



Springdale Clinic
2070 McKenzie St. Suite C. Springdale, AR 72762
(P) (479)750-7778 (F)(479)750-7708

Rogers Clinic
5507 W. Walsh Ln. Suite 102 Rogers, AR 72758
(P) (479) 367-2806 (F) (479) 367-2648

Nuevo paquete de preevaluación del paciente

***Instrucciones:** Complete y devuelva este paquete antes de la evaluación de su hijo. La terapia pediátrica de Jarvis requiere esta información con el fin de completar la evaluación de su hijo con la mejor información. Este paquete se requiere antes de la evaluación. No proporcionar estos documentos puede resultar en un examen incompleto o la cancelación de la evaluación. Puede haber información adicional para completar. **Es muy importante que llegue a tiempo.**

Si corresponde, envíe también:

1. Copia de los resultados de las pruebas de audición o visión
2. Copia de IEP o 504
3. Evaluaciones de terapia anteriores
4. Copia de la tarjeta de seguro



Springdale Clinic
2070 McKenzie St. Suite C. Springdale, AR 72762
(P) (479)750-7778 (F)(479)750-7708

Rogers Clinic
5507 W. Walsh Ln. Suite 102 Rogers, AR 72758
(P) (479) 367-2806 (F) (479) 367-2648

Información del Paciente

Nombre de niño: _____
Apellido Primer Segundo

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____

Nombres de padres: _____
Madre Padre

Dirección de casa: _____

Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Trabajo de padre: _____ Teléfono de trabajo: _____

Trabajo de madre: _____ Teléfono de trabajo: _____

Nombre del médico de atención primaria: _____

Nombre de clínica: _____

Teléfono: _____

Seguro primario: _____ Número de identificación: _____

Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre / número del grupo de póliza: _____

Tefra/Medicaid numero: _____

Por favor tenga tarjetas de seguros disponibles en el momento de la cita.

***TODAS LAS ÁREAS DEBEN COMPLETARSE PARA FINES DE FACTURACIÓN. NO PODEMOS FACTURAR AL SEGURO/MEDICAID SIN ESTA INFORMACIÓN.**



Springdale Clinic
 2070 McKenzie St. Suite C. Springdale, AR 72762
 (P) (479)750-7778 (F)(479)750-7708

Rogers Clinic
 5507 W. Walsh Ln. Suite 102 Rogers, AR 72758
 (P) (479) 367-2806 (F) (479) 367-2648

Informacion en caso de emergencia

A quien necesitamos llamar en caso de emergencia?

- **Persona de contacto #1** _____
 Nombre relacion a nino telefono

- **Persona de contacto #2** _____
 Nombre relacion a nino telefono

Si no podemos contactar la persona, nos das permiso para contactar la policia o servicios de emergencia?

Si O No

Historial médico significativo para servicios de emergencia (como asma, diabetes, etc.)

Alergias a medicamentos / alimentos _____

Pediatra _____

Cual hospital prefieres _____

Haga lista de todos y cada uno de los adultos (que no sean usted) que TENGAN permiso para recoger a su hijo de la terapia:

Haga lista de cualquier persona que NO tenga su permiso para recoger a su hijo de la terapia:



Springdale Clinic
2070 McKenzie St. Suite C. Springdale, AR 72762
(P) (479)750-7778 (F)(479)750-7708

Rogers Clinic
5507 W. Walsh Ln. Suite 102 Rogers, AR 72758
(P) (479) 367-2806 (F) (479) 367-2648

Autorizaciones, reconocimientos y acuerdos

Nombre de niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Guardián legal _____

Autorización para evaluación y tratamiento

Autorizo la (s) evaluación (es) de terapia física (incluyendo ortopedia), del habla y /o terapia ocupacional y el tratamiento para dicho niño según la orden por el médico de mi hijo.

Firma

Fecha

Reconocimiento de prácticas de privacidad.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Jarvis Pediatric Therapy, Inc.

Firma

Fecha

Autorización para la divulgación de información médica

Yo, el padre / tutor legal del niño mencionado anteriormente, doy permiso a Jarvis Pediatric Thereapy, Inc para usar los registros médicos de mi hijo para cualquier propósito que se considere necesario.

Firma

Fecha

Consentimiento para la observación del niño y la interacción pasante / estudiante

Yo, el padre / tutor legal del niño mencionado anteriormente, entiendo que Jarvis Pediatric Therapy, Inc. es un centro de enseñanza. Doy permiso para que mi hijo sea observado a través de observaciones supervisadas realizadas como parte de una pasantía académica, práctica y / o requisito de observación para los estudiantes. Los pasantes pueden ser utilizados en una capacidad de apoyo o como asistentes administrativos. Pueden participar en actividades con mi hijo si su terapeuta está bajo supervisión directa. Al reflexionar sobre las observaciones, los estudiantes usarán códigos para proteger la identidad y el derecho a la confidencialidad de mi hijo.

Firma

Fecha



Springdale Clinic
2070 McKenzie St. Suite C. Springdale, AR 72762
(P) (479)750-7778 (F)(479)750-7708

Rogers Clinic
5507 W. Walsh Ln. Suite 102 Rogers, AR 72758
(P) (479) 367-2806 (F) (479) 367-2648

Autorización de pago y acuerdo financiero

Por favor revise el acuerdo financiero para nuestra práctica. Al firmar esta carta, acepta todos los términos que contiene.

Autorizo que el pago de los beneficios médicos se realice directamente a Jarvis Pediatric Therapy, Inc. por los servicios prestados. Entiendo que, si bien el seguro puede cubrir algunos de mis gastos, seré personalmente responsable de cualquier cosa que mi seguro no maneje. Entiendo que es mi responsabilidad comprender la cobertura y las limitaciones de mi Seguro. Estoy de acuerdo en pagar por completo o establecer un plan de pago y comenzar el pago de todos los cargos dentro de los 30 días posteriores a la recepción del estado de cuenta del paciente de mi hijo. La falta de pago de saldos pendientes dará como resultado cargos adicionales por cobros y / o honorarios de abogados.

Firma

Fecha



Springdale Clinic
2070 McKenzie St. Suite C. Springdale, AR 72762
(P) (479)750-7778 (F)(479)750-7708

Rogers Clinic
5507 W. Walsh Ln. Suite 102 Rogers, AR 72758
(P) (479) 367-2806 (F) (479) 367-2648

Autorización de hipaa

Nombre de niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente, autorizo a Jarvis Pediatric Therapy, Inc. a divulgar y obtener mi información personal identificable, incluida la información de contacto, fotografías de mi hijo, información sobre salud física y / o salud mental, condición física o mental, atención médica u otros servicios, y pago por servicios.

Entiendo que:

- Tengo derecho a una copia de este formulario
- Una copia del formulario de permiso es tan válida como el original
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Jarvis Pediatric Therapy, Inc. por escrito. Esto no afectará ninguna acción que Jarvis Pediatric Therapy, Inc. haya tomado conforme a esta autorización antes de que fuera revocada
- Si me niego a autorizar la divulgación de la información médica no relacionada de mi hijo, entonces Jarvis Pediatric Therapy, Inc. no negará los servicios.
- Una vez que se divulga la información a un tercero, de acuerdo con esta autorización, Jarvis Pediatric Therapy, Inc. no puede evitar su divulgación.
- Esta autorización no limita la capacidad de Jarvis Pediatric Therapy, Inc. de usar o divulgar la información de salud de mi hijo según lo permita la ley estatal y federal.
- La información de salud divulgada puede ser oral o escrita..

Escriba el nombre del padre / tutor legal: _____

Describir la relación con el paciente: _____

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____



Springdale Clinic
 2070 McKenzie St. Suite C. Springdale, AR 72762
 (P) (479)750-7778 (F)(479)750-7708

Rogers Clinic
 5507 W. Walsh Ln. Suite 102 Rogers, AR 72758
 (P) (479) 367-2806 (F) (479) 367-2648

Historia de paciente

Nombre de paciente: _____ Fecha: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Diagnostico: _____
 Primer idioma hablado en casa _____
 Objetivo para terapia física (Que problemas o preocupaciones tiene?)

Historia de niño

Complicaciones, enfermedades/infecciones/estres durante el embarazo _____
 Uso de drogas o alcohol durante el embarazo _____
 Cuándo descubrió la madre que estaba embarazada? _____
 Estuvo la madre de reposo en cama? _____
 Edad gestacional en semanas (pre termino/termino completo/post termino) _____
 Complicaciones durante el parte o labor? _____
 Parto vaginal o seccion de cesárea ? _____
 Peso al nacer _____ Le dio pecho? _____ Por cuanto tiempo? _____
 Problemas con la alimentación? _____
 Bebé irritable / feliz / tranquilo? _____
 De bebe tuvo problemas para dormir? _____
 Se arqueó la cabeza / espalda de bebé cuando estaba molesto _____ Colicos?
 _____ Reflujo? _____
 El bebe aumenta de peso apropiadamente? _____
 Otros comentarios _____

HISTORIA DE DESARROLLO

A cuanto tiempo el niño

- Se dio la vuelta _____
- Se sento _____
- Gatear _____
- Pararse _____
- Caminar _____
- Primera palabra _____
- Primera frase complete _____
- Usó el baño _____
- Vestirse _____
- Usar sujetadores _____
- Atar los zapatos _____



Springdale Clinic
2070 McKenzie St. Suite C. Springdale, AR 72762
(P) (479)750-7778 (F)(479)750-7708

Rogers Clinic
5507 W. Walsh Ln. Suite 102 Rogers, AR 72758
(P) (479) 367-2806 (F) (479) 367-2648

Dejo el biberon o pecho _____
Beber de la tacita _____
Dejo el chupon _____
Tomar de copa regular _____

Preocupaciones de desarrollo? _____



Springdale Clinic
 2070 McKenzie St. Suite C. Springdale, AR 72762
 (P) (479)750-7778 (F)(479)750-7708

Rogers Clinic
 5507 W. Walsh Ln. Suite 102 Rogers, AR 72758
 (P) (479) 367-2806 (F) (479) 367-2648

HISTORIA MEDICAL

Alergias? _____ Convulsiones? _____
 Lesiones? _____ Hospitalizaciones? _____
 Vision/Lentes? _____ Cirugias? _____
 Infecciones de oído? _____ Otras precauciones? _____
 Medicamentos? _____
 Terapias anteriores (que tipo y cuando?) _____
 Otros hermanos o personas de familia con discapacidades? _____
 Preocupaciones con terapia? _____
 Other medical information _____

HISTORIA SOCIAL

Quienes viven en casa con el niño?(Nombre y edad) _____
 Adoptado? A que edad? _____
 Niño vive con padres biológicos? _____
 Los padres están casados/divorciados/separados? _____
 Historia de abuso? _____
 Otros estreses en la vida del niño (muerte, enfermedad, cambio de la situación de vida, etc.) _____
 El niño juega con sus compañeros adecuadamente? _____
 El niño tiene amigos? _____
 Niño participar en juegos de simulación? _____ Niño hace contacto con los ojos? _____
 Obtienen los niños problemas en casa frecuentemente? _____
 Pasatiempos de los niños _____
 Otras preocupaciones sociales _____

HISTORIA DE ESCUELA

Asiste su hijo a la escuela o guardería? (Nombre) _____
 Su niño toma una siesta durante el día?(Si, donde?) _____
 Qué hace el niño durante el día? _____
 Nombre de maestra? _____
 El niño repitió un grado? _____ Grado? _____
 Cuántos maestros / niños hay en la clase de su hijo? _____
 En qué está trabajando su hijo en la escuela? _____
 Puede escribir legiblemente? _____
 Se meta en problemas en la escuela/guardería ? _____
 Está su hijo en un plan IEP o 504? _____



Otras preocupaciones de la escuela _____

Springdale Clinic
 2070 McKenzie St. Suite C. Springdale, AR 72762
 (P) (479)750-7778 (F)(479)750-7708

Rogers Clinic
 5507 W. Walsh Ln. Suite 102 Rogers, AR 72758
 (P) (479) 367-2806 (F) (479) 367-2648

Autocuidado:

El niño puede:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Ponerse la ropa _____ | Quitarse la ropa _____ |
| Ponerse zapatos / calcetines _____ | Quitarse zapatos/calcetines _____ |
| Desabrochar camisa/pantalón _____ | Amarrar zapatos _____ |
| Descomprimir pantalones/abrigos _____ | Cepillar los dientes _____ |
| Cepillar el pelo _____ | Alimentarse _____ |
| Usa un tenedor _____ | Beber de una taza _____ |
| Hacer un sandwich _____ | Usa el microondas _____ |

Permisos para refrigerios y / o premios en la clínica.:

- Hay comida en la clinica por varias razones (cumpleanos de los ninos, donas o pastel para el reconocimiento del personal, durante los días festivos, galletas Goldfish para refuerzo en terapia, alimentos de la sala de terapia de alimentación, etc.). Además de cualquier alergia que ya se haya indicado en la documentación de admisión del paciente, infórmenos si a su hijo se le permite o no recibir alimentos mientras está en Jarvis.

_____ **SI**, mi hijo. puede recibir bocadillos/comida mientras está en Jarvis
 _____ **NO**, se le permite a mi hijo recibir bocadillos/comida mientras está en Jarvis.

Comentarios:

- Ofrecemos a todos los niños la opción de un premio de caja del tesoro o un dulce como premio por trabajar duro en la terapia. En OT, el chicle para mascar es una práctica común. Por favor déjanos sabersaber si su hijo NO tiene permiso para que tenga premio, chicle, o dulce durate su tiempo aqui en Jarvis.

_____ **Si**, mi hijo puede recibir premios de la caja del tesoro mientras está en Jarvis.
 _____ **NO**, mi hijo NO puede recibir premios de la caja del Tesoro mientras esta en Jarvis.
 _____ **YES**, mi hijo puede recibir chicle o dulces en Jarvis.



NO, mi hijo NO puede recibir chicle o dulces en Jarvis.

Springdale Clinic
2070 McKenzie St. Suite C. Springdale, AR 72762
(P) (479)750-7778 (F)(479)750-7708

Rogers Clinic
5507 W. Walsh Ln. Suite 102 Rogers, AR 72758
(P) (479) 367-2806 (F) (479) 367-2648

Comentarios: _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre de cliente:	
Fecha de nacimiento:	
Nombre de padre:	

Por la presente autorizo a Jarvis Pediatric Therapy a compartir información con las siguientes personas/organizaciones:

	Tipo de facilidad	Nombre de Facilidad
	Hospital	
	Escuela	
	Compania de terapia	
	Centro de desarrollo	
	Médico	
	Otro	

Esta autorización se aplica a:

	Informacion
	Evaluación de logopedia
	Evaluación de terapia ocupacional
	Evaluación de fisioterapia
	Evaluación de desarrollo
	Evaluación psicoeducativa
	Prueba de coeficiente intelectual
	Deglución de bario modificado (MBS)
	Coordinación de la atención con el personal escolar.
	Coordinación de la atención con la terapia de alimentación.
	Otro:

Firma de padre

Fecha

Esta autorización expira: _____



POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO SI ANTICIPA UNA EVALUACIÓN DE HABLA

Hay 9 áreas enumeradas a continuación que se abordan comúnmente en la terapia del habla. Marque X en áreas con las que cree que su hijo tiene dificultades.

***HABLA**

- dice sonidos incorrectamente
- deja sonidos apagados
- es difícil de entender
- no puede repetir el sonido correcto
- ceceros
- no hace ningún sonido
- otro: _____
- _____
- _____

Voz

- calidad vocal anormal
- calidad nasal a la voz
- ronca
- calidad vocal transpirable
- aclaramiento constante de la garganta
- problemas de control de volumen
- otro: _____
- _____
- _____

COGNICIÓN

- mala memoria
- incapacidad para resolver problemas
- poca atención
- desestructurado
- pensamiento rígido, no flexible
- problemas de comportamiento (específicos)
- pobre control emocional
- otro: _____

***RECEPTIVO**

IDIOMA

- no sigue instrucciones
- parece no entender
- no puedo elegir
- no puedo responder preguntas
- vocabulario limitado
- no siempre responde
- no puede identificar objetos
- luchando en la escuela
- otro: _____
- _____

*** LENGUAJE
EXPRESIVO**

- no habla aun
- no gesticula
- usa gramática incorrecta
- dificultad para expresarse
- no repetirá
- no puedo formular una oración
- no etiqueta objetos
- dificultad para hacer preguntas
- no puede volver a contar una historia
- expresión escrita limitada
- otro: _____
- _____

LITERATURA

- problemas de mezcla de sonido
- dificultad para rimar
- palabras limitadas
- otro: _____

FLUIDEZ

- habla demasiado rápido
- habla demasiado lento
- repite sonidos "g g g gato"
- tartamudea
- tropieza con las palabras
- otro: _____
- _____

PRAGMÁTICA

- se desvía fácilmente del tema
- dificultad para hacer amigos
- contacto visual mínimo o nada
- declaraciones aleatorias
- inapropiado
- no juega con otros
- lucha con señales sociales
- mínimas señales no verbales
- otro: _____
- _____

*** ALIMENTACIÓN /
MOTOR ORAL**

- delicado para comer
- rechaza grupos enteros de alimentos
- no mastica comida
- babea
- empuje de lengua
- bolsillos de comida en la boca
- tos, arcadas, ahogo
- otro: _____
- _____



Cuestionario de procesamiento sensorial y control motor

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Puntuación: Use una "X" para marcar los elementos que se aplican a su hijo, eliminando / modificando partes de los elementos según corresponda. Marque "XX" en los elementos que son áreas de especial preocupación para usted. Use "P" para marcar los elementos que solían ser un problema, pero ahora está resuelto. Agregue comentarios, ejemplos, información reportada por otros e información adicional en el lado derecho del mago al lado del artículo. Incluya información reportada por el maestro sobre el comportamiento escolar.

Vestibular (Movimiento y balance)

- ___ Dificultad para quedarse quieto _____
- ___ Se emociona demasiado después de la actividad de movimiento _____
- ___ Preocupado por el movimiento; busca movimientos intensos: giros, rebotes, saltos, rocas
- ___ Evita el movimiento de equipos en el patio de recreo _____
- ___ Juega en _____ en el patio de recreo
- ___ Sacude la cabeza vigorosamente, asume la posición boca abajo con frecuencia _____
- ___ Incómodo en ascensores, escaleras mecánicas o tiene mareo por movimiento
- ___ Mareos o náuseas excesivos por balancearse, girar o conducir un automóvil _____
- ___ Mala negociación en superficies irregulares _____
- ___ Pierde el balance fácilmente; temeroso a los cambios de balance
- ___ Cuando era un bebé, solía arquearse hacia atrás cuando lo sostenía o lo movía _____
- ___ Evita actividades en las que los pies dejan el suelo.
- ___ Miedo a caer cuando no existe un peligro real _____
- ___ Viaja fácilmente; torpe / descoordinado _____
- ___ Mal sentido del ritmo
- ___ Miedo a las alturas o la escalada _____
- ___ Temeroso o resistente al subir o bajar escaleras (busca mano, baranda o paredes)
- ___ No le gusta ser movido
- ___ Resiste tener la cabeza inclinada hacia atrás _____
- ___ Temeroso de ser arrojado al aire o al revés
- ___ Se mueve rígidamente, como una sola unidad
- ___ Mantiene la cabeza erguida cuando se inclina o se inclina; no le gustan los veranos



Control de la motricidad gruesa-propiocepción (conciencia y función muscular y articular)

- Dificultad para saltar ____, brincar ____, salto a la comba ____, correr ____, comparado con otros de su edad
- Dificultad para moverse; es lento cuando se mantiene la postura
- Incapaz de jalar las barras de mono con flexión de brazos y piernas mientras se mueve de barra en barra
- Evita la participación apropiada para la edad en actividades motoras gruesas grupales
- Parece rígido y torpe en los movimientos; rigidez de cabeza, cuello y hombros _____
- Torpe __ Confundido cómo mover el cuerpo __ Choca contra cosas __ Se cae de la silla
- Tendencia a confundir a derecha e izquierda al seguir instrucciones verbales
- Reacio a participar en el patio de recreo; busca adultos en su lugar _____
- No extiende los brazos al caer para proteger la cabeza _____
- Dificultad para calificar el movimiento; usa muy poco __ o demasiado poder / fuerza __
- Postura inestable, fácilmente desequilibrada _____
- Tiende a desplomarse en la silla con el respaldo redondeado, la cabeza hacia adelante y el cuello extendido
- Apoya la cabeza en la mano o apoya la cabeza en el antebrazo
- Prefiere __ Evita los alimentos crujientes o masticables _____
- Evita los dispositivos vibratorios (cortapelos de barbero, cepillos de dientes eléctricos) _____
- Camina de puntillas con frecuencia _____
- Arrastra los pies o el mal patrón del talón-pie al caminar
- Postura de base amplia
- Gira todo el cuerpo para mirar a una persona u objeto
- Resiste nuevos desafíos físicos, diciendo "No puedo" sin intentarlo _____
- Parece más débil o se cansa más fácilmente que sus compañeros _____
- Parece letárgico _____
- Busca juego sedentario
- Se apoya en objetos / personas para la estabilidad
- Agarre débil
- No puede levantar objetos pesados, evita trabajos pesados _____
- Se mueve con ráfagas rápidas de actividad en lugar de movimiento sostenido
- Logra la postura de pie empujando el piso con las manos. _____
- Se sienta en W (se sienta con la parte inferior en el piso entre las piernas con las rodillas dobladas)
- Articulaciones flojas _____
- Se derrumba sobre los muebles
- Busca estimulación vibratoria _____
- Anhela caer o luchar
- Con frecuencia da __ solicitudes __ abrazos firmes o prolongados
- Juega toscamente con personas u objetos. _____



- ___ Busca oportunidades para caer, choca contra cosas _____
- ___ Golpea los pies en el suelo al caminar _____
- ___ Patea los talones contra el piso o la silla _____
- ___ Golpea palos u otros objetos a lo largo de la pared o cerca _____
- ___ Nudillos de grietas _____
- ___ Aprieta la mandíbula al aplicar esfuerzo con las extremidades _____
- ___ Rechina o aprieta los dientes, muerde o mastica objetos o ropa _____

