

Behavior Incident Report

Child's Name: _____			Program: _____		
Date: _____		Time of Occurrence (start/end): _____		Referring Staff: _____	
Behavior Description:					
Problem Behavior (check most intrusive)					
<input type="checkbox"/> Physical aggression	<input type="checkbox"/> Inappropriate language (swearing, for example)	<input type="checkbox"/> Running away			
<input type="checkbox"/> Self-injury	<input type="checkbox"/> Verbal aggression	<input type="checkbox"/> Property damage			
<input type="checkbox"/> Disruption/Tantrums	<input type="checkbox"/> Non-compliance	<input type="checkbox"/> Unsafe behaviors			
<input type="checkbox"/> Inconsolable crying Duration _____	<input type="checkbox"/> Social withdrawal/ isolation	<input type="checkbox"/> Trouble falling asleep (consider child's age)			
<input type="checkbox"/> Other _____					
Activity (check one)					
<input type="checkbox"/> Arrival	<input type="checkbox"/> Meals	<input type="checkbox"/> Departure			
<input type="checkbox"/> Classroom jobs	<input type="checkbox"/> Quiet time/Nap	<input type="checkbox"/> Clean-up			
<input type="checkbox"/> Circle/Large group activity	<input type="checkbox"/> Outdoor play	<input type="checkbox"/> Therapy			
<input type="checkbox"/> Small group activity	<input type="checkbox"/> Special activity/ Field trip	<input type="checkbox"/> Individual activity			
<input type="checkbox"/> Centers/Indoor play	<input type="checkbox"/> Self-care/Bathroom	<input type="checkbox"/> Other _____			
<input type="checkbox"/> Diapering	<input type="checkbox"/> Transition				
Others Involved (check all that apply)					
<input type="checkbox"/> Teacher	<input type="checkbox"/> Family Member	<input type="checkbox"/> Peers			
<input type="checkbox"/> Assistant Teacher	<input type="checkbox"/> Support/ Administrative staff	<input type="checkbox"/> None			
<input type="checkbox"/> Therapist	<input type="checkbox"/> Substitute	<input type="checkbox"/> Other _____			
Possible Motivation (check one)					
<input type="checkbox"/> Obtain desired item	<input type="checkbox"/> Gain adult attention/comfort	<input type="checkbox"/> Obtain sensory			
<input type="checkbox"/> Obtain desired activity	<input type="checkbox"/> Avoid adults	<input type="checkbox"/> Avoid sensory			
<input type="checkbox"/> Gain peer attention	<input type="checkbox"/> Avoid task	<input type="checkbox"/> Don't know			
<input type="checkbox"/> Avoid peers		<input type="checkbox"/> Other _____			
Strategy/Response (check one or the most intrusive)					
<input type="checkbox"/> Verbal reminder	<input type="checkbox"/> Re-teach/practice expected behavior	<input type="checkbox"/> Family contact (specify) _____			
<input type="checkbox"/> Curriculum modification	<input type="checkbox"/> Time in different classroom	_____			
<input type="checkbox"/> Move within group	<input type="checkbox"/> Time with support staff	<input type="checkbox"/> Other _____			
<input type="checkbox"/> Remove from activity	<input type="checkbox"/> Redirect to different activity/toy				
<input type="checkbox"/> Remove from area					
<input type="checkbox"/> Provide physical comfort					
<input type="checkbox"/> Time with a teacher					
If applicable, administrative follow-up to be completed by Supervisor: (check one or most intrusive)					
<input type="checkbox"/> Non-applicable	<input type="checkbox"/> Arrange behavioral consultation/team	<input type="checkbox"/> Other _____			
<input type="checkbox"/> Talk with child	<input type="checkbox"/> Targeted group intervention				
<input type="checkbox"/> Contact family					
<input type="checkbox"/> Family meeting					
Site Director:					
Signature and Date:					

Attach incident report (when applicable):

Informe sobre Incidente de Comportamiento

Nombre del Niño: _____		Programa: _____	
Fecha: _____	Hora del Incidente (comienzo/fin): _____		Persona que hizo la referencia: _____
Descripción del Comportamiento:			
Comportamiento Problemático (escoger el más problemático)			
<input type="checkbox"/> La agresión física	<input type="checkbox"/> Lenguaje inapropiado (palabrotas, por ejemplo)	<input type="checkbox"/> Huir	
<input type="checkbox"/> La auto-agresión	<input type="checkbox"/> La agresión verbal	<input type="checkbox"/> Dañar las pertenencias	
<input type="checkbox"/> Disrupción/Berrinche	<input type="checkbox"/> Falta de cooperación	<input type="checkbox"/> Comportamiento peligroso	
<input type="checkbox"/> Llorar inconsolablemente	<input type="checkbox"/> Retiro social/ asolación	<input type="checkbox"/> Dificultad con dormirse (considerar la edad del niño)	
<input type="checkbox"/> Duración _____		<input type="checkbox"/> Otro _____	
Actividad (escoger uno)			
<input type="checkbox"/> Llegada	<input type="checkbox"/> Comidas	<input type="checkbox"/> Salida	
<input type="checkbox"/> Trabajos en la Clase	<input type="checkbox"/> Tiempo tranquilo/Descanso	<input type="checkbox"/> Tiempo de limpiar	
<input type="checkbox"/> Actividad de grupo grande/circulo	<input type="checkbox"/> Jugar afuera	<input type="checkbox"/> Terapia	
<input type="checkbox"/> Actividad de grupo pequeño	<input type="checkbox"/> Actividad especial/Excursión	<input type="checkbox"/> Actividad individuo	
<input type="checkbox"/> Centros/Jugar en el salón	<input type="checkbox"/> Cuidado personal/Baño	<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Cambiar el pañal	<input type="checkbox"/> Transición		
Otras Involucradas (escoger todas las personas involucradas)			
<input type="checkbox"/> Maestro	<input type="checkbox"/> Miembro de la Familia	<input type="checkbox"/> Compañeros	
<input type="checkbox"/> Asistente de Maestro	<input type="checkbox"/> Personal administrativo/ personal de apoyo	<input type="checkbox"/> Ninguno	
<input type="checkbox"/> Terapeuta	<input type="checkbox"/> Sustituto	<input type="checkbox"/> Otro _____	
Motivo Posible (escoger uno)			
<input type="checkbox"/> Obtener un objeto deseado	<input type="checkbox"/> Atraer la atención de un adulto/ consuelo	<input type="checkbox"/> Obtener sensorio	
<input type="checkbox"/> Obtener una actividad deseada	<input type="checkbox"/> Evitar los adultos	<input type="checkbox"/> Evitar sensorio	
<input type="checkbox"/> Atraer la atención de compañeros	<input type="checkbox"/> Evitar una tarea	<input type="checkbox"/> Desconocido	
<input type="checkbox"/> Evitar compañeros		<input type="checkbox"/> Otro _____	
Estrategia/Respuesta (escoger uno o el más problemático)			
<input type="checkbox"/> Aviso verbal	<input type="checkbox"/> Enseñar de nuevo/practicar el comportamiento deseado	<input type="checkbox"/> Contacto con la familia (especifique) _____	
<input type="checkbox"/> Modificar el currículo	<input type="checkbox"/> Tiempo en otro salón	_____	
<input type="checkbox"/> Mover en el grupo	<input type="checkbox"/> Tiempo con personal de apoyo	<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Quitar de una actividad	<input type="checkbox"/> Re-dirigir a otra actividad/juguete		
<input type="checkbox"/> Quitar de la área			
<input type="checkbox"/> Proveer consuelo físico			
<input type="checkbox"/> Tiempo con un maestro			
Si aplica, pasos administrativos que debe tomar el supervisor: (escoger uno o el más problemático)			
<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Consulta/Equipo de comportamiento	<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Hablar con el niño	<input type="checkbox"/> Intervención específico en grupo		
<input type="checkbox"/> Hablar con la familia			
<input type="checkbox"/> Reunión con la familia			
Director del Sitio:			
Firma y Fecha:			

Ajuntar el informe del incidente (si aplica):