

Nombre del médico: _____

Teléfono: _____



Formulario de admisión de terapia física

¿Qué le llevó a buscar servicios de fisioterapia para su hijo?

Marque todo lo que corresponda y describa sus preocupaciones sobre su hijo.

Motricidad gruesa:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para saltar, brincar, correr, brincar | <input type="checkbox"/> Dificultad para coordinar los dos lados del cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para patear una pelota | <input type="checkbox"/> Postura deficiente, con frecuencia se inclina hacia cosas |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para lanzar y / o atrapar una pelota | <input type="checkbox"/> Marcha torpe, marcha inestable, marcha de puntillas, pies arrastrados |
| <input type="checkbox"/> Parece más débil que sus compañeros, se fatiga fácilmente | |
| <input type="checkbox"/> Evita o tiene dificultad para jugar en el equipo del patio de recreo | |
| <input type="checkbox"/> Parece rígido o torpe durante el movimiento | |
| <input type="checkbox"/> Torpe, disminución de la conciencia de cuerpo en el espacio, choca con objetos y personas | |

Preocupaciones:

Motricidad fina:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para dibujar, colorear, trazar | <input type="checkbox"/> Lento para completar las tareas de la mesa |
| <input type="checkbox"/> Evita dibujar, colorear, calcar y / o escribir | <input type="checkbox"/> Pobre postura mientras está sentado en una silla, se inclina hacia el escritorio, se mueve inquieto |
| <input type="checkbox"/> Problemas para sostener las herramientas de escritura (agarrar demasiado suelto, apretado o torpe) | <input type="checkbox"/> Dificultad para usar herramientas del salón de clases como tijeras y pegamento |
| <input type="checkbox"/> La escritura es demasiado oscura, clara, grande o pequeña | <input type="checkbox"/> Cambia el cuerpo en lugar de rotar a través de la línea media |
| <input type="checkbox"/> Cambia de mano con frecuencia, parece no tener una mano dominante | |

Preocupaciones:

¿Su hijo tiene problemas para mantenerse al día con sus compañeros durante el juego físico?

Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Su hijo participa en actividades extracurriculares? Sí No

En caso afirmativo, enumere todas las actividades:
