

Lista de Verificación del Cumplimiento de los Deberes

-Información Confidencial-

Nombre _____

F.N. _____

Página ____ de _____

Fecha	Asignación	Terminado a tiempo (S/N)	Valoración del paciente*	Progreso de los pacientes* Percepción *

Pídele al paciente que califique esta tarea en una escala de 10 puntos, siendo 1= nada útil y 10= extremadamente útil.

**Pregunta al paciente cómo esta tarea podría ayudarle a alcanzar sus objetivos terapéuticos.