Función táctil

- ___ Reacción excesiva a la sensación de tacto ligero (ansiedad, hostilidad, agresión) _____
- ___ Como un bebé, no calmado por caricias _____
- ___ Dificultad para estar en la fila o cerca de otras personas _____
- ___ Tiempos cuando se acaricia cariñosamente _____
- ___ Reacción negativa al tacto invisible y no visto _____
- ___ La ropa cubre todo el cuerpo sin importar el clima _____
- ___ Usa ropa mínima independientemente del clima _____
- ___ Evita ciertas texturas de ropa, materiales. _____
- ___ Evita poner las manos en sustancias sucias / ensuciarse _____
- ___ Participa en comportamientos autolesivos Lista: _____
- ___ Le gusta estar bien envuelto en sábanas o mantas, busca espacios reducidos _____
- ___ Participa en comportamientos autoestimuladores) Lista: _____
- ___ Se ajusta con frecuencia la ropa como si se sintiera incómoda _____
- ___ Se para demasiado cerca de las personas hasta un punto de irritación. _____
- ___ Toca todo, no se puede mantener las manos _____
- ___ Ninguna respuesta aparente a ser tocado o golpeado _____
- ___ Evita ambientes ocupados e impredecibles. _____
- ___ Intento de controlar / manipular para mantener el entorno predecible _____
- ___ Resistente a las actividades de aseo personal, como corte de pelo, corte de uñas, otros, Lista: _____
- ___ Reacción extrema a las cosquillas _____
- ___ Examina los objetos colocándolos en la boca _____
- ___ Aparece bajo ___ sobre ___ sensible al dolor _____
- ___ Los calcetines deben ser perfectos: sin costuras arrugadas o retorcidas _____
- ___ Reflejo nauseoso hipersensible _____
- ___ Delicado para la comida: lista de preferencias de comida: _____
- ___ Se limita a alimentos / temperaturas particulares. Lista: _____
- ___ Las manos parecen ser apéndices desconocidos _____
- ___ Dificultad para identificar qué parte del cuerpo se toca cuando los ojos están cerrados _____
- ___ desordenado para ponerse la ropa _____



- ___ Zapatos usados sueltos, desatados o con los pies equivocados _____
- ___ Incapaz de identificar objetos familiares a través de tocarlo _____
- ___ Poca conciencia de las relaciones entre las partes del cuerpo _____
- ___ Frota o rasca un punto que ha sido tocado _____
- ___ Evita ___ Busca descalzo en superficies texturizadas (hierba, arena) _____

Auditivo

- ___ Demasiado sensible a ruidos fuertes o ruidos _____
- ___ Sobre reacciona a ruidos inesperados o fuertes (sirenas, etc.) _____
- ___ Miedo irracional a los electrodomésticos ruidosos _____
- ___ Cubre orejas para bloquear la entrada auditive _____
- ___ Escucha sonidos que otros no escuchan o antes de que otros lo noten _____
- ___ Sensible a ciertos tonos de voz _____
- ___ "Desconectarse" o ignora los sonidos cercanos _____
- ___ No puede prestar atención cuando hay otros sonidos cerca _____
- ___ Solo puede funcionar con estéreo o TV _____
- ___ Plano; voz monótona _____
- ___ Incapaz de cantar en sintonía _____
- ___ Hums, canta suavemente, "autodiálogo" a través de una tarea _____
- ___ El lenguaje es difícil de entender _____
- ___ El volumen de la voz es demasiado bajo ___ demasiado alto _____
- ___ Necesita señales visuales para responder a comandos o solicitudes verbales _____
- ___ Necesita un mayor volumen para responder _____
- ___ Palabras mal pronunciadas (bisgetti, revista, etc.) _____
- ___ No responde cuando se le llama por nombre _____
- ___ Desatento a lo que se dice _____
- ___ Se inquieta mientras escucha _____
- ___ Malinterpreta lo que dices _____
- ___ Tiene dificultad para recordar melodías _____
- ___ Confunde palabras que suenan similares _____
- ___ No parece escuchar el principio ____, el medio ____, el final ___ de una declaración _____
- ___ Con frecuencia le pide que repita lo que ha dicho _____
- ___ Respuestas lentas o demoradas _____
- ___ Dificultad para secuenciar el orden de los eventos al contar una historia / describir un evento _____
- ___ Tiene dificultad para encontrar palabras para usar; discurso vacilante _____
- ___ Tendencia a tartamudear _____
- ___ No precisa en la selección de trabajo _____
- ___ Uso limitado de vocabulario descriptivo _____
- ___ Participa poco en conversaciones _____
- ___ Disfruta de ruidos extraños o repite el mismo sonido una y otra vez _____



- ___ Busca juguetes u objetos que emitan sonidos _____
- ___ Anhela música o otros sonidos específicos _____

Control Oculo-Motor y Percepción Visual

- ___ Mala percepción de profundidad; ejemplos: se agacha cuando se acerca la pelota, dificultad con las escaleras _____
- ___ Poca conciencia del espacio en relación con las cosas que rodean a uno mismo _____
- ___ Al leer, omite palabras / líneas ____, pierde el lugar ____, lee lentamente ____, usa el dedo como marcador _____
- ___ Mala comprensión lectora _____
- ___ Letra / número / inversión de palabras _____
- ___ Demasiado sensible a las luces / luz solar _____
- ___ Dificultad para seguir un objetivo en movimiento sin mover la cabeza _____
- ___ Pobre monitoreo visual de la mano al escribir / manipular objetos _____
- ___ Mal contacto visual _____
- ___ No le gusta tener visión ocluida o estar en la oscuridad _____
- ___ Dificultad con alojamiento cercano / lejano (copiando de la pizarra) _____
- ___ Entrecierra los ojos ____, ojos inyectados en sangre ____, lágrimas en los ojos ____, levanta las cejas, frota los ojos _____
- ___ Se pierde fácilmente, tiene poco sentido de dirección _____
- ___ Pobre monitoreo visual del ambiente _____
- ___ Hipervigilante o distraído visualmente _____
- ___ Dificultad con ____ o disfruta de ____ rompecabezas _____
- ___ Escritura ilegible ____ poco espaciada / lugares en línea o página _____
- ___ No le gusta ____ o disfruta ____ dibujar _____
- ___ Dificultad para encontrar objetos en entornos complejos _____
- ___ Sobreestimulado por un ambiente visual ocupado _____
- ___ Mantiene los ojos demasiado cerca del trabajo _____
- ___ Inclina la cabeza ____, apoya la cabeza ____, apoya la cabeza en el brazo con el escritorio _____
- ___ Utiliza visión periférica más que central _____



Control de motor fino

- Derecha Izquierda diestra
- Cambia de manos: es principalmente entregado _____
- Mala postura del escritorio (se desploma, se apoya en el brazo, la cabeza está demasiado cerca del trabajo, se inclina de lado a lado) _____
- Dificultad para agarrar o maniobrar las Tijeras _____
- Dificultad para cortar líneas _____
- Dificultad para dibujar , colorear , trazar , copiar o evitar estas actividades
- Dificultad para usar ambas manos para: hacer el mismo movimiento , hacer diferentes movimientos con cada mano _____
- Movimientos corporales excesivos mientras está sentado en el escritorio _____
- Las líneas de lápiz son demasiado pesadas , livianas o tambaleantes
- Dificultad para dibujar formas, letras o números por edad _____
- El patrón de agarre del lápiz es inmaduro , demasiado apretado o demasiado suelto
- Cambia el patrón de agarre en el lápiz y otras herramientas _____
- Alineación atípica del papel al dibujar o escribir _____
- No estabiliza el papel al dibujar o escribir _____
- Dificultad para colorear dentro de las líneas _____
- Dificultad para manejar cierres y atar zapatos _____

Sabor y Olor

- Altamente sensible a olores comunes u olores débiles que otros no notan _____
- No parece notar olores desagradables _____
- No saboreará la comida antes de olerla y aprobar su olor _____
- Prefiere alimentos blandos , alimentos altamente sazonados _____
- Hipersensible a los olores corporales, como el aliento o los aromas de perfumes, jabones, etc _____
- Tiende a centrarse demasiado en el sabor u olor de los artículos no alimentarios _____

Chupa, Traga, Respira Sincronía

- Dificultad para usar popote , soplar burbujas _____
- Pobre cierre de labios en los utensilios al comer y beber _____
- Limitado en habilidad con juguetes de golpe _____
- Capaz de silbar _____
- Mal control de la saliva; babeando _____
- Empujes de la lengua _____
- Se ahoga fácilmente en líquidos y / o sólidos _____
- Patrón de respiración superficial _____
- Mantiene el aliento para hablar, tiende a jadear por aire _____
- Discurso "Breathy" _____
- Volumen de voz apenas audible _____

Autocuidado

- ___ Se alimenta perfectamente con utensilios para comer _____
- ___ Prefiere comer con los dedos ____, es un comedor desordenado _____
- ___ Dificultad para desvestirse ____; Incapaz de desvestirse _____
- ___ Dificultad para vestirse ____; Incapaz de vestirse _____
- ___ Los broches ____, las cremalleras ____, los botones ____, son difíciles ____, o imposibles de manejar _____
- ___ Se baña ____, puede lavarse el cabello ____, puede cepillarse los dientes ____, independientemente _____

