



H. AYUNTAMIENTO DE TULUM
 Administración 2021-2024

TULUM, QUINTANA ROO A _____ DE _____ DEL AÑO _____

CARTA RESPONSIVA

A QUIEN CORRESPONDA:

LA /EL QUE SUSCRIBE PADRE O TUTOR

_____ DE
 A TRAVES DE LA SIGUIENTE RESPONSIVA, HAGO CONSTAR QUE DOY MI AUTORIZACION
 A MI HIJO/A

_____ DE
 _____ AÑOS DE EDAD PARA ASISTIR AL CENTRO DE EQUINOTERAPIA DEL SISTEMA DIF
 TULUM QUE SE ENCUENTRA UBICADO EN LA CALLE 25 ENTRE AV. 18 Y 20 DE LA COLONIA
 TUMBEN KAA DE ESTA CIUDAD DE TULUM QUINTANA ROO.

MANIFIESTO QUE COMO PADRE DE FAMILIA O TUTOR CONOZCO LOS RIESGOS QUE
 IMPLICA TRABAJAR Y CONVIVIR CON LOS CABALLOS, POR TAL MOTIVO MANIFIESTO EN
 ESTE ACTO, QUE DESLINDO DE TODA RESPONSABILIDAD AL PERSONAL QUE LABORA EN
 ESTE CENTRO DE EQUINOTERAPIA Y AL SISTEMA DIF TULUM DE LO QUE PUDIERA
 SUCITARSE, ASI MISMO MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS
 DOCUMENTOS DE IDENTIDAD Y LOS DEMAS PRESENTADOS EN ESTE ACTO PARA EFECTO
 DE CUMPLIR CON LOS REQUERIMIENTOS, SON LEGITIMOS, POR LO QUE CUALQUIER
 SITUACION QUE PUDIERA LLEGAR A SUCITARSE EN RELACION A SU AUTENTICIDAD, SERA
 RESPONSABILIDAD UNICA Y EXCLUSIVAMENTE DE QUIEN SUSBCRIBE.

ETENTAMENTE

_____ DE
 DOMICILIO: _____

TELEFONOS: _____





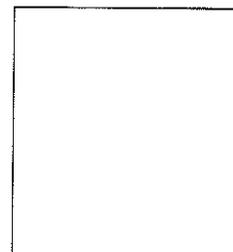
REQUISITOS

- CURP
- ACTA DE NACIMIENTO
- COMPROBANTE DE DOMICILIO (NO MAYOR DE 3 MESES)
- 2 FOTOGRAFIAS
- CREDENCIAL DE ELECTOR DE PADRE Y MADRE
- COMPROBANTE DE INGRESOS
- DIAGNOSTICOS MEDICO



CENTRO DE EQUINOTERAPIA DIF TULUM

DATOS GENERALES



FECHA Y HORA ACTUAL:
FECHA DE INGRESO:
CENTRO DONDE PERTENECEN:

DATOS PERSONALES		
NOMBRE:		
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	GENERO:
OCUPACIÓN:		
DIAGNOSTICO MEDICO:		

DATOS DE LOCALIZACION	
TELEFONO DE CASA:	
TELEFONO DEL TRABAJO:	
TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA:	NUMERO DE UN FAMILIAR:
DOMICILIO:	

N° Expediente: _____

FOTO

ENTREVISTA INICIAL

Fecha de Inicio de Equinoterapia ____/____/____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad (años y meses): _____

Peso: _____ Talla: _____

Nombre del padre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Ocupación: _____

Nombre de la madre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Ocupación: _____

Diagnóstico médico:

Tratamientos:

EQUINOTERAPIA

PSICOTERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES

CANINOTERAPIA

EQUITACIÓN

N° Expediente: _____

EMBARAZO Y PARTO

Su embarazo fue: () Planeado () No planeado () Deseado () No deseado

Su embarazo fue: () Normal () Alto riesgo () Reposo absoluto

¿Tuvo complicaciones durante el embarazo? () No () Sí

¿Cuáles?: _____

El parto fue: () Natural () Cesárea

¿Tuvo complicaciones en el parto? () No () Sí

¿Cuáles? _____

¿Cuánto peso al nacer? _____ ¿Cuánto midió? _____

¿Estancia en incubadora? () No () Sí ¿Cuánto tiempo? _____

Al nacer ¿Cuál fue su alimentación? () Pecho materno () Biberón

Intervenciones quirúrgicas () No () Sí

¿Cuáles?: _____

¿A qué edad?: _____

ENFERMEDADES

¿Qué enfermedades ha padecido?: _____

¿A qué edad?: _____

Presenta algún problema:

() Auditivo () Visual () Motriz () Cerebral

() Respiratorio () Lenguaje () Alérgico () Digestivo

OTROS: _____

N° Expediente: _____

EN LOS PROBLEMAS ANTES MENCIONADOS:

¿Los presentan otros miembros de la familia? () No () Sí

¿Quiénes?: _____

SUEÑO Y ALIMENTACIÓN

¿Tiene problemas al dormir? () Antes () Durante () Después de dormir

¿Cuáles?: _____

Duerme con: () Mamá () Papá () Hermanos () Solo (a)

OTROS: _____

Se despierta con pesadillas: () Sí () No

Suele dormir siestas: () Sí () No

Tiene miedos: () Sí () No

¿Cuáles?: _____

¿Le costó pasar de la alimentación líquida a sólida? () Sí () No

Observaciones: _____

Tuvo problemas de: () Succión () Tragar () Morder

¿Actualmente presenta problemas para comer? () No () Sí

¿Cuáles?: _____

¿Cómo considera su nutrición? Buena () Regular () Mala ()

DESARROLLO EVOLUTIVO

¿Cuándo sostuvo la cabeza?: _____

¿Cuándo se sentó sin ayuda?: _____

¿Cuándo gateo?: _____

¿Cuándo se levantó y se sostuvo en pie?: _____

¿Cuándo empezó a andar?: _____

¿Ha tenido algún problema para caminar? () No () Sí

¿Cuál? _____

N° Expediente: _____

ACTUALMENTE:

Terapias actuales:

Medicamentos:

Médico actual:

Centros terapéuticos:

EVALUACIÓN DE MOTRICIDAD

EJERCICIOS APLICADOS

1. CONTROL DE CABEZA

- a) Inclinación hacia adelante y hacia atrás ()
- b) Inclinación hacia los lados ()
- c) Rotación de cabeza ()
- d) Estabilidad de la cabeza durante el movimiento ()

2. CONTROL DE HOMBROS

- a) Subir y bajar ()
- b) Subir y bajar alternamente ()
- c) Cerrar y abrir ()

3. CONTROL DE BRAZOS

- a) Estirar a los lados ()
- b) Estirar hacia arriba ()
- c) Estirar hacia adelante ()
- d) Tocar hombros con las manos ()

4. CONTROL DE MANOS

- a) Abrir y cerrar puños ()
- b) Girar manos ()
- c) Tocar cada dedo con el pulgar ()
- d) Capacidad de sujetarse a las grapas ()

5. CONTROL DE TRONCO

- a) Rectitud en la columna vertebral ()
- b) Rotación de tronco ()
- c) Flexionar tronco hacia adelante ()
- d) Acostar tronco hacia atrás ()
- e) Tocar los pies del mismo lado ()
- f) Tocar los pies en patrón cruzado ()
- g) Estabilidad del tronco durante el movimiento ()
- h) Flexibilidad del cinturón pélvico ()

N° Expediente: _____

6. CONTROL DE PIERNAS

- a) Apertura de los aductores ()
- b) Levantar piernas hacia adelante ()
- c) Flexionar rodillas sentado ()
- d) Mesa (hincarse sobre el lomo del caballo) ()
- e) Bandera (hincarse sobre el lomo del caballo estirando una pierna) ()
- f) Estirar piernas estando en posición supina ()
- g) Doblar rodillas en posición decúbito prono ()

7. CONTROL DE PIES

- a) Subir y bajar los pies ()
- b) Girar los pies ()

8. SÍMETRIA CORPORAL

- a) Normal ()
- b) Deficiente ()

9. MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS

- a) Frecuentes ()
- b) Ocasionales ()
- c) No hay ()

10. CONCIENCIA E IMAGEN CORPORAL

- a) Muy buena ()
- b) Buena ()
- c) Regular ()
- d) Mala ()
- e) Muy mala ()

11. LATERALIDAD

- a) Segura ()
- b) Insegura ()
- c) No desarrollada ()

12. ELASTICIDAD

- a) Mucha ()
- b) Poca ()
- c) Suficiente ()

N° Expediente: _____

13. AGILIDAD

- a) Mucha ()
- b) Poca ()
- c) Suficiente ()

14. FUERZA MUSCULAR

- a) Mucha ()
- b) Poca ()
- c) Suficiente ()

15. CONTROL DE LA SENSOPERCEPCIÓN

I. Facultad auditiva

- a) Chasquear a la derecha ()
- b) Chasquear a la izquierda ()
- c) Discapacidad auditiva parcial ()
- d) D. auditiva grave ()

II. Facultad visual

- a) Enfocar un objeto ()
- b) Seguir el objeto con la vista ()
- c) Ojo derecho ()
- d) Ojo izquierdo ()

