

## JUVENTUD

# Cuestionario de Listening Funcional

Adaptado de: Inventario de habilidades de escucha ©Vital Links 2004 Cuestionario de Kerry Wallace.  
No ser distribuido sin permiso y abastecimiento.

FECHA: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE CONTACTO								
Nombre del niño			Sexo		Fecha de nacimiento		Edad	
Nombre del padre/cuidador:								
Dirección								
Ciudad				Provincia		Código postal		
Email								
Tel	Casa			Trabajo		Celular		
Escuela						Nivel		
Nombre de la/el maestro/a				Tel de Escuela				
INFORMACIÓN GENERAL								
Hubo complicaciones, enfermedades o estrés durante el embarazo?		NO	SI Por favor especifique:					
Hubo alguna complicación durante el parto?		NO	SI Por favor especifique:					
Cuál es la orden de nacimiento de su niño?								
Por favor especifique las condiciones del nacimiento de su niño. (Circule todas las que apliquen)		Vaginal	Forceps	Extracción por vacío/ Vacuum	Cesárea	Prematuro	Post-término	A término
Cuál fue el peso de su niño al nacer?								
Qué puntuación Apgar tuvo su niño al nacer?		Al minuto:			A los 5 minutos:			
Por favor especifique edad/sexo de los hermanos								
Su niño ha recibido los servicios de Terapia Ocupacional en el pasado?		NO	SI					
			A qué edad su niño comenzó terapia?					
			Por cuánto tiempo su niño recibió/recibe terapia?					
			Con qué frecuencia su niño asistía/asiste a terapia?					
Su niño recibe o ha recibido otras intervenciones? (Circule todas las que apliquen)		NO	SI					
			Fonoaudiología	Terapia física	Análisis de comportamiento aplicado (ABA/TCC)	DIR (Floortime)	Otro(s):	
			Cuánto tiempo?	Cuánto tiempo?	Cuánto tiempo?	Cuánto tiempo?	Cuánto tiempo?	

Si su niño tiene un diagnóstico médico, por favor especifique:							
Su niño tiene historial de infecciones en el oído?	NO	SI					
		Cuántas?					
		A qué edades?					
Su niño toma alguna medicación actualmente?	NO	SI Por favor especifique:					
Su niño tiene alguna alergia?	NO	SI Por favor especifique:					
¿Su niño ha sufrido alguna lesión mayor u hospitalización?	NO	SI Por favor especifique:					
Su niño usa anteojos?	NO	SI Por cuánto tiempo?					
Su niño tiene historial de convulsiones?	NO	SI Por favor comente:					
Tenga en cuenta la edad aproximada en que su niño logró las siguientes habilidades	Sentarse	Reptar	Gatear	Hacer marcha lateral/Caminar con apoyo	Caminar	Primeras palabras	Hablar
	Saltar en un pie	Saltar	Salticar	Correr	Andar en triciclo	Andar en bicicleta sin rueditas	Saltar la soga
Cuáles son sus principales preocupaciones?	Por favor comente:						
Cuáles son los momentos más difíciles del día?	Por favor comente:						
Describa el impacto en el niño y otros miembros de la familia.	Por favor comente:						
<b>SUEÑO</b>							
A qué hora se despierta su niño?							
¿En qué estado de ánimo está su niño al despertarse por la mañana?							
A qué hora se acuesta su niño?							

A qué hora se duerme su niño?									
Dónde duerme su niño?									
¿Su niño tiene dificultades para dormir?	NO	SI							
		¿Los miembros de la familia han interrumpido el sueño, como resultado?				SI		NO	
¿Cuántas veces él/ella se despierta por noche?	Casi nunca	1-2		3-4		5-6		7+	
¿Qué hace su niño cuando él/ella se despierta?	Lloriquea/ se queja	Grita		Juega con juguetes	Va a la habitación de sus padres		Se vuelve a dormir	Otro(s)	
¿Qué actividades utiliza para que su hijo vuelva a dormir? (Circule todos los que apliquen)	Alimentar	Cantar	Tararear	Sostener	Mecer	Rebotar	Masajear	Otro(s)	
Describa sus rutinas que son útiles para que su niño vuelva a dormir									
¿Qué edad tenía su hijo cuando él / ella durmió durante toda la noche?									
¿Parece que su hijo necesita dormir demasiado o muy poco o en momentos extraños?	NO	SI							
		Cuántas horas cada noche?							
		En qué momentos del día?							
¿Su niño duerme siestas?	NO	SI							
		Con qué frecuencia?							
		Cuánto duran?							
		En dónde duerme la siesta?							
		Requiere ayuda para dormir la siesta?				SI		NO	
¿Qué actividades utiliza como parte de la rutina de la hora de acostarse de su niño? (circule todos los que apliquen)	Bañarse	Cantar/ Tararear	Leer	Sostener	Rebotar	Masajear	Mecer	Otro(s)	
Por favor describa los detalles necesarios con respecto a la rutina de acostarse.	Especifique:								
¿Qué pasa si esta rutina se interrumpe?	Impacto en el niño:								
	Impacto en los miembros de la familia:								

ALIMENTACIÓN									
¿Su hijo fue amamantado cuando era un bebé?	NO	SI Por cuánto tiempo?							
Si el niño fue alimentado con mamadera cuando era un bebé, ¿hubo alguna dificultad o inquietud?	NO	SI Por favor comente:							
¿Su niño tuvo una fuerte succión cuando era un bebé?	NO	SI Por favor comente:							
¿Su niño escupía con frecuencia cuando era un bebé o tuvo reflujo?	NO	SI Por favor comente:							
¿Tuvo su niño problemas con el apetito o aumento de peso cuando era un bebé?	NO	SI Por favor comente:							
¿Su niño tuvo problemas respiratorios cuando era un bebé?	NO	SI Por favor comente:							
¿Su niño evita /se limita a los alimentos según las siguientes características? (circule todos los que apliquen)	NO	SI	Variedad de selección de alimentos	Temperatura	Textura del alimento	Alimentos crujientes	Alimentos masticables	Color del alimento	Alimentos con texturas mezcladas
		Por favor comente:							
¿Muestra su niño fuertes preferencias por los alimentos según las siguientes características? (circule todos los que apliquen)	NO	SI	Variedad de selección de alimentos	Temperatura	Textura del alimento	Alimentos crujientes	Alimentos masticables	Color del alimento	Alimentos con texturas mezcladas
		Por favor comente:							
¿Tiene su niño dificultad para ingerir alimentos? (circule todos los que apliquen)	NO	SI	Masticar variedad de alimentos	Succionar con una pajita		Tragar variedad de alimentos			
		Por favor comente:							
¿Hay una interrupción en la hora de la comida familiar como resultado de patrones de alimentación atípicos?	NO	SI Por favor comente:							
¿Su niño exhibe sensibilidad motora oral o de búsqueda? (circule todos los que)	NO	SI	Examina los objetos colocándolos en la boca.	Arcadas/Vómitos con frecuencia	Muerde/mastica objetos/ropa con frecuencia	Rechina los dientes			

