



Achievement Therapy Center, LLC



235 E. 9th Ave. Anchorage, Alaska 99501
Phone: 907-334-9001 Fax: 907-868-8657
Email: office@aktherapyforkids.com
Website: aktherapyforkids.com

Admisión de terapia ocupacional

Nombre del paciente _____

¿A qué edad demostró su hijo lo siguiente? sentado _____ Arrastrándose _____ En pie _____
caminar _____ alimentación con los dedos _____ comer con cuchara _____
Entrenado para ir al baño _____ Desnudarse _____

Actividades de la vida diaria

¿Su hijo se viste solo? Si no ¿cómo te ayudan?

¿Su hijo se alimenta a sí mismo Si no Si no, ¿cómo lo ayudan?

¿Su hijo come bien para su edad? Si no

¿Su hijo usa los utensilios apropiadamente? Si no De no ser así, sírvase describir

¿Su hijo se cepilla los dientes? Si no De no ser así, sírvase describir

¿Su hijo muestra sensibilidad a la ropa, las texturas de los alimentos o los sonidos? Si no
En caso afirmativo, describa y explique cómo ha acomodado esto

Por favor, marque si su hijo es capaz de completar lo siguiente de forma independiente.

Zapatos de corbata Botones de botón Abrigo con cremallera Pantalones o chaquetas a presión
(Elaborar si es necesario)

¿Dónde suele comer su hijo, es decir, en la mesa, la silla alta, la sala de estar?

Comentarios adicionales: _____

Habilidades motoras finas

¿Su hijo puede escribir de manera legible / de la edad apropiadamente? Si no En caso negativo, sírvase describir las dificultades

¿Su hijo sostiene los utensilios con demasiada fuerza o demasiado sueltos en sus manos (marque con un círculo uno si corresponde)?

¿Su hijo tiene una mano dominante? Derecha Izquierda No

Comentarios adicionales: _____

Habilidades motoras gruesas y conciencia corporal

¿Su hijo pasó mucho tiempo en asientos de seguridad mientras no estaba en el automóvil? Y N

¿Su hijo disfrutó de los columpios para bebés cuando era bebé, del tipo que toca música, etc.? y establece dentro de la casa?

¿Su hijo gateó? Y N

¿En la mano/rodillas o deslizarse sobre el vientre?

¿Por cuánto tiempo antes de caminar?

¿Su hijo caminó antes de los 10 meses? ¿O empezar a caminar después de 15 meses?

¿Su hijo se topa con cosas? Y N ¿Se tropieza o se cae mucho? Y N

¿Parece torpe o torpe? Y N ¿Los movimientos de su hijo son lentos y deliberados? Y N

¿Puede su hijo saltarse? Y N Montar en bicicleta? Y n saltar en un pie? Y N

¿Su hijo choca con objetos y otras personas a propósito? Y N

¿Su hijo se desploma cuando está sentado? Y N

¿Su hijo parece débil o fuerte? (círculo uno) ¿Los músculos de su hijo se sienten firmes, rígidos o blandos? (círculo uno)

Comentarios adicionales:

Oral

¿Su hijo evita algún alimento?

¿Su hijo parece demasiado sensible a los olores? Y N ¿Qué tipos de alimentos le gustan a su hijo?

¿Su hijo tiene algún problema para alimentar/tragar? Y N En caso afirmativo, sírvase describir

Comentarios adicionales:

Visual

¿Su hijo tiene algún problema visual diagnosticado? Y N Si Sí, describa

¿Cuándo fue la última vez que se evaluó la visión de su hijo y por quién?

¿Su hijo ha sido evaluado o ha recibido terapia visual? En caso afirmativo, ¿cuándo/con quién?

¿Su hijo puede cerrar los ojos por períodos cortos de tiempo? Y N

¿Su hijo está distraído en una habitación "ocupada"? Y N

¿A su hijo le gustan los rompecabezas? Y N ¿Qué tipo de rompecabezas puede completar con éxito solo?

¿Su hijo lo mira a usted y a los demás cuando usted está hablando? Y N

¿Su hijo parece no notar cosas en su entorno? Y N

¿A su hijo le gusta mirar libros? Y N

Comentarios adicionales:

Comportamiento/temperamento

Por favor, describa la personalidad de su hijo

¿Cómo manejas los problemas de comportamiento o las rabietas en tu casa?

¿Su hijo tiene rabietas Y N ¿Con qué frecuencia? ¿Su hijo es madrugador o tarda en ponerse en marcha?

¿A su hijo le gusta una rutina? Y N

¿Le molestan las pausas en la rutina? Y N

¿Puede su hijo jugar solo? Y N

¿Su hijo juega solo todo el tiempo? Y N

¿Con quién prefiere jugar su hijo?

¿Su hijo demuestra comportamientos autoestimulantes? Y N

En caso afirmativo, sírvase describir

Por favor, describa la rutina diaria de su hijo:

¿Cuál es la rutina nocturna de su hijo?

¿Su hijo duerme toda la noche? Y N

¿Su hijo se despierta durante la noche? Y N

¿Su hijo duerme en su propia cama? Y N

¿Su hijo tiene dificultad para dormir? Y ¿Qué es lo N
que más te gusta de tu hijo?

¿Qué le resulta frustrante acerca de su hijo?

¿Cuáles son los juguetes favoritos de su hijo?

¿Dónde le gusta jugar?

¿Su hijo tiene algún juego o actividad favorita?

¿Cómo le va a su hijo en la escuela? ¿Cuál es la actitud de su hijo hacia la escuela?

¿Qué le gustaría que su hijo lograra mientras recibe terapia ocupacional?
