

Patient Name

DOB:

MR #

**UW Health** uwhealth.org  
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**Cuestionario Sensomotor de Terapia  
Ocupacional**

Fecha de la Evaluación: \_\_\_\_\_

*Historial Social:* ¿Quién vive en el hogar(es) del niño?

**\*\* ¿Cuáles son las áreas que principalmente le preocupan en cuanto a terapia ocupacional? \*\***

*Historial Médico y de Desarrollo:*

1. ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo, el trabajo de parto y/o el parto en sí?

2. ¿Cómo era su niño de bebé? ¿Era un bebé contento? ¿Cuándo empezó a dormir toda la noche completa? ¿Comía bien? ¿Tuvo problemas para chupar o para aceptar comidas nuevas? ¿Le gustaba que lo cargaran?

3. ¿Alcanzó las etapas de desarrollo a su debido tiempo? Si la respuesta es no, explique.

Patient Name

DOB:

MR #

**UW Health** uwhealth.org  
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**Cuestionario Sensomotor de Terapia  
Ocupacional**

4. ¿Tiene su niño un historial de enfermedades frecuentes incluyendo infecciones en los oídos?  
¿Qué tratamientos han usado? ¿Tiene puestos tubitos en los oídos?

5. ¿Tiene su niño alguna alergia? Si la respuesta es sí, ¿cuáles son sus alergias?

6. ¿Qué medicamentos está tomando su niño actualmente?

7. ¿Ha recibido su niño servicios de terapias en el pasado (Programa de 0 a 3, Guardería  
Preescolar, terapias privadas)? **¿Está recibiendo actualmente alguna terapia?**

8. ¿A qué escuela asiste su niño actualmente?

|   |  |
|---|--|
| Escuela   |  |
| Grado   |  |
| Maestra   |  |
| Horario (ej.:<br>medio día, el día<br>entero, etc.)                             |  |
| ¿Tiene el niño un<br>IEP ( <i>Programa<br/>Educativo<br/>Individualizado</i> )? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Servicios<br>Especiales<br>Frecuencia   | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Terapia de Lenguaje <input type="checkbox"/> Otra<br>_____ |
| Nombres de los<br>terapistas  |  |

Patient Name

DOB:

MR #

**UW Health** [uwhealth.org](http://uwhealth.org)  
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**Cuestionario Sensomotor de Terapia  
Ocupacional**

Actividades de la Vida Diaria / Aseo Personal:

1. Describa por favor la rutina típica de su niño en las mañanas

2. Describa por favor cómo se viste típicamente su niño. Incluyendo si tiene alguna preferencia por telas específicas, cuánta ayuda necesita y si puede usar las cremalleras.

3. Describa cómo su niño completa o participa de las siguientes tareas de aseo personal:  
Lavado de Manos y Cara:

Baño:

Aseo General (peinar el cabello, corte de cabello, corte de uñas):

Cuidado Oral (cepillar los dientes, cuidado dental):

Patient Name

DOB:

MR #

**UW Health** uwhealth.org  
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**Cuestionario Sensomotor de Terapia  
Ocupacional**

4. ¿Está su niño entrenado para usar el baño?  Si  No Si la respuesta es sí, ¿a qué edad lo logró? \_\_\_\_\_

5. Describa por favor una hora típica de comida con su niño. ¿Es muy melindroso con las comidas y si es así, qué alimentos prefiere? ¿Parece estar consciente de las señales internas cuando siente hambre y cómo es su apetito? ¿Puede alimentarse por sí solo y usar los utensilios (tenedor, cuchara, taza sin tapa) independientemente?

6. ¿Cuál es la rutina típica de su niño a la hora de acostarse? ¿Se duerme fácilmente? ¿Duerme a lo largo de toda la noche? ¿Se le ve en la mañana que ha descansado?

#### Componentes Sensoriales

1. ¿Su niño parece ser muy sensible a algún sonido en particular? ¿Cómo responde a ruidos inesperados o muy altos?

2. ¿Usa gafas su niño o tiene algún problema diagnosticado en su vista? ¿Se distrae con estímulos visuales? ¿Es sensible a la luz?

Patient Name

DOB:

MR #

**UW Health** [uwhealth.org](http://uwhealth.org)  
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**Cuestionario Sensomotor de Terapia  
Ocupacional**

3. ¿Hay ciertas texturas que su niño evita? De ser así, ¿Cuáles son? ¿Hay ciertas texturas que su niño disfrute?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
4. ¿Hay alguna hora específica del día o alguna circunstancia en particular en la que su niño parece estar más irritable?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
5. ¿Usa su niño alguna estrategia para ayudarse a calmar? De ser así, ¿Cuál es?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
6. ¿Cómo responde su niño al movimiento? ¿Qué actividades de movimiento le gusta hacer? ¿Parece estar más activo que el resto de los niños? ¿Hay alguna actividad de movimiento específica que evita? ¿Alguna vez se ha sentido mareado o con náuseas al ir en un auto en movimiento?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
7. ¿Puede su niño manejar una bicicleta?  Sí  No  No Aplica
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
8. ¿Cómo describiría usted las habilidades de balance de su niño?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
9. ¿Cómo sube o baja escaleras?

Patient Name

DOB:

MR #

**UW Health** uwhealth.org  
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**Cuestionario Sensomotor de Terapia  
Ocupacional**

Componentes Sociales y de Comportamiento

1. ¿Cómo reacciona su niño a nuevas situaciones o ambientes?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. ¿Hace su niño amigos con facilidad? ¿Suele jugar mejor con niños de su misma edad? ¿Es fácil jugar con su niño y mantener su atención? ¿Cuánto tiempo puede permanecer involucrado en un juego con un adulto, con otro niño? ¿Parece ser demasiado sensible o sentir que le lastiman sus sentimientos muy fácilmente?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
3. Describa las habilidades organizativas de su niño. ¿Sabe cuidar sus pertenencias? ¿Pierde fácilmente sus cosas?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
4. ¿Cómo le va a su niño durante el día escolar? ¿Qué áreas le parecen más difíciles? ¿En qué áreas le va bien?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
5. ¿Tiene su niño episodios en los que “pierde los estribos, o hace berrinches”? De ser así, ¿Qué tan a menudo ocurren y cuánto le duran? ¿Se logra recuperar rápidamente? ¿Ha notado usted algo que los provoque? ¿Qué hace para que terminen?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
6. ¿Cuáles diría usted que son las habilidades de su niño?