apliquen)	Por favor comente:						
¿Intenta su niño comer sustancias inusuales, nocivas o no comestibles o colocarlas en la boca?	NO	SI Por favor comente:					
¿Cuánto tiempo se sienta su niño a la hora de comer?	1-2 minutos	3-5 minutos	6-10 minutos	Toda la comida			
	¿Afecta esto a la cantidad de alimentos ingeridos?			NO	SI		
	¿Cómo afecta esto a la armonía en las comidas? Por favor comente:						
¿Dónde come su niño la comida?	Especifique:						
¿Qué rutinas sigue que son útiles para que su niño coma las comidas?	Especifique:						
¿Qué pasa si la rutina es interrumpida?	Impacto en el niño:						
	Impacto en los miembros de la familia:						
<b>ASEO</b>							
¿Tiene su niño dificultades con las actividades de aseo? (circule todos los que apliquen)	Cepillado de dientes	Baño	Cepillado/peinado del pelo	Lavado de cara	Corte de pelo	Corte de uñas	Sonars e la nariz
	Por favor comente:						
¿Su niño evita los dispositivos de aseo? (circule todos los que apliquen)	Cepillo de dientes eléctrico	Máquina de cortar el pelo	Herramientas de odontología	Otro(s):			
	Por favor comente:						
¿Qué rutinas sigue que son útiles para lograr que su niño participe en actividades de aseo?	Especifique:						
¿Qué ocurre si se interrumpe la rutina?	Impacto en el niño:						
	Impacto en los miembros de la familia:						
<b>VESTIDO</b>							
¿Qué ropa puede quitarse su niño independientemente? (circule todos los que apliquen)	Camisa	Pantalones	Ropa interior	Zapatos	Medias	Abrigo	

¿Qué ropa puede ponerse su hijo de forma independiente? (circule todos los que apliquen)	Camisa	Patalones	Ropa interior	Zapatos	Medias	Abrigo
¿Qué sujeciones puede manejar su hijo independientemente? (circule todos los que apliquen)	Broches		Cierres	Botones (Abotonado y desabotonado)	Cordones	
					¿Fue una lucha aprender a atarlos?	
	NO	SI				
		¿Qué texturas prefiere?				
		¿Qué texturas evita?				
¿Prefiere su niño usar ropa mínima, independientemente del clima?	NO	SI Por favor comente:				
¿Su niño prefiere la ropa para cubrir todo el cuerpo o vestirse en capas, independientemente del clima?	NO	SI Por favor comente				
¿Su niño se ajusta con frecuencia la ropa, como si estuviera incómodo?	NO	SI Por favor comente:				
¿Le molestan a su niño las etiquetas en la ropa o las costuras en las medias?	NO	SI				
		¿Qué tipo de reacción o comportamiento se ve?				
¿Qué rutinas sigues que son útiles para que su niño participe con el vestido?	Especifique:					
¿Qué pasa si la rutina es interrumpida?	Impacto en el niño:					
	Impacto en los miembros de la familia					
<b>ENTRENAMIENTO DE BAÑO</b>						
¿Está su niño actualmente entrenado para controlar la vejiga?	NO	SI				
		A qué edad?				
¿Está su niño actualmente entrenado para el control del intestino?	NO	SI				
		A qué edad?				
¿Su niño tiene problemas urinarios / intestinales? (circule todos los que apliquen)	Incontinencia durante el día	Enuresis	Constipación	Heces blandas	Falta de conciencia	
	Con qué frecuencia?	Con qué frecuencia?	Con qué frecuencia?	Con qué frecuencia?	Con qué frecuencia?	
¿Su niño utiliza un pañal o pull-up para dormir?	NO	SI				

¿Qué rutinas sigue que son útiles para que su niño participe en el baño?	Especifique:	
¿Qué sucede si la rutina es interrumpida?	Impacto en el niño:	
	Impacto en los miembros de la familia:	
<b>HABILIDADES SOCIALES/VIDA FAMILIAR</b>		
¿Su niño está limitado a asistir a reuniones familiares / sociales debido a la conducta? reactividad a los eventos?	NO	SI Por favor comente:
¿Su niño no puede asistir a las fiestas de cumpleaños?	NO	SI Por favor comente:
¿No puede dejar a su niño sólo con cuidadores familiares pero no de rutina?	NO	SI Por favor comente:
¿Es su familia incapaz de mantener relaciones con otras familias?	NO	SI Por favor comente:
¿Es su familia incapaz de seguir pasatiempos e intereses?	NO	SI Por favor comente:
¿Qué rutinas sigue que son útiles para que su niño participe en situaciones sociales?	Especifique:	
¿Qué sucede si esa rutina es interrumpida?	Impacto en el niño:	
	Impacto en los miembros de la familia:	
<b>COMUNIDAD</b>		
¿Su niño no puede comer en restaurantes?	NO	SI Por favor comente:
¿Se siente incómodo su niño en ascensores, escaleras mecánicas o en automóviles?	NO	SI Por favor comente:
¿Evita su niño ambientes ocupados e impredecibles?	NO	SI Por favor comente:
¿Su niño tiene una reacción excesiva a la sensación de tacto ligero?	NO	SI
		Qué tipo de reacción/comportamiento se ve?
¿Su niño no responde a ser tocado o golpeado?	NO	SI

¿Su niño tiene una reacción excesiva si es golpeado inesperadamente?	NO	SI Por favor comente:			
¿Su niño muestra una falta de conciencia de seguridad?	NO	SI Por favor comente:			
¿Tiene su niño dificultades para viajar en una variedad de transporte público?	NO	SI Por favor comente:			
¿Tiene su niño dificultad para viajar en avión?	NO	SI Por favor comente:			
¿Es su niño incapaz de asistir a dormir fuera de casa?	NO	SI Por favor comente:			
¿Tiene su niño dificultades con los eventos deportivos ruidosos y alborotados?	NO	SI Por favor comente:			
¿Tiene su niño dificultad para sentarse en espectáculos públicos?	NO	SI Por favor comente:			
¿Tiene su niño dificultad en el supermercado o tiendas?	NO	SI Por favor comente:			
¿Tiene su niño dificultad con los viajes largos en auto?	NO	SI Por favor comente:			
¿Tiene su niño dificultad para permanecer en la fila?	NO	SI Por favor comente:			
<b>INTERACCIÓN SOCIAL</b>					
¿Su niño muestra un comportamiento agresivo?	NO	SI			
		¿Está dirigido hacia sí mismo?	NO	SI	
		¿Está dirigido hacia otros?	NO	SI	
		Qué tipos de comportamientos muestra? (Circule todos los que apliquen)	Morder	Pellizcar	Patear
¿Su niño exhibe rabietas?	NO	SI			
		Con qué frecuencia ocurren?	___ veces/día O ___ veces/semana		
		¿Qué desencadena las rabietas?			
		En promedio, ¿cuánto tiempo dura una rabieta?			
		Describe las estrategias que son efectivas para ayudar a calmar a su niño durante una rabieta.			
		¿Son las rabietas una fuente de angustia para otros miembros de la familia?	NO	SI	

¿Su niño se siente frustrado, ansioso o abrumado fácilmente?	NO	SI Por favor comente:				
¿Su niño depende en exceso de los padres o es apegado?	NO	SI Las separaciones son un desafío?		NO	SI	
¿Su niño escala fácilmente de lloriqueo a intenso llanto?	NO	SI Por favor comente:				
Si su niño usa un comportamiento repetitivo atípico, ¿qué comportamientos se demuestran? (circule todos los que apliquen)	Aleteo de manos	Balanceo	Golpes a la cabeza	Salto	Huele	
	Aguantar la respiración	Tararear	Hablar consigo mismo	Morder	Objetos a la boca	
	Fijación visual	Gira	Rechinar los dientes	Otro(s):		
¿Su niño se esfuerza con las transiciones entre las actividades?	NO	SI				
		Cuánto tiempo lleva la transición? En promedio				
		Qué transiciones generan dificultad?	Por favor comente:			
		Qué estrategias utiliza para ayudar en esas transiciones?	Por favor comente:			
		¿La dificultad de la transición causa angustia a los miembros de la familia?	NO	SI		
¿Su niño se esfuerza cuando hay una entrada auditiva excesiva en su entorno?	NO	SI Cómo reacciona su niño?				
¿Su niño se esfuerza alrededor de individuos con ciertos tonos de voz?	NO	SI Por favor comente:				
¿Su niño se esfuerza por comunicar sus propias necesidades?	NO	SI Por favor comente:				
¿Cuál es la principal forma de comunicación de su niño?	Hablar	Cantar	Sonidos/Vocalizaciones	Señalar/Gestos	Llorar/Gritar	
¿Con qué frecuencia su niño hace contacto visual durante la conversación?	Menos de 25% del tiempo	25% del tiempo	50% del tiempo	75% del tiempo	100% del tiempo	
¿Con qué frecuencia su niño responde cuando se lo llama por su nombre?	Menos de 25% del tiempo	25% del tiempo	50% del tiempo	75% del tiempo	100% del tiempo	
¿Tiene su niño dificultades para separarse de los padres o del cuidador?	NO	SI Por favor comente:				

