



CUESTIONARIO PARA INTERACCIÓN/ TERAPIA CON DELFINES

Nombre y apellido del niño:

Fecha y lugar de nacimiento:

Dirección

calle: _____

ciudad : _____

provincia : _____

código postal: _____

Teléfono, Fax y e-mail: _____

Altura y peso: _____

Diagnostico: _____

Estado de salud actual: _____

Problemas de salud anteriores. _____

Tratamientos (medicamentos, operaciones, terapias): _____

Resultados: _____

Nombre y dirección del colegio: _____

Nombre y dirección del medico o terapeuta: _____

Hermanos: si no ¿cuantos? _____

¿Le gusta los animales, cuales? _____

¿Le gusta el mar, la piscina, nadar? _____

¿Alguna enfermedad de visión? _____

¿Alguna enfermedad auditiva? _____

¿Es incontinente? _____

Lengua materna: _____

Motivo de la solicitud de terapia con delfines: _____

¿Ha asistido ya a una terapia con delfines (en Mundomar u otro centro)? _____

Experiencias con animales (positivas/ negativas): _____

Experiencias con agua (positivas/ negativas): _____

Físico

¿Tiene control muscular de la cabeza? _____

¿Puede andar? _____

¿Tiene control de los brazos/ puede tocar cosas? _____

Social- emocional

¿Puede mirar en los ojos y mantener la mirada? _____

¿Puede tener contacto social con otras personas (Hablar, reír, etc.)? _____

¿Tiene miedo sin sus padres? _____

¿Puede adaptarse bien al cambio de ambiente? _____

Comportamiento

¿Es agresivo con otras personas? _____

¿Se hace daño a sí mismo (se golpea la cabeza, se muerde, etc.) _____

¿Se pone furioso, tiene ataques de rabia? _____

Como se comunica

¿Puede vocalizar o hacer sonidos? _____

¿Puede formar palabras o frases? _____

¿Puede iniciar una conversación? _____

Nivel de comprensión

¿Reacciona cuando le llaman? _____

¿Puede obedecer ordenes simples? _____

¿Se reconoce el entorno? _____

Por favor remitir **informes médicos, informes del colegio**, y todo tipo de información importante sobre el historial del niño.

Por favor confirmar que ha rellenado el formulario con datos reales y con el consentimiento del paciente o de la persona responsable (padres, medico, terapeuta). Además Usted está de acuerdo que nuestro personal medico pueda recibir y elaborar éstas y otras informaciones necesarias. Todas las informaciones serán confidenciales.

No existe responsabilidad por los daños que se pudieran ocasionar dentro del Parque.

¿Si fuera seleccionado, cuando le agradaría venir? La terapia/ interacción asistida por delfines puede tener duración de **una semana**,

_____ semana de sustitución : _____

Nombre y apellido de la persona que rellena este formulario e indicar el tipo de relación con el niño:

Firma: _____

Por favor mandar este cuestionario a:

FUNDACION AQUALANDIA MUNDOMAR
A/A. Camino Herreros París
Sierra Helada, s/n
03503 Benidorm

Tfno.- 00 34 96 586 9101
Fax.- 00 34 96 586 8889
fundacion-aqualandia@mundomar.es