

0,70 y 0,50

(21) horas

ENTREVISTA HISTÓRICA DE FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN Y NARRACIÓN DE HISTORIA DE VIDA

NOMBRE :
FECHA : ENTREVISTADOR :

DEMARCACIÓN DE PASADO / PRESENTE

..... Seis meses

..... Situación específica. Hace cuánto tiempo /
año(s) mes(es)

Naturaleza del Hecho o Situación :

ESCALA DE PUNTAJE DE LA HISTORIA DE FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL

Circule el número que mejor caracterice el estado de adaptación del individuo o las influencias ambientales para cada ítem en el pasado y el presente.

			PASADO	PRESENTE	
INDIVIDUO	Organización de Rutina de la vida Diaria	Mantenimiento una rutina diaria funcionalmente organizada	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	
		Logro de un balance entre trabajo, juego y A.V.D	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	
	Roles de Vida	Mantenimiento de participación en distintos roles	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	
		Cumplimiento con las expectativas de esos roles	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	
	Intereses, Valores y Objetivos	Identificación de intereses, valores y objetivos	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	
		Realización de intereses, valores y objetivos	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	
	Percepción de Habilidad y Responsabilidad	Percepción de habilidades y limitaciones	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	
		Asumción de responsabilidad	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	
	AMBIENTE	Influencias Ambientales	Influencia del ambiente social	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
			Influencia del ambiente físico	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1

ESCALA DE PUNTAJE INDIVIDUAL

CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	IMPLICANCIAS PARA EL APOYO/INTERVENCIÓN
5 Adaptativo	Capaz de reconocer necesidades personales y/o ambientales demandas/condiciones de independientemente	No tiene necesidad de apoyo o intervención.
4 adaptación moderada	Capaz de reconocer necesidades personales y/o demandas/condiciones ambientales con asistencia	Requiere sólomente apoyo para mantención.
3 adaptación marginal	Riesgo de problemas en reconocimiento de necesidades personales y/o demandas/condiciones ambientales aún con asistencia	Requiere alguna intervención para ajuste/cambio/reorganización
2 moderadamente desadaptado	Considerables problemas en reconocimiento de necesidades personales y/o demandas/condiciones ambientales aún con asistencia	Requiere un ambiente estructurado e intervenciones dirigidas a ajuste/cambio
1 desadaptado	Incapaz de reconocer necesidades personales y/o demandas/condiciones ambientales aún con asistencia.	Requiere un ambiente altamente estructurado e intervenciones dirigidas a mantención básica y mayor ajuste/cambio

ESCALA DE PUNTAJE AMBIENTAL

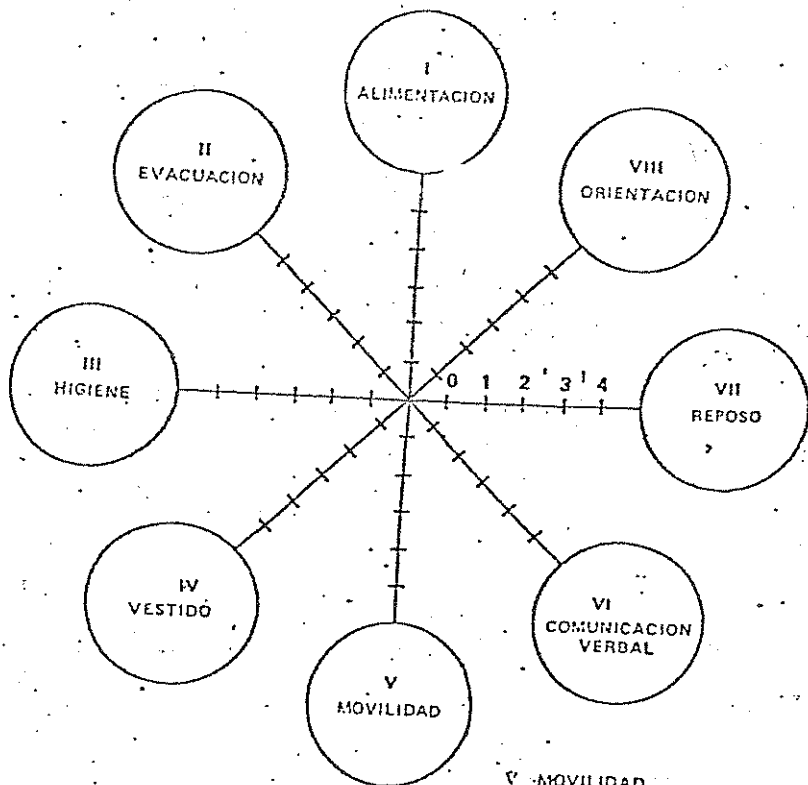
PUNTAJE	DEFINICIÓN	IMPLICANCIAS PARA EL CAMBIO
5 Apoyo Adaptación	Mejora el nivel de adaptación de la persona	No requiere cambio
4 Apoyo moderado Adaptación	Proporciona apoyo básico para la adaptación	No requiere cambio
3 Apoyo marginal Adaptación	Contribuye a poner en riesgo a la persona	Requiere recursos adicionales menores y/o modificación
2 Interferencia moderada con Adaptación	Definitivamente crea problemas para la adaptación	Requiere recursos adicionales mayores y/o modificación
1 Impide Adaptación	No permite adaptación a la persona	Totalmente no apto para la persona; requiere un ambiente diferente

