

Estimado padre o guardián,

Mi nombre es Mindy Hoholik y soy la Terapeuta Ocupacional que evaluará a su hijo/a. Espero poder brindar servicios que ayudarán a su hijo/a a adquirir habilidades y conocimientos que facilitarán una mayor independencia al completar las actividades diarias. Por favor conteste las siguientes preguntas, así como el **Perfil Sensorial** para obtener la información necesaria acerca de su hijo/a, determinar los objetivos más apropiados, y abordar cualquier inquietud que pueda tener con respecto al desarrollo de su hijo/a.

Atentamente,

Mindy Hoholik, MS, OTR/L

Formulario de Admisión para Pacientes Pediátricos

Nombre del niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del padre /guardián con quien vive el /la menor: _____

Cuidador primario del menor: _____

Número de hermanos y sus edades: _____

Idiomas hablados en el hogar: _____

¿Vive en una casa o un apartamento? _____ ¿Cuántos pisos tiene? _____

EMBARAZO DE LA MADRE (de este menor solamente)

¿Tuvo usted complicaciones durante el embarazo? _____ Si su respuesta es sí, por favor explique:

¿El embarazo llegó a su término o fue prematuro? _____ Si fue prematuro, ¿en qué mes de gestación nació? _____

Peso al nacer: _____ lbs. _____ oz.

¿Tuvo usted o el bebé algún problema antes, durante, o después del nacimiento? _____

Si su respuesta es sí, por favor explique: _____

HISTORIA DEL DESARROLLO DEL MENOR

¿A qué edad hizo su hijo/a las siguientes actividades?

Sentarse solo/a: _____ Comer solo/a con una cuchara / tenedor: _____

Gatear: _____ Decir su primera palabra: _____

Ponerse de pie: _____ Decir su primera frase: _____

Caminar: _____ Entrenado para ir al baño: _____

¿Su hijo duerme toda la noche? _____ ¿Cuántas horas por noche? _____

¿Toma siestas en el día? _____

HISTORIAL MÉDICO

Fecha de la última revisión médica: _____ Altura: _____ Peso: _____

¿Su hijo/a ha sido hospitalizado/a? Si su respuesta es sí, por favor explique: _____

¿Su hijo/a tiene convulsiones? _____

¿Su hijo/a ha tenido alguna enfermedad grave? _____

¿Su hijo/a toma medicamentos a diario? _____ Si su respuesta es sí, por favor provea el nombre de cada medicamento, la dosis, y la razón por la que lo toma: _____

¿Su hijo/a es alérgico/a a algún alimento o medicamento? _____ Si su respuesta es sí, por favor enumérelos todos: _____

¿Su hijo/a tiene una dieta especial o restringida? _____

¿Tiene su hijo/a algún problema a la hora de comer o preocupaciones con la comida? _____

FUNCIONAMIENTO ACTUAL

**Por favor circule SI o NO para las siguientes tareas según las habilidades actuales de su hijo/a.*

ALIMENTARSE O COMER

Se alimenta con los dedos	SI	NO
Se alimenta con una cuchara (sin derramar)	SI	NO
Recoge y bebe de una copa sin tapa	SI	NO
Mastica bien	SI	NO
Distingue lo comestible de lo no comestible	SI	NO
Chupa a través de un absorbente /pajilla	SI	NO
Usa o empieza a usar un tenedor y cuchillo	SI	NO
Extiende alimentos blandos con un cuchillo de mesa	SI	NO
Desenvuelve o abre paquetes de comida	SI	NO
Busca su propia bebida y sabe verterla	SI	NO
Se sirve su comida o merienda independientemente	SI	NO

ASEO

Indica necesidad de ir al baño	SI	NO
Se mantiene seco/a entre ir al baño regularmente	SI	NO
Tiene deposiciones regulares (defeca regularmente)	SI	NO

Se mantiene seco/a durante la noche	SI	NO
Va al baño independientemente, excepto para limpiarse	SI	NO
Se puede vestir solo/a después de usar el baño	SI	NO
Se limpia solo/a después de usar el baño	SI	NO

VESTIRSE

Se quita el sombrero, calcetines, o guantes al pedírselo	SI	NO
Coopera al cambiar pañales y al vestirle, moviendo las extremidades	SI	NO
Se desviste por completo, excepto los sujetadores	SI	NO
Distingue el frente de la ropa de la parte posterior	SI	NO
Desabrocha y cierra cremalleras grandes ya enganchadas por un adulto	SI	NO
Engancha cremalleras independientemente	SI	NO
Se pone y se quita camisetas independientemente	SI	NO
Se pone los calcetines y se calza los zapatos independientemente	SI	NO
Se viste solo/a excepto los sujetadores difíciles	SI	NO

HIGIENE / ARREGLO PERSONAL

Trata de cepillarse el cabello	SI	NO
Se cepilla / peina su propio cabello	SI	NO
Se limpia o lava su cara solo/a	SI	NO
Coopera con el lavado de sus dientes	SI	NO
Se lava sus dientes independientemente	SI	NO
Se sacude y limpia su nariz cuando se le pide	SI	NO
Se cubre la boca al toser	SI	NO
Se aplica el antiperspirante independientemente	SI	NO
Se baña bajo supervisión	SI	NO
Abre y cierra la llave del agua	SI	NO
Agarra el jabón y toallas de papel	SI	NO
Se lava y seca las manos independientemente	SI	NO

INFORMACION SOBRE SU HIJO/A

¿Su hijo/a asiste a algún programa escolar? _____ Si asiste, ¿a cuál? _____

_____ Nivel / grado: _____

¿Su hijo/a recibe servicios especiales en la escuela? Si los recibe, por favor descríbalos: _____

¿Su hijo/a ha recibido terapia ocupacional en el pasado? Si la recibió, ¿por cuánto tiempo? _____

¿Cómo piensa que su hijo aprende mejor? _____

¿Su hijo/a puede separarse fácilmente de usted? _____

¿Cuáles son los puntos de fuertes de su hijo/a? _____

¿Cuáles son los puntos débiles de su hijo/a? _____

¿Cuál es la actividad favorita de su hijo en la casa? _____

¿Por cuánto tiempo es capaz de prestar atención en una actividad? _____

¿Cómo interactúa su hijo/a con otros adultos? _____

...con otros niños? _____

¿Su hijo/a tiene quehaceres en la casa? Por favor enumérelos todos: _____

¿Usted piensa que su hijo/a tiene problemas de comportamiento o emocionales? _____

De ser así, por favor explique: _____

¿Su hijo/a se puede volver agresivo/a (como pegar, morder, rasguñar, o alguna otra forma de agresión) hacia los demás o hacia sí mismo? _____ De ser así, por favor explique: _____

¿Hay algún problema o alguna preocupación que no se haya citado previamente y usted piensa que debe ser mencionada? _____

¿Puede usted traer a su hijo/a a terapia hasta tres veces por semana? _____

IMPORTANTE: Por favor díganos qué metas tiene usted para su hijo/a: _____

Este cuestionario fue contestado por: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Gracias por contestar este cuestionario.