¿Parece su niño tener conciencia de los demás?	NO	SI			
¿Parece su niño tener conciencia de él mismo?	NO	SI			
¿A su niño le falta miedo a los extraños?	NO	SI			
¿Cómo reacciona su niño en situaciones nuevas / desconocidas?	Por favor comente:				
¿Tiene su niño dificultad para prestar atención en ambientes ruidosos?	NO	SI	Por favor comente:		
¿Su niño evita regularmente el inicio de la interacción social?	NO	SI			
		Con quiénes?			
		Con qué frecuencia?			
¿Evita su niño mantener la interacción social?	NO	SI			
		Con quiénes?			
		Con qué frecuencia?			
¿Su niño tiene dificultades con la expresión del lenguaje? (circule todos los que apliquen)	NO	SI			
		Se frustra, se pone ansioso y/o abrumado fácilmente	Con frecuencia pronuncia mal las palabras	Pobre articulación, dificultad para comprender	Dificultad en la toma de decisiones
		Voz monótona y plana	Discurso vacilante	Tendencia al tartamudeo	Dificultad para expresar emociones verbalmente
¿Qué rutinas sigues que son útiles para que tu niño socialice?	Especifique:				
¿Qué ocurre si la rutina es interrumpida?	Impacto en el niño:				
	Impacto en los miembros de la familia:				
<b>HABILIDADES DE JUEGO/INTERACCIÓN ENTRE PARES</b>					
¿Es su niño destructivo hacia los juguetes?	NO	SI	Por favor comente:		
¿Su niño se esfuerza por jugar sólo? (excluyendo ver TV)	NO	SI	Por favor comente:		
¿Cuánto tiempo su niño logra jugar sólo?	1-2 minutos	2-5 minutos	5-10 minutos	10-30 minutos	30+ minutos
¿Cuáles son los juegos preferidos de su niño?	Por favor especifique:				

¿Cuánto tiempo se pasa diariamente en las siguientes actividades?	Actividades pasivas (Ej: TV, computadora, etc.)		Actividades de movimiento (Ej: patio del recreo, juego rudo, etc.)			Juegos didácticos /interactivos	
¿Su niño se esfuerza por jugar con otros? (Circule todas las que apliquen)	NO	SI					
		Juego paralelo- Jugando con otros niños	Juego interactivo- Jugando con otros niños	Juego grupal estructurado	Hacer amigos	Juego simbólico	
¿Está su niño preocupado por buscar movimientos intensos durante el juego? (circule todos los que apliquen)	NO	SI					
		Girar	Rebotar	Chocar	Saltar	Balancear	Otro(s):
¿Tiene su niño un fuerte deseo de estructura o control?	NO	SI Por favor comente:					
¿Su niño se esfuerza para jugar en entornos familiares?	NO	SI Por favor comente:					
¿Su niño se esfuerza por jugar en entornos que no son familiares?	NO	SI Por favor comente:					
¿En qué juegos jugará su niño? (circule todos los que apliquen)	Hamacas	Trepadora	Túneles	Escaladores verticales	Calesita	Escaleras	
	Tobogan	Muro de escalada	Puentes	Subi-baja	Caballito con resorte	Otro(s):	
¿Qué juegos su niño evitará? (circule todos los que apliquen)	Hamacas	Trepadora	Túneles	Escaladores verticales	Calesita	Escaleras	
	Tobogan	Muro de escalada	Puentes	Subi-baja	Caballito con resorte	Otro(s):	
¿Su niño evita ciertos tipos de juguetes? (Por ej: Juguetes con textura)	NO	SI Por favor comente:					
¿Muestra su niño poca conciencia de seguridad o participa en actividades que son potencialmente peligrosas (es decir, saltar sin tener cuidado, etc)?	NO	SI Por favor comente:					
¿Cuál de las siguientes actividades "desordenadas" evita su hijo? (circule todos los que apliquen)	Arena	Jugar en el pasto	Dáctilopintura	Masa	Plasticola	Otro(s):	
¿Con cuáles superficies su niño tiene dificultades? (Circule todos los que apliquen)	Subir escaleras	Bajar escaleras	Pasto	Piso con piedritas	Astillas de madera	Arena	

