

Cuestionario de Identificación Personal.

Centro Educativo: _____ Ciclo: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tipo de patología que presenta el niño/niña: _____

Grado y tipo de afectación:

| | SOCIAL | MOTORA | MENTAL | SENSORIAL |
|---------------|--------|--------|--------|-----------|
| Severa | | | | |
| Grave | | | | |
| Media | | | | |
| Ligera | | | | |

Miembros afectados:

| | |
|-----------------------------|--|
| Hemiplejía derecha. | |
| Hemiplejía izquierda | |
| Tetraplejía | |
| Paraplejía | |
| Diplejía | |

Tono muscular:

| | |
|--------------------|--|
| Hipertónico | |
| Hipotónico | |
| Fluctuante | |
| Observaciones: | |

Tratamiento / intervención que recibe en el Centro:

| | | | |
|----------------------------|--|----------------------------|--|
| Estimulación | | Musicoterapia | |
| Fisioterapia | | Terapia alimentaria | |
| Logopedia | | Hidroterapia | |
| Psicomotricidad | | Otros | |
| Intervención grupal | | Observaciones: | |

Otros aspectos de interés:
