



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

### Admisión de Terapia Ocupacional

Nombre \_\_\_\_\_

¿A qué edad demostró su hijo lo siguiente? Sentarse \_\_\_\_\_ crawling \_\_\_\_\_ standing \_\_\_\_\_ caminar \_\_\_\_\_  
alimentarse con los dedos \_\_\_\_\_ Comer con cuchara \_\_\_\_\_ entrenado para ir al baño \_\_\_\_\_  
Desvestirse \_\_\_\_\_

### Actividades de la Vida Diaria

¿Su hijo se viste solo S N Si no es así, ¿cómo le ayudan?

¿Su hijo se alimenta solo S N Si no es así, ¿cómo le ayudan?

¿Su hijo come bien para su edad? S N

¿Su hijo usa los utensilios de manera adecuada? S N Si no es así, sírvase describir

¿Su hijo se cepilla los dientes? S N Si no es así, sírvase describir

¿Su hijo muestra sensibilidad a la ropa, a las texturas de los alimentos o a los sonidos? Y N  
En caso afirmativo, por favor describa y explique cómo lo ha acomodado.

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

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

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

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

## Motricidad fina

¿Su hijo es capaz de escribir de forma legible o envejecer adecuadamente?    S    N

En caso negativo, sírvase describir las dificultades

¿Su hijo sostiene los utensilios demasiado apretados o demasiado sueltos en sus manos (encierre uno en un círculo 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

¿A su hijo le gustaban los columpios para bebés cuando era bebé, del tipo que pone música, etc. y se pone dentro de la casa?

¿Su hijo gateó?    Y    N

¿En la mano/rodillas o deslizándose sobre el vientre?    ¿Cuánto tiempo antes de caminar?

---

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

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

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

¿Su hijo puede saltar?    S    N    ¿Andar en bicicleta?    ¿Saltar en un pie?    Y    N

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

¿Su hijo se desploma al sentarse?    Y    N

¿Su hijo parece débil o fuerte? (encierre en un círculo uno)

¿Los músculos de su hijo se sienten firmes, rígidos o blandos? (encierre en un círculo uno)



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

Comentarios adicionales:

---

---

### Oral

¿Su hijo evita algún alimento?

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

---

---

¿Su hijo tiene algún problema para alimentarse/tragar? S N En caso afirmativo, por favor describa

---

---

---

Comentarios adicionales:

---

---

---

### Visual

¿Su hijo tiene algún problema visual diagnosticado? Y N En caso afirmativo, describa

¿Cuándo fue la última vez que su hijo fue evaluado de la vista y por quién?

¿Su hijo ha sido evaluado para recibir terapia visual? En caso afirmativo, ¿cuándo y con quién?



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

¿Su hijo es capaz de 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

¿Parece que su hijo no se da cuenta de las cosas de su entorno? Y N

¿A su hijo le gusta mirar libros? Y N

Comentarios adicionales:

---

---

---

### Comportamiento/Temperamento

Describa la personalidad de su hijo

---

---

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

---

---

¿Su hijo tiene berrinches?  
marcha?

¿Con qué frecuencia? ¿Su hijo es madrugador o tarda en ponerse en

¿A su hijo le gusta la rutina? Y N



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

¿Le molestan los descansos en la rutina?    Y    N

¿Tu hijo puede jugar solo?    Y    N

¿Su hijo juega solo todo el tiempo?    Y    N

¿Con quién prefiere jugar su hijo?

¿Su hijo demuestra conductas de autoestimulación?    Y    N

En caso afirmativo, sírvase describir

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 dificultades para dormir? ¿Qué es lo que más le gusta de su hijo?    N

¿Qué es lo que le resulta frustrante de su hijo?

¿Cuáles son los juguetes favoritos de su hijo?

¿Dónde le gusta jugar?



Centro de Terapia de Logros  
701 E Tudor Rd. Ste 105  
Anclaje, AK 99503  
Teléfono : 907-334-9001

¿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?

---

---

---