

Nombre del médico: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____



Formulario de admisión de terapia ocupacional

¿Qué lo llevó a buscar servicios de terapia ocupacional para su hijo? _____

Marque todo lo que corresponda y describa sus inquietudes sobre su hijo.

Motricidad gruesa:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para saltar, salto a la cuerda, correr. | <input type="checkbox"/> Dificultad para coordinar dos lados del cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para patear una pelota. | <input type="checkbox"/> Parece rígido o incómodo durante el movimiento |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para lanzar y / o atrapar una pelota. | <input type="checkbox"/> Postura deficiente, frecuentemente se inclina hacia cosas |
| <input type="checkbox"/> Parece más débil que sus compañeros, se fatiga fácilmente. | <input type="checkbox"/> Marcha incómoda, caminar inestable, caminar con los pies, arrastrar los pies |
| <input type="checkbox"/> Evita o tiene dificultad para jugar en el patio de juegos. | <input type="checkbox"/> Dificultad para negociar las escaleras |
| <input type="checkbox"/> Torpe, disminución de la conciencia del cuerpo en el espacio, choca con objetos y personas | |

Preocupaciones:

Motricidad fina:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para dibujar, colorear, trazado | <input type="checkbox"/> Lento en completar las tareas de la mesa |
| <input type="checkbox"/> Evita dibujos, la coloración, trazado / o escribir | <input type="checkbox"/> Postura deficiente mientras está sentado en una silla, se inclina hacia el escritorio, se inquieta |
| <input type="checkbox"/> Problema sosteniendo herramientas de escritura (agarrar demasiado apretados o suelto, torpes) | <input type="checkbox"/> Dificultad al usar herramientas del salón de clase como tijeras y pegamento |
| <input type="checkbox"/> La escritura es demasiado oscuro, clara, grande o pequeña | |
| <input type="checkbox"/> Cambia de manos con frecuencia, no parece tener la mano dominante | |

Formulario de admisión de terapia ocupacional

Preocupaciones:

Sensor táctil / vestibular:

<input type="checkbox"/> Evita ensuciar las manos, la cara y las partes del cuerpo con pintura, pegamento, arena, comida, etc.	<input type="checkbox"/> Temeroso estar fuera del suelo
<input type="checkbox"/> No le gusta estar cerca de los demás, abrazarse	<input type="checkbox"/> Se retira del tacto fuerte no le gusta las actividades de aseo (cepillado / corte de pelo, lavado)
<input type="checkbox"/> Se anhela tocar	<input type="checkbox"/> No le gustan los sonidos fuertes o es muy sensible a los sonidos ambientales
<input type="checkbox"/> Busca poner objetos no alimenticios en la boca	<input type="checkbox"/> No le gusta equipo de juegos
<input type="checkbox"/> Parece haber disminuido la conciencia de la reacción táctil mínima al dolor, la comida en la cara	<input type="checkbox"/> Evita movimientos como rebotar, balancearse.
<input type="checkbox"/> Difícil comedor, sensible a ciertas texturas	<input type="checkbox"/> Disminución de la conciencia de seguridad y / o búsqueda de peligro.
<input type="checkbox"/> Solo usa cierta ropa / evita o no le gusta otra ropa	

Preocupaciones:

Visual / Perceptual:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para copiar desde el pizarrón, el libro de trabajo o el papel | <input type="checkbox"/> Dificultad para copiar formas y formas |
| <input type="checkbox"/> Pierde lugar u omite palabras al leer, escribir o copiar | <input type="checkbox"/> Usa el dedo para mantener el lugar y guiar el movimiento durante la lectura |
| <input type="checkbox"/> letras en reversa , números, palabras al leer y / o escribir | <input type="checkbox"/> Se queja de borrosidad |
| <input type="checkbox"/> Problemas para completar acertijos de nivel de edad | <input type="checkbox"/> Parece no estar mirando lo que él o ella está haciendo |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para discriminar formas, letras, números | <input type="checkbox"/> Dificultad para lanzar o patear una pelota a un objetivo |

Formulario de admisión de terapia ocupacional

Preocupaciones:

Emocional / Comportamiento:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No le gustan los cambios en las rutinas | <input type="checkbox"/> Retiros de situaciones / interacciones sociales |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para hacer la transición entre tareas o entorno | <input type="checkbox"/> Funciona mejor en grupos pequeños o uno a uno |
| <input type="checkbox"/> Baja tolerancia a la frustración | <input type="checkbox"/> Dificultad para atender tareas |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para socializar / llevarse bien con los demás | <input type="checkbox"/> Hiperactivo |
| <input type="checkbox"/> Es agresivo en situaciones grupales | <input type="checkbox"/> Impulsivo |

Preocupaciones:

Vida diaria:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para manipular cremalleras y / o botones | <input type="checkbox"/> Dificultad para cepillarse los dientes de forma independiente |
| <input type="checkbox"/> Problemas para ponerse y quitarse los calcetines y los zapatos | <input type="checkbox"/> Dificultad para usar los utensilios para alimentarse a sí mismo |
| <input type="checkbox"/> Imposible atar cordones (6 años o más) | <input type="checkbox"/> Dificultad para abrir recipientes |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para vestirse y desvestirse | <input type="checkbox"/> Dificultad para hacer las tareas domésticas |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para ir al baño | <input type="checkbox"/> Dificultad para succionar o tragar |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para lavarse / secarse las manos | |

Preocupaciones:
