

► Todo sobre mí

Nombre:

Teléfono:

Nombre Padre/Madre:

Contexto solicitante:

Fecha nacimiento:

Fecha de cumplimentación:

Entorno escolar

Nombre Centro/ Servicio al que acude:

Curso escolar:

Tutor/a:

Compañeros/as:

Rutina escolar:

Cosas que me hacen especial

Talentos especiales: (Ejemplo: poniendo caras simpáticas, cantando)

Tradiciones familiares: (Ejemplo: noche de cine, vacaciones)

Cosas curiosas que hago y cómo hago reír a la gente:

Cosas que me gustan hacer (Ejemplo: bailar, pintar)

Las cosas que son más importantes para mí: (Ejemplo: algún juguete del que no me separo)

Mi casa /mi dormitorio: (Ejemplo: cosas en mi dormitorio, juguetes, color, libros)

Alrededor de mi domicilio: (Ejemplo: ir al parque)

Actividades que le gustan a mi familia:

Vacaciones y días festivos: (Ejemplo: verano, actividades fin de semana)

Cosas que me gustaría tener:

Cosas de las que hablo: (Ejemplo: historias, sucesos, recuerdos, temas importantes, divertidas...)

Más acerca de mí

Actividades que estoy haciendo (Ejemplo: comer solo/a, escribir, vestirme...)

Cosas que me molestan: (ruido fuerte, esperar mucho tiempo)

Cosas, que necesito ayuda: (Ejemplo: peinarme, beber, tirar la pelota)

Actividades con las que tengo dificultad: (Ejemplo: subir escaleras, hacer amigos, dormir)

Cómo digo que estoy molesto/a (Ejemplo: un gesto, movimiento corporal, oralización, verbalización)

¿Qué me calma?: (Ejemplo: cosas en mi dormitorio, juguetes, color, libros)

¿Cómo digo cuando me siento incómodo o con dolor y cómo puedes ayudarme? (Ejemplo: ir al parque)

Cosas que me hacen reír: (Ejemplo: eructos, sonidos chirriantes, hacer muecas y chistes)

¿Cuál es mi rutina para la hora de dormir? (Ejemplo: A qué hora, leer antes de dormir, manta o peluche para dormir) **y hábitos: ¿cuántas horas? ¿música?**

Rutinas de las mañanas: (Ejemplo: ¿se despierta fácilmente? ¿buen humor por la mañana? ¿desayuno? Ayuda a localizar objetos personales para el desayuno?)

Hábitos de higiene: (Ejemplo: cepillar los dientes, lavarse la cara, baño, vestirse, ayuda a elegir la ropa, pijama)

Hábitos alimentación: (Ejemplo: come con los dedos, utiliza cubiertos, precisa silla, come lento, rápido, comida estilo puré, tamaño pequeño de alimentos, beber de una taza, con pajita, tragar líquidos fácilmente)

¿Cómo digo cuando me estoy orinando o haciendo caca?: (Ejemplo: un gesto, movimiento corporal, la expresión facial, verbalización) **¿cómo digo cuando tengo que ir al baño?**

¿Cómo digo cuando necesito un descanso después de la actividad?: (Ejemplo: mirar a otro lado, pongo la cabeza hacia abajo, empujar, signos de fatiga)

¿Cómo digo cuando quiero o no gusta algo?: (Ejemplo: sonrisas, alcanza los elementos, artículos, usando palabras, expresiones, primeras palabras)

Habilidades

Habilidades en actividades mecánicas: (Ejemplo: Sentado en el suelo con independencia, sentarse con apoyo, silla adaptada, gatear, abductor, movimientos flexores de cadera, hacer la carretilla)

Habilidades de motricidad fina: (manipula libros, puzles, pelotas, bloques, juguetes musicales, plastilina, pintar con los dedos, golpear interruptores de juguetes, seguimiento de los elementos con los ojos, vuelve la cabeza hacia los elementos preferidos o personas, titubea o se mueve con la música, reconoce fotos de miembros de la familia)

Gustos /Preferencias

	Le gusta	No le gusta	Favoritos
Persona:			
Lugares:			
Alimentos :			
Sonidos:			

Olores:			
Sensorial táctil:			
Mis actividades físicas favoritas:			
Libros:			
Juegos (exterior/interior):			
Música:			
Películas/ programa de televisión:			
Juguetes:			
Animales y mascotas:			
Colores y diseños:			

Artículos de ropa:

--	--	--	--

Fuera de la escuela

Personas que veo:

Lugares a los que voy:

Las cosas que hago:

Lo que hago cuando no estoy en la escuela: (terapia con animales, terapia ocupacional, logopedia, fútbol, ...)

Productos de Apoyo

Utilizado actualmente:

PPAA	CASA	COLEGIO	OTROS	Observaciones
Silla motorizada				
Silla ruedas manual				
Dispositivo voz				
Cochecito				
Bipedestador				
Mesa escotadura				
Vaso escotadura				
Andador				
Bastón				
Muletas				
Audífonos				
Implante coclear				

En casa

¿Quién me cuida en casa?:

¿Cómo llamo a mi cuidador/a?:

¿Cómo llamo a mi madre?

¿Cómo llamo a mi padre?

¿Cómo llamo a.....?

Mis tíos:

Mis hermanos/as:

Mis primos/as:

Médicos/ Profesionales

Nombre / Especialidad	Dirección / teléfono / correo electrónico
-----------------------	---

Pediatra:	
Fisioterapeuta:	
Terapeuta Ocupacional:	
Logopeda:	
Otro:	
Otro:	
Otro:	
Otro:	
Otro:	
Otros:	

Datos médicos

Medicamentos/dosis/efectos secundarios:

Alergias:

Cirugías- Fecha:

Otros datos interés