III. Facultad táctil

- a) Hipersensibilidad ()
- b) Hipo sensibilidad ()
- c) Normal ()

IV. Control de lenguaje

- a) Emite sonidos ()
- b) Imita vocales ()
- c) Imita sílabas ()
- d) Imita frases ()

N° Expediente: _____

16. CONDUCTA Y COMPORTAMIENTO

I. CON LOS PADRES

- A) Triste ()
- B) Alegre ()
- C) Tenso ()
- D) Temeroso ()

II. CON LOS MAESTROS

- a) Aceptación ()
- b) Rechazo ()

III. CON EL CO-TERAPEUTA

- a) Aceptación ()
- b) Rechazo ()
- c) Miedo ()

17. CAPACIDAD DE ATENCIÓN Y COMPRESIÓN

- a) Comprende ordenes sencillas ()
- b) Obedece ordenes ()
- c) Capacidad de imitación ()
- d) Nivel de concentración y conducta ()

18. DESARROLLO DE AUTOCONCIENCIA (Sí/no)

- a) Reacciona a su nombre ()
- b) Ubicado en tiempo y espacio ()

19. REACCIÓN A LA SEPARACIÓN TEMPORAL DE LOS PADRES

- a) Lloro ()
- b) Se inquieta ()
- c) Acepta ()

Observaciones y recomendaciones: _____

Nº Expediente: _____

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA:

MARQUE CON UNA "X" LA DOCUMENTACIÓN ENTREGADA POR EL SOLICITANTE:

- Fotografía reciente tamaño infantil a color del paciente.
- Copia de acta de nacimiento.
- Comprobante de domicilio
- Copia del Documento Personal de Identificación de los padres o tutor (a).
- Copia de las evaluaciones, diagnósticos e informes realizados al paciente.
- Certificado médico.
- Certificación médica del paciente haciendo constar que puede montar a caballo (si el jinete padece de algún problema muscular, neurológico o formación ósea).
- Solo a los pacientes con Síndrome de Down se les solicita una radiografía del cuello, para confirmar que el paciente no tiene problemas con la vértebra atlanto-axial.
- Vacuna antitetánica.

APLICACIÓN DE BATERÍA:

MARQUE CON UNA "X" LAS PRUEBAS SELECCIONADAS PARA EL DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA:

- WISC
- WPPSI
- WAIS
- MATRICES PROGRESIVAS (INFANTIL)
- MATRICES PROGRESIVAS (ADULTO)
- BANFE
- NEUROPSI
- BENDER
- CAT
- TAT
- FIGURA HUMANA
- HTP
- FAMILIA
- PERSONA BAJO LA LLUVIA
- OTRA: _____

N° Expediente: _____

EVALUACIÓN

EVALUACION AREA SOCIOMOTORA

- Comunicación
- Cooperación
- Adaptabilidad
- Autoconfianza

EVALUACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA

- Agilidad
- Fuerza muscular
- Elasticidad
- Resistencia física

EVALUACIÓN PSÍCOMOTRIZ

PARÁMETROS A EVALUAR

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| 1. Tonicidad | 6. Agilidad |
| 2. Coordinación psicomotriz | 7. Conciencia corporal |
| 3. Elasticidad | 8. Lateralidad |
| 4. Reflejos tónicos | 9. Fuerza muscular |
| 5. Equilibrio | |

MÉTODO DE EVALUACIÓN. (Observación directa de ejercicios neuromusculares)

Escala de calificación:

10. Excelente
9. Muy bien
8. Bien
7. Regular
6. Mal
5. Muy mal

N° Expediente: _____

Tipo de Relación con los Animales

¿El paciente ha presentado y/o presenta alguno de estos puntos? Marque con una X.

___ Alergias a algún animal ¿Cuál? _____

___ Miedo o fobia a algún animal ¿Cuál? _____

___ Antecedentes de agresión y/o abuso hacia algún animal

___ Antecedentes de agresión y/o abuso hacia alguna persona

Comentarios:

¿El paciente tiene o ha tenido mascotas? () Sí () No ¿Cuáles? _____

¿El paciente ha tenido alguna mala experiencia con animales? () Sí () No

¿Cuáles? _____

¿El paciente y/o tutor conoce acerca de la Terapia Asistida con Animales? () Sí () No

¿Al paciente le gustaría tomar este tipo de terapia? () Sí () No

¿Basado en la siguiente evaluación considera que el paciente es un candidato apropiado para tomar la terapia asistida con animales?

() Sí () No

¿Por qué?

Firma y Nombre del Evaluador

N° Expediente: _____

Entrevista Psicoterapéutica

Motivo de Consulta: _____

Familiograma: