



GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
PROVINCIAL DEL GUAYAS

Oficio No. 03803-PG-JJV-2018

Guayaquil, Junio 27 de 2018

Señores

Lcda. Noris Arroyave Hernández, **COORDINADORA GENERAL DE MEJORA CONTINUA**

Lcda. Kenia Zuloaga Sánchez, **COORDINADORA GENERAL DE INCLUSIÓN SOCIAL Y CULTURA**

Ab. Marlon Vera Delgado, **DIRECTOR PROVINCIAL DEL CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA**

Ing. Patricio Ordóñez Bustamante, **DIRECTOR PROVINCIAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN TIC'S**

GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS

En sus despachos.-

De mis consideraciones:

En virtud a lo expuesto en el Memorando No. **043-NAAH-CGMC-GPG-2018**, fechado hoy, miércoles 27 de junio de 2018, suscrito por la Lcda. Noris Arroyave Hernández, Coordinadora General de Mejora Continua, apruebo, el **INSTRUCTIVO DE EJECUCIÓN DE SERVICIOS DEL CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA**, cuya copia certificada acompaño.

Ante lo expuesto, sírvanse proceder, en el ámbito de sus competencias, con la difusión, aplicación y cumplimiento obligatorio del mismo; y, autorizo a la Lcda. Noris Arroyave Hernández, Coordinadora General de Mejora Continua, para que publique el antes mencionado instructivo y realice su respectivo seguimiento.

Atentamente,


Jimmy Jaira Vallazza

PREFECTO PROVINCIAL DEL GUAYAS

JJV/JAS/TQF

Adj.: Lo indicado
c.c.: Directora Provincial de Talento Humano
Archivo

GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS
COORDINACIÓN GENERAL DE MEJORA CONTINUA
FECHA 27-06-2018
HORA _____
RECIBIDO _____
ANEXOS 26 anexos originales

 **Prefectura
Guayas**



GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
PROVINCIAL DEL GUAYAS

Fauce
03803-PC
27/06
AP

MEMORANDO No. 043-NAAH-CGMC-GPG-2018

DE: COORDINADORA GENERAL DE MEJORA CONTINUA
PARA: PREFECTO PROVINCIAL DEL GUAYAS
FECHA: JUNIO 27, 2018
REF: INSTRUCTIVO DE EJECUCIÓN DE SERVICIOS DEL CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA

En virtud a las atribuciones establecidas en el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos asignadas a la Coordinación General de Mejora Continua, las cuales indica:

1. *Coordinar la definición de estándares para la presentación de manuales administrativos, diseño de metodologías y herramientas.*
2. *Coordinar y aprobar los parámetros y lineamientos para levantar, optimizar y presentar procesos institucionales.*

Solicito a usted se sirva AUTORIZAR la implementación del INSTRUCTIVO DE EJECUCIÓN DE SERVICIOS DEL CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA, mismo que fue consensuado, revisado, validado y suscrito por los responsables de cada una de las áreas involucradas.

Una vez autorizado, el documento citado en la referencia será publicado en el portal web institucional, en el link: <https://portalinterno.guayas.gob.ec/paginas/procesos-y-normativas>.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE
SECRETARÍA GENERAL
-TSCC-
Anexos: _____
Fecha: 27/06/18 Hora: _____
La recepción de esta solicitud, no significa que su contenido esté aprobado


LCDA. NORIS ARROYAVE HERNÁNDEZ
COORDINADORA GENERAL DE MEJORA CONTINUA

Cc: Dirección Provincial de Centro de Equinoterapia

Archivo

Adj. Lo Indicado

Elaborado por: Ing. Lissette Flores Barcia



Coordinación de
MEJORA CONTINUA

 GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO PROVINCIAL DEL GUAYAS	INTRUCTIVO DE EJECUCIÓN DE SERVICIOS DEL CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA	IN-GPG-CIE-001 <table><tr><td>Fecha de elaboración:</td><td>2017/09/10</td></tr><tr><td>Fecha de aprobación:</td><td>2018/06/25</td></tr><tr><td>Versión:</td><td>1.00</td></tr></table>	Fecha de elaboración:	2017/09/10	Fecha de aprobación:	2018/06/25	Versión:	1.00
Fecha de elaboración:	2017/09/10							
Fecha de aprobación:	2018/06/25							
Versión:	1.00							

1. Objetivos

Establecer un procedimiento para cada uno de los servicios de rehabilitación, estimulación y adquisición de habilidades sociales que brinda el CIE a los usuarios con diferentes discapacidades.

2. Alcance

El documento será de conocimiento para los usuarios que acceden a los servicios de terapias y colaboradores del CIE.

3. Normativa legal

- Constitución de la República del Ecuador
- Código de la Niñez y Adolescencia
- Reglamento para la difusión de publicidad en los medios de comunicación social en cuya producción participen o esté dirigida a niñas, niños y adolescentes (Resolución No. Cordicom-2014-ple-039)
- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Gobierno Provincial del Guayas.

4. Definiciones y/o Abreviaturas

GADPG: Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial del Guayas.

DPCIE: Dirección Provincial del Centro Integral de Equinoterapia.

CIE: Centro Integral de Equinoterapia.

USUARIOS: Persona que recibirá los servicios del CIE

TERAPEUTA: Persona que busca desarrollar al máximo las destrezas y habilidades, de los usuarios y la interrelación con la familia y su entorno.

SERVICIOS DE TERAPIAS: Rehabilitación basada en servicios de terapias, con la finalidad fundamental de la recuperación y la preparación de desarrollar estrategias cotidianas que ayuden al usuario a llevar una vida activa.

5. Unidades intervinientes

Dirección Provincial del CIE, usuarios.

6. Generalidades

- Cada terapeuta es responsable de la información y el registro de sus fichas y/o reportes, así como también de las actividades que realiza con los usuarios.
- El terapeuta debe tener el expediente completo del usuario para realizar correctamente las actividades diarias.
- La ficha técnica de Relato Detallado servirá como soporte de la Ficha de Planificación y Control Cuatrimestral.

- En caso de inasistencias, el representante deberá justificar a través del documento Carta de Justificación (**ANEXO 6**) los motivos que causaron dicho evento, en caso de enfermedad debe adjuntar certificado médico.
- Para solicitar un Certificado de Asistencia al CIE, el representante deberá llenar el formulario Solicitud de Certificado de Asistencia (**ANEXO 7**) en recepción, el documento será entregado de manera inmediata.
- En caso de que el usuario falte a una o más sesiones programadas, el terapeuta debe remitir al final del día el formulario de Control de Asistencia Diario (**ANEXO 8**) al jefe de terapia para su respectivo registro.
- Si el representante está interesado en agregar o cambiar terapias para su dependiente, deberá llenar la Solicitud de Terapias (**ANEXO 9**) y se realizará un estudio de caso donde se concluye si es pertinente aceptar la solicitud planteada.
- En caso de permiso o retiro de las terapias de servicios, el representante deberá solicitar en recepción una Carta de Retiro-Permiso (**ANEXO 10**) en donde detallará el motivo por la cual no podrá seguir asistiendo.
- Dentro del expediente del usuario deberá contar el formato de Asignación de Terapias¹ en donde constarán las terapias asignadas.
- Los padres o representante legal deberán asistir a las casas abiertas, convocatorias y talleres de lo que son partícipes los usuarios que pertenecen al CIE.
- Los usuarios y padres/representante legal podrán trasladarse al CIE por medio de buses que son parte del servicio que brinda la Institución para dar facilidad a los usuarios. Los buses estarán ubicados en los sectores previamente establecidos por el CIE, de acuerdo a las rutas que son determinadas de acuerdo al flujo de beneficiarios.

7. Descripción

Para acceder a los servicios que brinda el CIE, se procederá de la siguiente manera:

1. El terapeuta realiza una entrevista inicial al usuario y al padre/representante legal mediante la cual recopila información general y evalúa el desempeño del niño durante la entrevista. (**ANEXO 1**)²
2. El usuario debe pasar por una etapa de adaptación, con el propósito de integrar a los representantes durante algunas terapias, para poder observar el vínculo que existe entre ellos y darles las recomendaciones diarias.
3. El terapeuta elabora una Ficha de Planificación y Control Cuatrimestral (**ANEXO 2**) donde se detallan los objetivos que se desean alcanzar de forma semanal y donde se dará seguimiento de los avances.

¹ Ver Proceso de Ingreso al CIE, anexo 5.

² El anexo varía de acuerdo a la terapia.

4. El terapeuta debe llenar el Control de Asistencia (**ANEXO 3**)³ por cada sesión realizada, con la finalidad de contar con el registro de asistencia diaria de los usuarios.
5. Al final de cada sesión el terapeuta registra los avances logrados por medio de la Ficha de Relato Diario Detallado (**ANEXO 4**)⁴ de todas las actividades realizadas con las observaciones correspondientes de cada usuario.
6. Considerando el desenvolvimiento del usuario, el terapeuta realiza un Informe De Derivación (**ANEXO 5**), donde se determina quienes deben ser derivados a otras terapias en caso de que amerite, de acuerdo a los siguientes documentos:
 - Informe de Derivación en el proceso de adaptación (**ANEXO 5A**), cuando el usuario ingresa por primera vez, y no logra adaptarse en sus 3 primeras citas.
 - Lista de Usuarios Derivados (**ANEXO 5B**), el terapeuta envía dicha lista a Jefatura junto con el Informe de Derivación Breve (**ANEXO 5C**) para estudiar la posibilidad de que dichos usuarios sean derivados a otras terapias porque ya se cumplió con los objetivos trazados al inicio del plan terapéutico.
 - Informe de Derivación Cuatrimestral (**ANEXO 5D**), esta ficha es para derivar al usuario que ya logró sus objetivos dentro de la terapia asignada.

