



## Cuestionario De Pre-evaluación De Terapia Física

### Niño Pequeño Y Hasta

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

#### Información del Cuidador

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

El Papel en la Vida Del Niño:  Padre  Abuelo  Padre Adoptivo  Otro \_\_\_\_\_

#### ¿Cuáles son sus principales áreas de preocupación? *Marque todo lo que corresponda*

- |                                              |                                                                            |                                                  |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Equipo              | <input type="checkbox"/> Movimiento Atáxico / Descoordinado                | <input type="checkbox"/> Siguiendo Instrucciones |
| <input type="checkbox"/> Ortóticas/ Tirantes | <input type="checkbox"/> Caminar Con El Dedo Del Pie                       | <input type="checkbox"/> Otro _____              |
| <input type="checkbox"/> Músculos Tensos     | <input type="checkbox"/> Caídas Frecuentes / Torpeza                       |                                                  |
| <input type="checkbox"/> Debilidad Muscular  | <input type="checkbox"/> Juega Habilidades En El Patio                     |                                                  |
| <input type="checkbox"/> Tortícolis          | <input type="checkbox"/> Participación En Los Deportes                     |                                                  |
| <input type="checkbox"/> Atención            | <input type="checkbox"/> Retraso Músculos Mayores (piernas, brazos, torso) |                                                  |

Comparte lo que quieres lograr recibiendo una evaluación de terapia física:

¿Puede su hijo seguir instrucciones de un solo paso para evaluar las habilidades de músculos mayores (grandes) independientes? *Describir*

#### Preguntas específicas de terapia: *Marque todas las que correspondan para la etapa de desarrollo de su hijo(a):*

#### Habilidades de Músculos Mayores (Grandes)

¿Su hijo(a) ...	Si	No	¿Su hijo(a) ...	Si	No
Puede sentarse independientemente			Caminar independientemente		
Gatear			Correr		
Pararse en los muebles			Sube las escaleras		
Caminar con ayuda			Saltar		



### Ambiente Diario Del Niño

Hogar	Si	No	Guardería o Escuela	Si	No
Escalones en la casa			Climbing playground equipment		
2 or 3 escalones			Largos pasillos al a clase		
Escalera con 3 o más escaleras			Bordillos		
Tina			Rampas		
Rampas a la puerta			Puerta que se abre con manijas.		

### Preguntas Específicas Del Equipo

#### Equipo Medico

**¿Tiene su hijo(a) alguna necesidad de equipamiento?  Si  No *En caso afirmativo, explíquelo por favor.***

¿Necesita o usa su hijo(a) dispositivo de asistencia como sillas de ruedas, andadores, muletas, bastones, etc.?

¿Su hijo(a) necesita o usa equipo de adaptación como el estándar, el asiento del inodoro, la silla de baño, etc.?

¿Su hijo(a) tiene aparatos ortopédicos o ortesis para pies o manos?

¿Cuál es el principal medio de movilidad de su hijo(a)? ¿Utilizan rodar, gatear, deslizarse en la parte inferior, caminar, pasear o en silla de ruedas para moverse?

¿Cuáles son los mayores desafíos de su hijo(a) cuando está en la comunidad cuando visita el parque, la tienda, la casa de la familia o amigos, etc.?

**Por favor, proporcione tanta información como sea posible. El terapeuta de física revisará esta información para la evaluación inicial de su hijo(a).**

**UCP Espera Poder Servirle A Usted Y A Su Hijo!**