CURVA DE EVALUACION FUNCIONAL

Nombre y apellido: _____

Rehabilitacion

Fecha 1º Examen			
Fecha 2º examen			
2º			
3º			
4º			



I ALIMENTACION

- 0 Sonda
- 1 Dar en la boca
- 2 Necesita ayuda para cortar
- 3 Come solo, Ayuda sentarse/servirse
- 4 Independiente

II EVACUACION EMUNTORIOS

- 0 Incontinencia urinaria y fecal
- 1 Incontinencia urinaria
- 2 Chata, Papagayo
- 3 Inodoro con ayuda
- 4 Independiente

III HIGIENE

- 0 Lavado completo en cama
- 1 Lavado en cama, Resto dependiente en toilette
- 2 Higiene completa en toilette (ayuda)
- 3 Lavado con ayuda, Resto independiente (dientes, afeitado y peinado)
- 4 Independiente

IV VESTIDO

- 0 Totalmente dependiente
- 1 Se desviste parcialmente solo, vestido dependiente
- 2 Se desviste solo, se viste parcialmente
- 3 Viste tronco solo, parte inferior solo parcialmente
- 4 Independiente

V MOVILIDAD

- 0 Acostado/sentado al borde de la cama
- 1 Silla/sillón de ruedas con ayuda
- 2 Camina con ayuda
- 3 Camina con poca ayuda
- 4 Deambulación independiente, incluido escaleras

VI COMUNICACION VERBAL

- 0 No habla, No comprende
- 1 No habla, comprende parcialmente
- 2 Palabras sueltas, frases simples, comprensión buena
- 3 Oraciones complejas, algunas aisladas
- 4 Comunicación sin alteraciones

VII REPOSO

- 0 Agitación severa (marcha errática; logoclenias) - Ritmo de sueño invertido
- 1 Agitación severa por momentos
- 2 De día tranquilo, de noche agitado
- 3 Duermes con hipnóticos, Día tranquilo
- 4 Reposo normal

VIII ORIENTACION

- 0 Desorientación severa y permanente, confuso con ideas delirantes
- 1 Desorientación severa sin otros trastornos psíquicos
- 2 Alternativamente desorientación severa y leve confusión
- 3 Desorientación leve, Temporal
- 4 Orientación total

HISTORIA SENSORIAL

A continuación encontrará preguntas referentes a como su niño responde a ciertos tipos de estímulos sensoriales y a su nivel de ejecución en áreas seleccionadas. Por favor considere todas las preguntas cuidadosamente, conteste si o no y agregue comentarios cuando le parezca apropiado.

