

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:

---

---