



**DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
 PLAN DE TRABAJO DE TERAPIA ASISTIDA CON
 DELFINES**

1. DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO

Nombre:	
Edad:	
Fecha de nacimiento:	
Diagnóstico:	
Teléfono:	
Dirección:	
Nombre de los padres o tutores (si aplica):	
Fecha de la terapia:	

2. ANTECEDENTES DEL PACIENTE:

(Anotar la respuesta de los padres o tutores)

A) ¿El beneficiario tiene familiares directos relacionados con su diagnóstico?

B) ¿Durante el embarazo o parto el beneficiario tuvo alguna complicación?

C) ¿El paciente tiene alergias o alguna enfermedad?



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
PLAN DE TRABAJO DE TERAPIA ASISTIDA CON
DELFINES

D) ¿El beneficiario está bajo algún tratamiento médico?

E) Durante el desarrollo temprano (0 a los 6 años) ¿El beneficiario recibió alguna terapia o tratamiento?

3. EVALUACIÓN DEL BENEFICIARIO



**DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
PLAN DE TRABAJO DE TERAPIA ASISTIDA CON
DELFINES**

4. MARQUE CON UN (X) EL ÁREA O ÁREAS CON LAS CUALES SE TRABAJARÁ CON EL BENEFICIARIO DURANTE LA TERAPIA ASISTIDA CON DELFINES

EMOCIONAL	
SOCIALIZACIÓN	
MOTRICIDAD	
OTRA ESPECIFIQUE	

5. DESCRIBA LOS OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN LA TERAPIA ASISTIDA CON DELFINES:

**NOMBRE Y FIRMA
TERAPEUTA DEL DELFINARIO SONORA**