RESPUESTAS A ESTIMULOS TACTILES

A su niño:

1. Le desagrada que le laven el pelo o la cara _____
2. Le desagradan los besos, abrazos o mimos por otros que los papás _____
3. parece irritado cuando se lo agarra _____
4. desea ardientemente tocar y juegos bruscos tipo lucha libre _____
5. le desagrada usar ciertos tipos de telas o de ropa _____
6. le desagrada las mangas cortas o pantalones cortos _____
7. empuja o se lleva por delante a otros niños _____
8. se aísla de otros niños o adultos _____
9. le desagrada que lo toquen en forma inesperada o que se le acerquen por la espalda _____
10. le desagrada caminar descalzo _____
11. le desagrada tener las manos sucias _____
12. le desagrada jugar con cosas "sucias", ej. pintura de dedos, arena, barro, etc. _____
13. se distrae cuando otros están cerca _____
14. prefiere tocar texturas lisas o superficies duras a ásperas _____
15. se golpea su cabeza a propósito ahora o en el pasado _____
16. pellizca, muerde o de alguna manera se lastima _____
17. tiende a sentir dolor menos que otros _____
18. tiende a sentir dolor más que otros _____

RESPUESTAS AL SONIDO

A su niño:

1. le desagradan los sonidos inesperados o fuertes _____
2. necesita que le repitan las directivas _____
3. se distrae por la mayoría de los sonidos _____
4. muestra confusión acerca de la dirección de donde proviene el sonido _____
5. habla en una voz muy fuerte _____
6. tiene dificultad en entender o usar el lenguaje _____
7. parece tener dificultad de escuchar _____
8. le gusta la música _____

RESPUESTAS AL GUSTO Y OLOR

Su niño:

1. mastica objetos no comestibles _____
2. tiene deseos inusuales por comidas u olores _____
3. le desagradan olores particulares _____

4. ignora olores desagradables _____
5. usa el olfato como un método de explorar objetos nuevos _____
6. explora objetos a través de ponérselos en la boca _____
7. tiene problemas para comer (se ahoga, se babea, se ensucia, pone mucha comida en la boca) _____
8. le desagradan comidas de ciertas texturas _____
9. actúa como si toda la comida sabiera de la misma forma _____

RESPUESTAS A LOS ESTIMULOS VISUALES

Su niño:

1. parece más contento en la oscuridad _____
2. tiene dificultad en mantener los ojos en la tarea o los objetos _____
3. inclina su cabeza hacia un lado o cierra un ojo para mirar a un objeto _____
4. se refriega los ojos o se queja de dolores de cabeza _____
5. parece sensible a la luz o a los estímulos visuales _____
6. mira a los objetos, figuras o dibujos poniéndolos muy cerca de su rostro o los mira muy detalladamente _____
7. se resiste a tener los ojos tapados _____
8. tiene diagnosticado un problema visual o usa anteojos _____

RESPUESTAS A LA POSTURA, EQUILIBRIO Y MOVIMIENTO

Su niño:

1. mantiene su espalda doblada cuando está parado o sentado _____
2. se cansa fácilmente cuando juega _____
3. camina en puntas de pies ahora o en el pasado _____
4. prefiere juegos en los que pueda jugar solo _____
5. parece torpe, se cae fácilmente o se lleva por delante las cosas _____
6. parece incoordinado o tiene dificultad de aprender movimientos nuevos _____
7. es sensible al movimiento (se mareo fácilmente o se descompone cuando viaja en auto) _____
8. le gusta hamacarse y/o jugar en el parque de diversiones, vuelta al mundo, calesita, etc. _____
9. le gusta trepar y jugar en los juegos de la plaza _____
10. prefiere jugar adentro que afuera o en la plaza con otros niños _____
11. le gusta que lo tiren en el aire _____
12. le gusta hamacarse en el lugar, ahora o cuando niño _____
13. le gusta girar como un trompo, saltar, brincar, etc., más que a otros niños _____
14. está en movimiento constante, todo el tiempo saltando _____
15. tiene dificultad para usar o parece no estar conciente de una parte de su cuerpo _____
16. tiene dificultad para controlar juguetes manipulativos pequeños _____
17. tiene dificultad para aprender a sostener un lápiz o crayon con una postura de 3 dedos (pulgar, índice y medio) _____

CONDUCTA

Su niño:

1. parece estar generalmente contento _____
2. parece inquieto e hiperactivo la mayoría del tiempo _____
3. parece reposado y retraído _____
4. es agresivo con otros o se enoja fácilmente _____
5. se distrae fácilmente _____
6. llora o se frustra fácilmente _____
7. tiene miedos inusuales _____
8. le molestan los cambios o eventos inusuales _____
9. tiene a menudo rabietas o cambios bruscos en su temperamento _____
10. tiene dificultad para separarse de la mamá o papá _____
11. tiene dificultad para aprender cosas nuevas _____

OTRO

Por favor agregue cualquier información adicional que Ud. considere útil a los fines de un mejor conocimiento de su niño:

Adaptado y Traducido de Ayres, Wilba
Oetter, Montgomery / Richter, Knickerbocker, et

APELLIDO Y NOMBRE:

HC:

HAB. CAMA:

SISTEMA UNIFORME DE DATOS PARA REHABILITACION

FECHA DE EVALUACION:

1. DIAGNOSTICO

2. OTROS DIAGNOSTICOS

3. COBERTURA

Medida de la Independencia Funcional (MIF)

Niveles:

Sin Ayudante

7- Independencia Absoluta (en un tiempo prudencial y sin riesgos)

6- Independencia relativa (dispositivos)

Con Ayudante

5- Supervisión o Apoyo

4- Asistencia Mínima (el sujeto aporta el 75% o más del esfuerzo)

3- Asistencia Moderada (el sujeto aporta el 50% o más del esfuerzo)

2- Asistencia Máxima (el sujeto aporta el 25% o más del esfuerzo)

1- Asistencia Total (el sujeto aporta menos del 25%)

Nota: No deje espacios en blanco, ponga 1 si el sujeto corre el riesgo de lesionarse en el exámen.

4- MIF (Medición de la Independencia Funcional)

Admisión Alta

Autocuidado:

- A. Comida
- B. Acicalamiento
- C. Baño
- D. Vestido - hemic.sup.
- E. Vestido - hemic.inf.
- F. Uso del serv. higiénico

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Control de esfínter:

- G. Control Vejiga
- H. Control Intestinal

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Movilidad:

- I. Cama, silla, s.de ruedas
- J. Servicio higiénico
- K. Bañera a ducha

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Locomoción:

- L. Camilla/ Silla de ruedas
- M. Escaleras

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comunicación:

- N. Comprensión
- O. Expresión

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Condición Social:

- P. Interacción Social
- Q. Solución de problemas
- R. Memoria

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total MIF: _____

10/10/10

"MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO"

(Muel Coaguilero)

PACIENTE Edad Escolaridad
 Ocupación Fecha Examinado y

Sr./Sra. Fecha

ORIENTACION

"Dígame el día Fecha Mes Estación Año (5)
 "Dígame el Hospital Ciudad Prov. Nación (5)

PUNTOS

FIJACION

"Repita estas 3 palabras: Peces - Caballo - Manzana"
 Repetirlas (hasta que las aprenda y contar los intentos, N° (3)

CONCENTRACION Y CALCULO

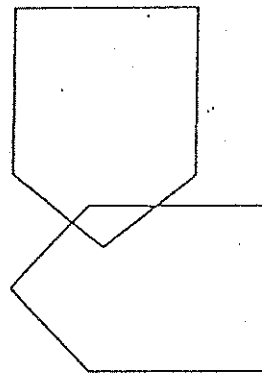
"Si tiene 30 pesos y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántos le van quedando?
 "Repita: 5-9-2 (hasta que los aprenda y contar los intentos, N° (3)
 Ahora hacia atrás (5)

MEMORIA

"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? (3)

LENGUAJE Y CONSTRUCCION

Mostrar un bolígrafo: "¿Qué es esto?"; Repetirlo con el reloj (2)
 "Repita esta frase": "En un trigal habia cinco perros (1)
 "Una manzana y una pera son frutas. ¿Verdad?"; "¿Qué son el rojo el verde?
 "¿Qué son un perro y un gato? (2)
 "Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo
 "Lea esto y haga lo que dice": CIERRE LOS OJOS (3)
 "Escriba una frase" (1)
 "Copie este dibujo": (1)



4 - Copie este dibujo:

PUNTUACION TOTAL (35)

- Computar un punto por cada respuesta correcta.
- Menos de 20 puntos significa una alteración del área cognoscitiva.

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD CRONOLÓGICA
 en años y meses

años meses

MESES

ANOS

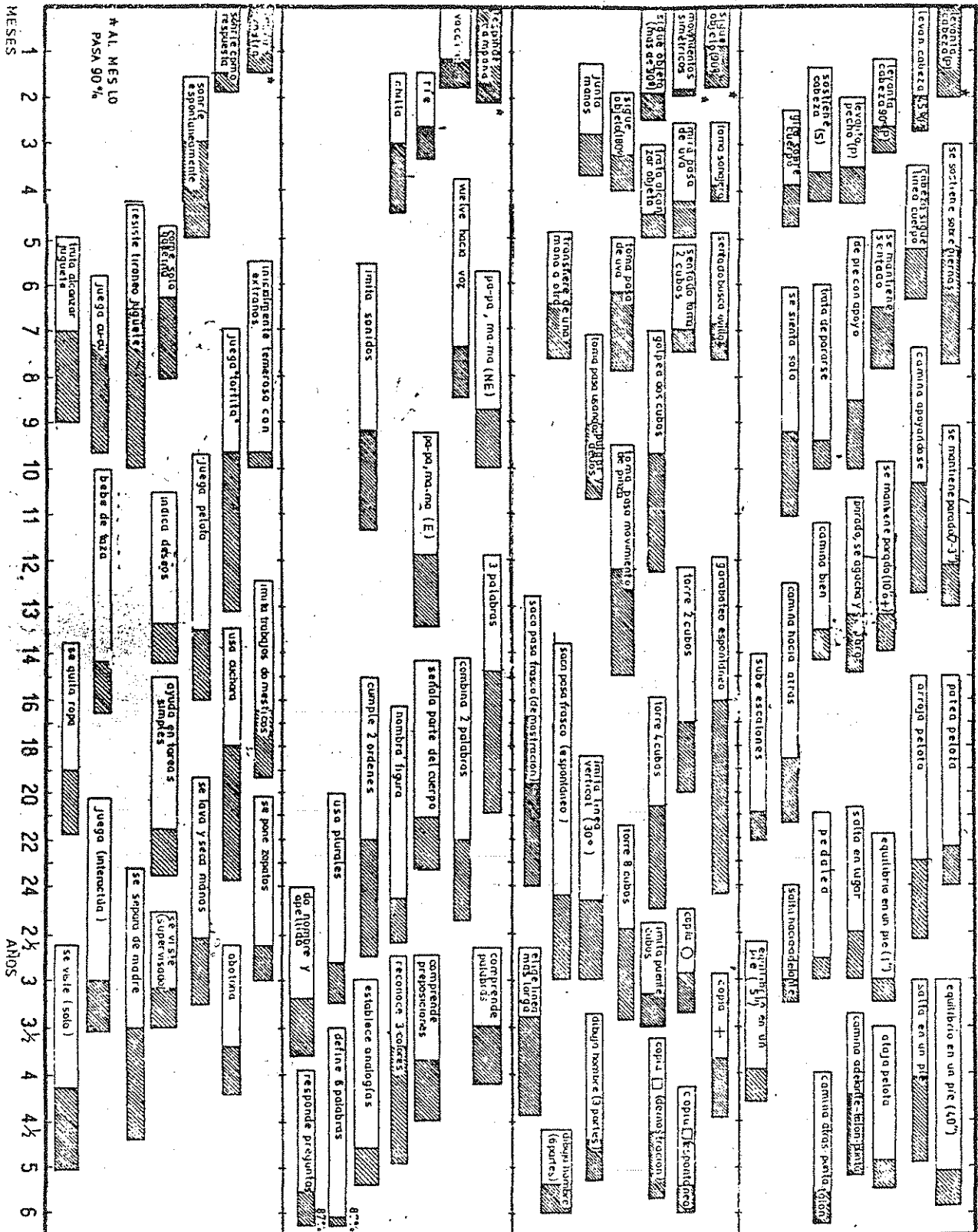
Porcentaje de niños que PASAN
 25 50 75 100
 Item del test

PERSONAL - SOCIAL

LENGUAJE

MOTORA FINA - ADAPTATIVA

MOTORA GRUESA



Handwritten signature

