

CLÍNICA PEDIÁTRICA DE TERAPIA, INC.

DRA. CARMEN T. MEDINA, DPT, MSPT, C/ NDT/ GMA



PREVENCIÓN ~ DETECCIÓN ~ TERAPIA PEDIÁTRICA DIAGNÓSTICA INTEGRANDO EVIDENCIA EMPÍRICA

EVALUACIONES Y TRATAMIENTOS EN: *TERAPIA FÍSICA DE NEURODESARROLLO

*INTEGRACIÓN SENSORIAL *MECANISMO SENSORIAL-ORAL-MOTOR *FÉRULAS DE PROGRESIÓN BIOTODS

Checklist para sesiones de la Dra. Medina (padres/acompañantes)

Datos de la sesión

Fecha: _____

Hora acordada: _____

Nombre del participante: _____

Requisitos del bebé (participante directo)

- [] El bebé ha sido alimentado al menos 45 minutos antes de la sesión.
- [] Espacio seguro, estable y acolchonado (colchón o tapete suave).
- [] Área libre de distracciones y objetos peligrosos.
- [] Familiares acompañantes presentes y supervisión constante.
- [] Vestimenta cómoda y adecuada para movilidad.
- [] Materiales preparados: colchoneta/tapete, juguetes simples, bandas suaves, etc.
- [] Señales de fatiga o malestar observadas: describir _____
- [] Registro de progreso disponible (notas anteriores o plantilla): [Sí/No]

Requisitos de los padres/acompañantes

- [] Entorno preparado: iluminación adecuada y espacio para movilidad.
- [] Sin distracciones (celular apagado o en modo silencio durante la sesión).
- [] Participación activa y seguimiento de instrucciones.
- [] Preguntas y dudas anotadas para al finalizar bloques.
- [] Dudas específicas/objetivos de la sesión: _____
- [] Materiales listos: cronómetro, fichas de progreso, guías, etc.

Seguridad y higiene

- [] Materiales limpios y desinfectados antes de la sesión.
- [] Indicaciones claras para cualquier ejercicio que implique contacto.

Registro y seguimiento

- [] Observaciones clave durante la sesión: _____
- [] Plan de acción para casa/centro (próximos pasos): _____
- [] Fecha de próxima sesión: _____

¡Aquí empieza todo!

www.terapiapediatrica.com clinicapediatricadeterapia@gmail.com

Urb. La Riviera 1283 calle 54 SE, San Juan, PR 00921-3144; PHONES: 787- 783-6290, 787-903-4317