Rogers Clinic

5507 W. Walsh Ln. Suite 102 Rogers, AR 72758
(P) (479) 367-2806 (F) (479) 367-2648

Planificación motora y coordinación motora bilateral

- ___ Propenso a accidents _____
- ___ Rotación limitada de la pelvis y / o cintura escapular alrededor del núcleo central del cuerpo _____
- ___ Mala coordinación de manos y / o piernas para movimientos simétricos ____ asimétricos _____
- ___ Mala formación de ojos _____
- ___ Dificultad para realizar dos tareas diferentes al mismo tiempo (cortar carne con cuchillo y tenedor, sostener y girar el papel mientras se corta con tijeras) _____
- ___ Dificultad para cruzar la línea media del cuerpo con la cabeza o las extremidades _____
- ___ Inversión de letras / números _____
- ___ Mala velocidad de lectura y / o comprensión _____
- ___ Ambidestreza / dominio mixto de manos _____
- ___ Dificultad con secuencias de acción proyectadas (atrapar una pelota, batear una pelota) _____
- ___ Dificultad para realizar una nueva estrategia de respuesta motora, en oposición a una estrategia habitual _____
- ___ Dificultad con el tiempo ____, ritmo ____, secuenciación de movimientos _____
- ___ Enfoque desorganizado o ineficiente de las tareas _____
- ___ Prefiere hablar a hacer _____
- ___ Problemas en la construcción y / o manipulación de materiales _____
- ___ Mala articulación _____
- ___ Déficit de escritura _____
- ___ Incapaz de concebir y organizar un plan de acción _____
- ___ Insuficiente conciencia del esquema corporal _____
- ___ Capacidad inmadura de dibujar a una persona _____
- ___ Ineficiente / desorganizado con habilidades de autoayuda _____
- ___ Mal control ____, fino ____, control motor del cuerpo al intentar nuevas actividades _____
- ___ Confunde izquierda y derecha _____
- ___ Dificultad con señales verbales para moverse o posicionar el cuerpo o para jugar "Simon Says" _____
- ___ Dificultad para posicionarse directamente en los muebles / equipos _____
- ___ Mala coordinación ojo-mano _____

___ No adapta la postura del cuerpo a las demandas de actividad _____
___ Movimiento extraño relativo a las demandas de la tarea _____

Emociones / Comportamientos sociales

___ No puedo sentarme quieto; es hiperactivo _____
___ Impulsivo, no piensa antes de actuar _____
___ Poca habilidad para cambiar de marcha; comportamiento autorregulado
___ Se distrae fácilmente, dificultad para mantenerse en la tarea a menos que haga algo de particular interés _____
___ Intenso, explosivo o propenso a las rabietas _____
___ Muestra agresión hacia uno mismo ___ o hacia otros ___
___ Fácilmente frustrado ___, ansioso ___, abrumado ___
___ Se aferra, se queja o llora fácilmente _____
___ Terco, inflexible o poco cooperativo _____
___ Mal contacto visual _____
___ Pobre autoconcepto / baja autoestima _____
___ Muy sensible / no puedo soportar las críticas _____
___ Sentimientos de fracaso o frustración _____
___ Se rinde fácilmente _____
___ Pobres ciclos de sueño / vigilia _____
___ ___ Inquieto, ___ profundo, ___ ligero, durmiente
___ Dificultad para tomar decisiones ___; necesita orientación para tomar buenas decisiones
___ Temeroso (de qué) _____

___ No se puede ajustar a los cambios en la rutina _____
___ Lento o incapaz de hacer transiciones oportunas _____
___ Prefiere compañía de adultos o niños mayores _____
___ Fácilmente desanimado o deprimido _____
___ Disfruta de los deportes de equipo _____
___ Tiende a ser un líder ___, seguidor ___, solitario _____
___ Pobre perdedor _____
___ No puede ver el humor en situaciones _____
___ Necesita más protección contra la vida que sus compañeros _____
___ Dificultad para expresar emociones verbalmente _____

___ Demasiado serio _____
___ Activo, extrovertido, entusiasta _____

Otros comentarios:

Springdale Clinic

2070 McKenzie St. Suite C. Springdale, AR 72762
(P) (479)750-7778 (F)(479)750-7708

Rogers Clinic

5507 W. Walsh Ln. Suite 102 Rogers, AR 72758
(P) (479) 367-2806 (F) (479) 367-2648
