

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Jardín infantil/escuela/clase:

Fecha:



RIT® Kids

REFLEXINTEGRATION

Schule ohne Medizin.

Preguntas sobre el embarazo, el desarrollo del niño y la situación actual		
1. ¿Tenía usted problemas de salud o problemas personales durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
2. ¿Tenía usted que quedarse en cama durante un período largo en el embarazo?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
3. ¿Hubo dificultades en el parto? (una tenaza, una ventosa, el cordón umbilical enredado en el cuello del bebé)?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
4. ¿Ha nacido prematuro su bebé?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
5. ¿Hubo una cesárea de urgencia?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
6. ¿Ha nacido su bebé con una cesárea deseada?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
7. ¿Ha sido inusualmente largo el proceso del parto?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
8. ¿Hubo medidas para aliviar o inhibir los dolores del parto?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
9. ¿Fue el parto un parto de nalgas?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
10. ¿Se ha encontrado su bebé principalmente en la espalda en los primeros meses?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
11. ¿Está de pie su hijo muchas veces con los pies girados hacia adentro?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
12. ¿Está su hijo enormemente sensible a : sonidos	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
13. ¿ : luz/luminosidad	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
14. ¿ : contacto físico	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
15. ¿Está su hijo notablemente medroso?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
16. ¿Sufre su hijo de la ansiedad por separación?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
17. ¿Tiene dificultades su hijo en hacer el dictado?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
18. ¿Tiene su hijo miedo de la escuela (dolor de estómago, náuseas)?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
19. ¿Sufre su hijo de tensiones en la nuca?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
20. ¿Tiene su hijo dificultades de hacer un puño?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
21. ¿Agarre su hijo el lápiz con la mano tensa?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
22. ¿Mueve su hijo la boca o apreta los dientes al escribir o pintar?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
23. ¿Aplica su hijo el lápiz con fuerza en el momento del uso?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
24. ¿Tiene su hijo pocas ganas de escribir o se cansa rápidamente al escribir?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
25. ¿Hace puños su hijo cuando se apoya con los antebrazos en la posición boca abajo con el torso y la cabeza levantados?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
26. ¿Habla su hijo más bien indiscernible?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
27. ¿Tiende su hijo a andar de puntillas?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no

28. ¿Enrolla su hijo los dedos del pie repetidamente?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
29. ¿Se viste su hijo las medias y los zapatos de forma poco conveniente?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
30. ¿Apoya su hijo la cabeza con una o dos manos cuando esté sentado?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
31. ¿Se estira y se despereza su hijo con frecuencia al sentar? (con la cabeza hacia atrás y las piernas hacia adelante)?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
32. ¿Tiene su hijo problemas en mantener el equilibrio?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
33. ¿Tiene su hijo dificultades en copiar de la pizarra?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
34. ¿Hace su hijo los trabajos más bien lentamente?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
35. ¿Pregunta su hijo con frecuencia o pregunta a menudo "¿Qué?"	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
36. ¿A su hijo le parece difícil copiar de la pizarra?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
37. ¿Sufre su hijo del mareo en viajes, por ejemplo al viajar en coche?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
38. ¿Tuerce su hijo las letras como por ejemplo la letra "b" y "d" o escribe en espejo?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
39. ¿Tiene su hijo dificultades de orientación en una habitación?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
40. ¿Tiene su hijo amplios conocimientos verbales, pero no sabe como plasmar el contenido en un papel?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
41. ¿Tiene su hijo dificultades con la escritura (sobre todo con la escritura cursiva)?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
42. ¿Coloca su hijo la hoja en un ángulo de 90 grados al escribir?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
43. ¿Tiene su hijo dificultades con la ortografía, la gramática o la aritmética?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
44. ¿Omite su hijo letras o palabras al leer?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
45. ¿Está su hijo fácilmente irritable o rápidamente enfadado?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
46. ¿Tiene su hijo dificultades en mantener la línea al escribir?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
47. ¿Tiene su hijo dificultades con la lectura? (demasiado lento/una falta de la comprensión escrita)	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
48. ¿Camina su hijo de forma torcida?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
49. ¿Ha mojado su hijo la cama después de los 5 años de edad?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
50. ¿A su hijo no le gusta la ropa apretada?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
51. ¿Parece su hijo muchas veces desorganizado y olvida cosas frecuentemente?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
52. ¿Tiende su hijo a parlotear o habla excesivamente?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
53. ¿Ha omitido su hijo de gatear?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
54. ¿A su hijo le gusta estar sentado en un pie o en los dos?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
55. ¿Enrolla su hijo las piernas alrededor de las patas de la silla al escribir?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
56. ¿Tiene su hijo problemas en capturar una pelota?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
57. ¿Tiene su hijo problemas en aprender nadar sobre todo con la brazada de pecho?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
58. ¿Mira su hijo desconfiadamente muchas veces (la cabeza hacia abajo, la mirada de abajo hacia arriba)?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
59. ¿Tiene su hijo una mirada arrogante muchas veces (la cabeza en la nuca, la mirada desde arriba)?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
60. ¿Tiene su hijo dificultades en sentarse en silencio durante un largo periodo de tiempo?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no

61. ¿Tiene su hijo dificultades en estudiar?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
62. ¿Copia su hijo demasiado lento de la pizarra?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
63. ¿Se cansa su hijo rápidamente al leer?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
64. ¿A su hijo le gusta mucho la rutina?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
65. ¿Deja su hijo distraerse fácilmente?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
66. ¿Sufre su hijo de asma, alergias o infecciones repetidas?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
67. ¿A su hijo le gusta acogerse en un mundo de fantasía?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
68. ¿Es un obstáculo para sí mismo su hijo y no "se mueve"?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
69. ¿Está lloroso su hijo muchas veces?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
70. ¿Tiene su hijo dificultades en concentrarse?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
71. ¿Lleva o ha llevado su hijo aparatos dentales?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
72. ¿Pueden ser observados maloclusiones/un paladar ojival?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
73. ¿Tiene su hijo una salivación excesiva?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
74. ¿Ha estado chupando el dedo su hijo durante mucho tiempo?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Consulte el cuestionario también con el profesor de su hijo.		
Con más de 7 respuestas positivas, se recomienda la verificación de los reflejos activos por el instructor/la instructora de RIT.		
Los reflejos pueden ser responsables para dificultades de aprendizaje o problemas de conducta de su hijo.		
www.rit-reflexintegration.de		

