

Patient Name

DOB:

MR #

UW Health

(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)

**CUESTIONARIO SENSORIMOTOR 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
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
CUESTIONARIO SENSORIMOTOR 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.: medio día, el día entero, etc.)	
¿Tiene el niño un IEP (<i>Programa Educativo Individualizado</i>)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Servicios Especiales Frecuencia	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Terapia de Lenguaje <input type="checkbox"/> Otra _____
Nombres de los terapistas	

Patient Name

DOB:

MR #

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
CUESTIONARIO SENSORIMOTOR 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

(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)

**CUESTIONARIO SENSORIMOTOR 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
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
CUESTIONARIO SENSORIMOTOR 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? Si 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

(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)

**CUESTIONARIO SENSORIMOTOR 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?

Patient Name

DOB:

MR #

UW Health

(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)

**OCCUPATIONAL THERAPY SENSORIMOTOR
QUESTIONNAIRE**

Evaluation Date: _____

Social History: Who is in the child's household(s)?

****What are your primary areas of concern for occupational therapy?****

Development and Medical History:

1. Were there any complications during pregnancy, labor, and/or delivery?
2. What was your child like as an infant? Were they a content baby? When did they sleep through the night? Did they eat well? Did they have trouble sucking or accepting new foods? Did they like to be held?
3. Were developmental milestones met on time? If not please describe.

Patient Name

DOB:

MR #

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
OCCUPATIONAL THERAPY SENSORIMOTOR
QUESTIONNAIRE

4. Does your child have any history of frequent illness including ear infections? What treatments have been used? Do they have PE tubes?

5. Does your child have any allergies? If so, what are they?

6. What medications is your child currently taking?

7. Has your child received any therapy services in the past (Birth-3, Early Childhood, private therapy)? **Are they currently receiving any therapy?**

8. Where does your child currently attend school?

School	
Grade	
Teacher	
Schedule (i.e. half days, full days, etc):	
Does child have an IEP?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Special Services	<input type="checkbox"/> Occupational Therapy <input type="checkbox"/> Physical Therapy <input type="checkbox"/> Speech Therapy <input type="checkbox"/> Other
Frequency	
Name of Therapists	

Patient Name

DOB:

MR #

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
OCCUPATIONAL THERAPY SENSORIMOTOR
QUESTIONNAIRE

Activities if Daily Living/Self-Care:

1. Please describe your child's typical morning routine.
2. Please describe how your child typically gets dressed. Including if they have certain preferences for specific fabrics, how much help they need, and if they are able to manipulate fasteners.
3. Describe how your child completes or participates in the following self-care tasks:

Hand/Face washing:

Bathing:

Grooming (hair brushing, haircuts, nail cutting,):

Oral care (tooth brushing, dental care):

4. Is your child toilet trained? Yes No If so, what age was this achieved? _____

Patient Name

DOB:

MR #

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
OCCUPATIONAL THERAPY SENSORIMOTOR
QUESTIONNAIRE

5. Please describe a typical mealtime with your child. Are they a picky eater and if so what foods do they prefer? Do they seem aware of internal hunger cues and what is their appetite like? Are they able to feed themselves and use utensils (fork, spoon, open cup) independently?
6. What is your child's typical bedtime routine? Do they fall asleep easily? Do they sleep through the night? Do they seem well rested in the morning?

Sensory Components

1. Does your child seem sensitive to any particular sounds? How do they respond to unexpected or loud noises?
2. Does your child wear glasses or have a diagnosed vision problem? Are they distracted by visual stimuli? Are they sensitive to light?
3. Are there certain textures that they avoid? If so, what are they? Are there certain textures that they enjoy?

Patient Name

DOB:

MR #

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
OCCUPATIONAL THERAPY SENSORIMOTOR
QUESTIONNAIRE

4. Is there a specific time of day or under particular circumstances that your child seems more irritable?

5. Does your child use any strategies to help them calm? If so, what are they?

6. Does your child respond to movement? What movement activities do they like to do? Do they seem more active than other children? Are there specific movement activities that they avoid? Do they ever get carsick or nauseated by movement?

7. Are they able to ride a bike? Yes No Not Applicable

8. How would you describe their balance skills?

9. How do they ascend/descend the stairs?

Social/Behavioral Components

1. How does your child react to new situations or environments?

Patient Name

DOB:

MR #

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
OCCUPATIONAL THERAPY SENSORIMOTOR
QUESTIONNAIRE

2. Do they make friends easily? Do they tend to play best with children their same age? Is it easy to play with them and keep their attention? How long can they stay involved in a play situation with an adult, with a child? Do they seem overly sensitive or are their feelings easily hurt?

3. Describe your child's organizational skills. Are they able to keep track of their belongings? Do they often lose things?

4. How does your child do during the school day? What areas do they find challenging? What do they do well in?

5. Does your child experience "melt-downs"?
If so, how often do they occur, and how long do they last? Are they able to recover quickly?
What triggers have you noticed? What works to end them?

6. What would you describe as your child's strengths?