



Cuestionario De Pre-evaluación De Terapia Física

Niño Pequeño Y Mas Grande

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? <i>Marque todo lo que corresponda</i> | | |
|---|--|--|
| <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? <i>Describir</i> | | |

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

| |
|---|
| <p>¿Tiene su hijo(a) alguna necesidad de equipamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, explíquelo por favor.</i></p> |
| <p>¿Necesita o usa su hijo(a) dispositivo de asistencia como sillas de ruedas, andadores, muletas, bastones, etc.?</p> |
| <p>¿Su hijo(a) necesita o usa equipo de adaptación como el estándar, el asiento del inodoro, la silla de baño, etc.?</p> |
| <p>¿Su hijo(a) tiene aparatos ortopédicos o ortesis para pies o manos?</p> |
| <p>¿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?</p> |
| <p>¿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.?</p> |

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!