



Terapia ocupacional y física
LISTA DE CONTROL PARA PADRES

Estimados padres o tutores:

Completen este formulario en su totalidad y entréguenlo a más tardar el _____ a _____.
 Pueden comunicarse con _____ si tienen preguntas. Muchas gracias.

¿En qué consiste la terapia física y la ocupacional administradas en la escuela?

La terapia ocupacional (OT) y la terapia física (PT) a nivel escolar son servicios que ayudan a los estudiantes a beneficiarse de su educación. Esto incluye la capacidad estudiantil de participar en el aula de clases, el comedor escolar, el recreo, el gimnasio y otras áreas de la escuela.

TERAPIA OCUPACIONAL (OT)

Nos centramos en la capacidad del estudiante para:

- utilizar herramientas del aula de clases para producir el trabajo escolar
- cumplir con las rutinas de la clase; organizar materiales
- realizar actividades de cuidado personal como higiene, uso del baño, alimentarse y vestirse

TERAPIA FÍSICA

Nos centramos en la capacidad del estudiante para:

- participar en actividades físicas dentro de la escuela
- desenvolverse dentro del entorno del aula de clases
- tener acceso a varias áreas de la escuela caminando, con sillas de ruedas o con otros

Revise el tipo de evaluación que usted busca para su hijo: OT PT

Nombre completo del estudiante:	Teléfono en el hogar:
Padre/madre/tutor(a):	Teléfono celular:
Su hijo ha recibido o recibe actualmente los siguientes servicios: <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> PT En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo?	
¿Quién pidió la evaluación? <input type="checkbox"/> Yo mismo/Uno de los padres <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Otro:	
Médico de cabecera:	Teléfono:
Médico especialista:	Teléfono:
Hospital:	Teléfono:
Clínico con sillas de ruedas/equipos:	Teléfono:
Ortopedista:	Teléfono:

Diagnóstico médico: (incluyen alergias) _____

Historial médico anterior (incluye fechas)

Cirugía (operación): _____ Enfermedad/hospitalización: _____

Medicamentos: (incluyen suplementos o una dieta especial) _____

¿Fueron típicos el embarazo y el nacimiento? Sí No Describa: _____

parto prematuro: N.º de semanas _____

Indique la edad aproximada a la que su hijo pudo:

voltearse: _____ sentarse solo: _____ gatear: _____ caminar: _____ decir palabras: _____

¿Cómo describiría a su hijo? ¿Cuáles son los puntos fuertes, habilidades e intereses de su hijo?

¿Cuales son sus mayores preocupaciones sobre el rendimiento académico de su hijo en la escuela?

Describa la habilidad de su hijo para completar la tarea para el hogar. ¿Qué estrategias, si es que hay, usted utiliza?

¿Cómo usted espera que la terapia a nivel escolar pueda ayudar a su hijo?

Por favor marque lo que sea pertinente al entorno de su hogar:

hogar apartamento escaleras: n.º de pisos _____ ascensor accesible a sillas de ruedas

¿Cómo su hijo va a la escuela y cómo volverá a casa? a pie (caminando) en automóvil en autobús/tren otro:

¿En qué actividades fuera de la escuela participa su hijo? juega con amigos o familiares

deportes o clubes eventos comunales o sociales trabajo o voluntariado visitas médicas y terapéuticas

Por favor describa lo siguiente:

Revise los dispositivos de asistencia o tecnología que su hijo utiliza: interruptor procesamiento de textos/computadora portátil

ortodoncia bastón muletas andador (*walker*) silla de ruedas vertical (*stander*) silla de paseo (*stroller*) silla de ruedas otro:

Marque los ítems que su hijo puede hacer por su cuenta:

<input type="checkbox"/> acostarse y levantarse de la cama	<input type="checkbox"/> usar utensilios para comer
<input type="checkbox"/> levantarse de una silla o silla de ruedas	<input type="checkbox"/> beber de una taza
<input type="checkbox"/> moverse en casa	<input type="checkbox"/> prepararse una merienda o un sándwich
<input type="checkbox"/> expresar sus necesidades	<input type="checkbox"/> vestirse <input type="checkbox"/> manejar sujetadores
<input type="checkbox"/> realizar quehaceres domésticos	<input type="checkbox"/> cruzar la calle
<input type="checkbox"/> utilizar escaleras	<input type="checkbox"/> tomar el autobús o el tren
<input type="checkbox"/> usar el baño	<input type="checkbox"/> ir a la tienda para hacer una compra y contar el cambio
<input type="checkbox"/> manejar sus necesidades de aseo personal e higiene	<input type="checkbox"/> cargar artículos o una mochila de libros

Marque los ítems que se apliquen a su hijo:

<input type="checkbox"/> débil, se cansa fácilmente	<input type="checkbox"/> inquieto, hiperactivo
<input type="checkbox"/> lento	<input type="checkbox"/> propenso a distraerse
<input type="checkbox"/> torpe	<input type="checkbox"/> se frustra fácilmente, hace berrinches
<input type="checkbox"/> se cae mucho: ¿cuán a menudo? _____	<input type="checkbox"/> no le gusta la escuela
<input type="checkbox"/> evita actividades físicas	<input type="checkbox"/> le cuesta hacer amigos
<input type="checkbox"/> casi siempre ve televisión o juega videojuegos	<input type="checkbox"/> tiene dificultades para completar trabajos
<input type="checkbox"/> le cuesta subir las escaleras	<input type="checkbox"/> no duerme bien
<input type="checkbox"/> le cuesta bajar las escaleras	es sensible al:
<input type="checkbox"/> le cuesta caminar	<input type="checkbox"/> tacto <input type="checkbox"/> sonido <input type="checkbox"/> olor <input type="checkbox"/> cambio en su rutina