



JUNTA DIRECTIVA DEL DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE PASCO
SERVICIOS DE EDUCACIÓN DE ESTUDIANTES EXCEPCIONALES
PRESCRIPCIÓN PARA TERAPIA FÍSICA/OCUPACIONAL

MIS Form #732 Sp.
Rev. 7/13

Necesario para la provisión de servicios de terapia ocupacional. Requerido previo al inicio de servicios de terapia física.

Estudiante _____ Núm. de estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Dirección del hogar _____ Escuela _____

_____ Teléfono del hogar _____

Diagnóstico _____

Precauciones _____

Servicios de Terapia Ocupacional Seleccione a continuación las áreas que sean apropiadas:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación de Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Destrezas motrices de las extremidades superiores |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Habilidades motrices perceptuales |
| <input type="checkbox"/> Programa de Desarrollo | <input type="checkbox"/> Programa de integración sensorial |
| <input type="checkbox"/> Técnicas de alimentación | <input type="checkbox"/> Programa en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Destrezas de vida funcional | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Servicios de Terapia Física Debe seleccionar por lo menos una a continuación:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación de Terapia Física | <input type="checkbox"/> Ejercicios de rango de movimiento |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de Terapia Física | <input type="checkbox"/> Fortalecimiento de las extremidades superiores |
| <input type="checkbox"/> Programa de Desarrollo | <input type="checkbox"/> Fortalecimiento de las extremidades inferiores |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento sobre el modo de andar | <input type="checkbox"/> Entrenamiento sobre la postura |
| <input type="checkbox"/> Destrezas de vida funcional | <input type="checkbox"/> Programa en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Actividades de balance y coordinación | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

_____ Imprima el nombre del médico _____ Firma del médico _____ Fecha _____

_____ Dirección _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____ Teléfono _____

Devuelva el formulario debidamente completado a: District School Board of Pasco County
Office for Student Support Programs and Services
Occupational/Physical Therapist
7227 Land O'Lakes Boulevard
Land O'Lakes, FL 34638