

Nombre _____ Edad _____ Discapacidad _____

| CUADRO A | Primera visita (fecha ___) | | | Segunda visita (fecha ___) | | |
|--|----------------------------|------------|--------------|----------------------------|------------|--------------|
| | sin ayuda | poca ayuda | muchay ayuda | sin ayuda | poca ayuda | muchay ayuda |
| Actividades diarias | | | | | | |
| Alimentación | | | | | | |
| 1. ¿Cómo come el niño? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| 2. ¿Cómo bebe el niño?. | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| Vestido y limpieza | | | | | | |
| 3. ¿Se lava el niño la cara y el cuerpo? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| 4. ¿Se viste solo? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| 5. ¿Se pone su equipo <i>ortopédico</i> solo? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| Control para <i>orinar</i> y obrar (cagar) | | | | | | |
| 6. ¿Se mantiene limpio el niño (control para obrar)? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| 7. ¿Se limpia después de ir al baño? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| 8. ¿Se mantiene seco durante el día? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| 9. ¿Se mantiene seco durante la noche? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| Movilidad/traslado | | | | | | |
| 10. ¿Se pasa el niño de la silla a la cama y de regreso? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| 11. ¿Se pasa del piso a la mana y de regreso? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| Movimiento | | | | | | |
| 12. ¿Camina el niño sobre piso o terreno plano? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| 13. ¿Camina sobre terreno disparejo?. | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| 14. ¿Sube y baja escalones? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| 15. ¿Usa una tabla con ruedas o una silla de ruedas? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| 16. ¿Gatea? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| Actividades sociales/comunicación | | | | | | |
| 17. ¿Ayuda con el trabajo de la casa y el campo? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| 18. ¿Juega con otros niños? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| 19. ¿Va a la escuela? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| 20. ¿Habla? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| 21. ¿Se comunica con señas o gestos? | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 |
| Total _____ | | | | Total _____ | | |

| CUADRO B | Primera visita haga apuntes para compararlos aquí | Segunda visita | | | |
|--|---|----------------|---------------|-------|------|
| | | mucho mejor | un poco mejor | igual | peor |
| Calidad de las actividades | | | | | |
| ¿Se mueve mejor el niño de un lado al otro? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿Se sienta en mejor posición? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿Camina mejor (más derecho, con menos apoyo o cojea menos) | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿Camina más, más rápido o con más facilidad? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿Están más derechas sus coyunturas (menos encogidas)? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿de la cadera? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿de la rodilla? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿del tobillo? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿Puede hacer el niño cosas que antes no podía? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿comer solo? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿bañarse? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿vestirse? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿ir al baño solo? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿Juega mejor con diferentes cosas? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿Habla o se comunica mejor? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿Se lleva mejor con otros niños? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿Parece más feliz o más seguro de sí mismo? | | 4 | 2 | 0 | -4 |
| ¿En cuál? _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| Total _____ | | | | | |