¿Tiene su niño una mala percepción de la profundidad (es decir, elude o parpadea cuando se le lanza una pelota, dificultad con las escaleras)?	NO	SI									
¿Es su niño capaz de levantarse en el pasamanos flexionando brazos y piernas?	NO	SI									
¿Es su niño incapaz de mantener los brazos y piernas flexionados mientras se mueve de barra a barra en el pasamanos?	NO	SI									
¿Con qué habilidades de motricidad gruesa tiene dificultades su niño en comparación con sus compañeros de la misma edad?	Saltar en un pie		Saltar		Salticar		Correr		Andar en triciclo/bicicleta		
<b>HABILIDADES ESCOLARES</b>											
¿A dónde asiste su niño, a preescolar o a la escuela primaria?	Escuela en casa		Guardería		Necesidades especiales, clase de preescolar		Educación Común		Educación Especial		Otro:
¿Su niño tiene preferencia manual?	NO	SI									
		Derecha					Izquierda				
		¿A qué edad la estableció?									
¿Su niño cambia con frecuencia la prensión que utiliza para tomar herramientas/lápice s?	NO	SI									
¿Con qué habilidades de escritura su niño debe esforzarse / evita? (circule todos los que apliquen)	Dibujar Pintar	Trazar	Copiar	Escribir	Uso de presión graduada		Estabilizar el papel al dibujar/escribir	Postura adecuada en escritorio			
					Mucha	Poca					
¿Con qué habilidades motoras finas su niño debe esforzarse / evita? (circule todos los que apliquen)	Agarrando y manipulando tijeras.			Realizando 2 tareas diferentes al mismo tiempo. (es decir, sujetar y girar el papel mientras corta, cortar la comida con un cuchillo y un tenedor)							
¿Con que habilidades su niño se esfuerza? (circule todos los que apliquen)	Encontrar elementos dentro de una "imagen oculta"	Aprendizaje fonético	Decir la hora	Secuenciación de los meses del año	Deletrear	Puzzles y construcción / manipulación de materiales	Responder rápidamente a la instrucción verbal	Escribir números y letras correctamente (sin invertir el orden)			

¿Es su niño inmaduro para su edad al dibujar la figura humana?	NO	SI			
¿Su niño escribe hacia arriba y abajo en el papel?	NO	SI			
¿Con cuál de las siguientes habilidades visuales se esfuerza su niño? (circule todos los que apliquen)	Pobre vision binocular	Usa la vision periférica más que la central	Mantiene los ojos demasiado cerca del trabajo	Cerrar / cubrir un ojo mientras se realiza cerca del trabajo.	Tensión ocular después de leer un corto período de tiempo
	Copiar del pizarrón al papel	Períodos cortos de atención en lectura / copia	Gira la cabeza al leer a través de la página	Perderse con facilidad durante la lectura.	Necesita un dedo o un marcador para mantener el lugar mientras lee.
	Comprensión lectora	Invierte letras o palabras	Vuelve a leer o salta palabras	No mira al manipular objetos	Seguir un objeto en movimiento con el movimiento de la cabeza
¿Tiene su niño dificultad para quedarse quieto en la silla?	NO	SI			
		¿Su niño se agita mientras escucha?	NO	SI	
<b>HABILIDADES DE MOVIMIENTO</b>					
¿Su niño se excita demasiado después de la actividad de movimiento?	NO	SI	Por favor comente:		
¿Muestra su niño las siguientes dificultades de movimiento? (circule todos los que apliquen)	Evita las actividades donde los pies abandonan el suelo.	Evita/teme a las actividades que requieren balanceo	Evitar las actividades motoras gruesas apropiadas para su edad.		
	Pierde el equilibrio /tropieza fácilmente o con frecuencia	Le disgusta ser movido	Arrastra la mano o golpea un objeto a lo largo de la pared al caminar		
	Zapatea / golpea sus pies en el suelo al caminar	Arrastra los pies o tiene un patrón pobre en el talón y el pie al caminar	No logra alternar los pies en las escaleras		
	Mareo excesivo por hamacarse, girar o andar en auto	Resiste tener la cabeza inclinada hacia atrás	Teme caerse cuando no existe ningún peligro real		
	Temeroso de ser lanzados al aire o volteados	Mantiene la cabeza erguida cuando se inclina o si está encima	No le gusta la inversión		
	Confunde derecho e izquierdo	Letárgico o inactivo	Dificultad para moverse entre distintos espacios		
	Dificultad para moverse desde la superficie del piso a otra	Pobre conciencia del esquema corporal	Se apoya en objetos / personas para la estabilidad.		
	Pobre sentido de la dirección o conciencia espacial en relación a sí mismo	Rotación de la cintura pélvica y/o escapular limitada alrededor del centro del cuerpo	Se mueve con ráfagas rápidas de actividades en lugar de un esfuerzo sostenido		
Fija la mandíbula o bloquea las articulaciones principales para lograr estabilidad al aplicar esfuerzo	Parece más débil o se cansa más fácilmente que sus compañeros	Pobre coordinación o sentido del ritmo			
¿A su niño le gusta que lo envuelvan bien en una sábana o manta, o busca espacios reducidos?	NO	SI			

¿Sacude su niño vigorosamente la cabeza o asume con frecuencia una posición al revés?	NO	SI							
¿Puede su niño concebir y organizar un plan de acción para dirigir el juego / movimiento?	NO	SI							
<b>INTERACCIÓN AMBIENTAL DIARIA</b>									
¿Demuestra su niño un miedo irracional a alguno de los siguientes aparatos ruidosos? (circule todos los que apliquen)	Aspiradora	Secador de pelo	Ventilador	Licuada	Cafetera	Inodoro	Deshumidificador	Salidas de aire	Otro(s):
	Por favor comente:								
¿Demuestra su niño un miedo irracional a alguno de los siguientes sonidos ruidosos? (circule todos los que apliquen)	Avionetas/aviones		Camiones		Truenos		Otro(s):		
	Por favor comente:								
¿Está su niño confundido acerca de la dirección de los sonidos?	NO	SI	Por favor comente:						
¿Su niño oye sonidos que otros no notan o antes de que otros lo noten?	NO	SI	Por favor especifique:						
¿Cubre su niño los oídos para cerrar la entrada auditiva objetable o reaccionar de forma exagerada a ruidos inesperados?	NO	SI	Por favor comente:						
¿Su niño asiste al input auditiva menos de unos pocos segundos?	NO	SI	Por favor especifique:						
¿Su niño aparece hipo o hiper sensible al dolor?	NO	SI	Por favor especifique:						
¿A su niño no le gusta tener los ojos cubiertos o estar en la oscuridad?	NO	SI	Por favor comente:						
¿Es su niño demasiado sensible a la luz artificial / luz solar?	NO	SI	Por favor comente:						
¿Parece que su niño necesita "arreglar" el ambiente (es decir, organizar objetos, sillas, etc.)?	NO	SI	Por favor comente:						
¿Evita su niño ambientes / objetos con ciertos olores?	NO	SI	Por favor comente:						
¿Su niño busca ambientes / objetos con ciertos olores?	NO	SI	Por favor comente:						