> Contacto con la familia	<input type="checkbox"/> Enviar a casa por el resto del día	<input type="checkbox"/> Reducir horas en el programa	
<input type="checkbox"/> Junta familiar	<input type="checkbox"/> Enviar a casa por 1 día o más	<input type="checkbox"/> Retirar del programa	
<input type="checkbox"/> Arreglos para consulta del comportamiento/Equipo		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Comentarios:			
Si este es el primer <u>BIR</u> del niño, por favor selecciona la siguiente información demográfica:		___ Niño ___ Niña	___ Estudiante idioma dual ___ IEP en efecto
		Etnicidad: ___Hispano o Latino de cualquier raza ___No Hispano o Latino Raza: ___ Indio Americano o Nativo Alaska ___Asiático ___Negro o Afro Americano ___Nativo Hawaiiano u Otra Isla Pacífico ___Dos o más razas ___Blanco	

BIR_V2_10.2018