



## Ocupacional Therapy (OT) Cuestionario De Preevaluación Niño(a) Pequeño Y Hasta

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Información del Cuidador

Nombre del Cuidador: \_\_\_\_\_

Su parte en la vida del Niño:  Padre  Abuelo  Padre Adoptivo  Otro \_\_\_\_\_

### Seleccione sus principales áreas de preocupación: Marque todas las que correspondan

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comportamiento         | <input type="checkbox"/> Caídas Frecuentes/Torpeza                                 | <input type="checkbox"/> Incapaz De Quedar Quieto |
| <input type="checkbox"/> Habilidades para Jugar | <input type="checkbox"/> Habilidades con las Manos                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Alimentación/Tragar    | <input type="checkbox"/> Músculos Mayores (piernas, brazos, torso)                 |   |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad Sensorial | <input type="checkbox"/> Habilidades De Autoayuda (Es Decir: vestirse, comer etc.) |   |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda Sensorial     | <input type="checkbox"/> Cuello Apretado   |   |
| <input type="checkbox"/> Atención               | <input type="checkbox"/> Mal Sueño   | <input type="checkbox"/> Otro _____               |

Comparta lo que desea lograr teniendo una evaluación de terapia ocupacional:

### Preguntas específicas de la terapia: Marque todo lo que corresponda

#### Habilidades Manuales

¿Tu hijo(a) ...	Sí	No	¿Tu hijo(a) ...	Sí	No
Recoge objetos pequeños con agarre de pinza			Puede abrir contenedores con tapas		
Usa 2 manos juntas			Escribe con un lápiz		
Coloca bloques uno encima del otro			Señala con el dedo		
Colorea con crayolas			Puede cortar con tijeras		



### El Esfuerzo Personal

¿Tu hijo(a) ...	Sí	No	¿Tu hijo (a)...	Sí	No
Puede quitarse los pantalones (no incluye los desabrochadores)			Ponerse los pantalones (no incluye los desabrochadores)		
Comer con los dedos			Come con una cuchara		
Ponerse una camisa de suéter			Come con un tenedor		
Se pone los calcetines			Bebe de una vaso		
Se pone los zapatos (no incluye atar)					

¿Usa su hijo dispositivos de asistencia (audífonos, aparatos ortopédicos, dispositivo de comunicación)?

Sí  No

Si es así, por favor enuméralos \_\_\_\_\_

### Procesamiento Sensorial

¿Su hijo tiene dificultades con las experiencias sensoriales? Por favor explique.
Táctil (Toque):
Vestibular (Movimiento):
Propioceptivo (Conciencia Corporal):
Auditivo (Escuchando):
Visual (Ver):

**Por favor, proporcione la mayoría de información como sea posible. El terapeuta ocupacional revisará esta información para la evaluación inicial de su hijo.**

**UCP espera servirle a usted y a su hijo.**