Para cada uno de los servicios que brinda el CIE, se deberá considerar las siguientes especificaciones:

a. Servicio de Equinoterapia:

Es una terapia complementaria, cuyo objetivo es mejorar y/o disminuir las limitaciones de los usuarios teniendo como principal herramienta al caballo.

Encaminado a mejorar la parte cognitiva, sensorial, psicológica, conductual.

b. Servicio de Estimulación Temprana:

La Estimulación Temprana va dirigida a niños y niñas desde que nacen hasta los 6 años de edad, que presenten trastornos en las diferentes áreas de desarrollo: cognitiva, lenguaje, socio afectiva, motricidad gruesa y fina.

c. Servicio de Hidroterapia:

Es el uso del agua con fines terapéuticos, sirve como tratamiento de varias lesiones, enfermedades y trastornos.

- Se evalúa al usuario dentro de la piscina para definir los siguientes puntos:
 - Conducta dentro del área
 - Tono muscular
 - Limitaciones del movimiento

³ El anexo varía según la terapia, para terapias individuales se deberá utilizar el anexo 3A y para las grupales el 3B.

⁴ El anexo varía según la terapia, para terapias individuales se deberá utilizar el anexo 4A, para las grupales el 4B y asistidas por caballos 4C.

- El usuario debe respetar el reglamento interno del uso de la piscina de hidroterapia que se encuentra en las instalaciones para un mejor cuidado y mejor funcionamiento.
- El proceso de adaptación tiene las siguientes actividades:
 - Caminar por las escalones
 - Juego recogiendo y encestando las pelotas
 - Caminar agarrando tabla
 - Utilizar la boya estando en los escalones
 - Estar tendido sobre la tabla

d. Servicio de Horticultura:

La horticultura terapéutica contribuye a mejorar la calidad de vida, salud, educación, participación social y la inclusión socio-laboral de las personas. Es más probable que ocurra en un medio ambiente asociado con paz y quietud, como espacios abiertos y pasajes naturales.

e. Servicio de Musicoterapia:

La musicoterapia es un proceso constructivo, en el cual el terapeuta brinda apoyo al paciente a mejorar y mantener una autonomía utilizando como fuerza dinámica de cambio experiencias musicales, abriendo canales de comunicación y fomentando una relación de participación social.

Su objetivo principal es desarrollar el potencial en las funciones del individuo para poder alcanzar la integración inter-intrapersonal, y consecuentemente mejorar su autonomía y calidad de vida a través:

- Prevención
 - Rehabilitación
 - Tratamiento
- En la etapa de adaptación se identifica el desempeño funcional motriz y cognitivo, habilidades desarrolladas acorde a su necesidad.
 - Se realiza las sesiones grupales hasta máximo 6 usuarios donde le permite la adaptación de actividades, donde se toma la improvisación musical de instrumentos como punto de partida.

f. Servicio de Psicopedagogía:

La psicopedagogía es una disciplina que tiene como fin analizar los comportamientos humanos relacionados a la educación, el aprendizaje y su principal objetivo es crear distintas herramientas o procesos para incrementar la educación de los usuarios. La formación del terapeuta y un análisis psicológico de cada situación son algunas de las posibles maneras de abordar este tema.

- Esta terapia psicopedagógica va dirigida a usuarios con:
 - Asperger
 - Autismo

- Discapacidad Intelectual
 - Problemas de aprendizaje
 - Problemas de lenguaje
 - Síndrome de Down
 - TDHA
 - Síndromes y afectaciones cerebrales.
- Las actividades terapéuticas utilizadas:
- Técnicas de grafomotricidad
 - Técnicas de artes plásticas
 - Destrezas cognitivas
 - Juegos simbólicos
 - Narración de cuento
 - Comunicación asertiva
 - Lectura comprensiva
 - Percepción visual
 - Aprendizajes académicos
 - Técnicas alfabéticas
 - Técnicas numéricas
 - Lateralidad
- El terapeuta indica al padre de familia o cada representante lo trabajado para que refuercen en casa.

g. Servicio de terapia de lenguaje:

La Terapia de Lenguaje es el área de rehabilitación que trabaja con niños y adultos que presentan dificultades del habla, lenguaje y/o comunicación, problemas con la producción de sonidos, o dificultades con el aprendizaje del lenguaje, es decir, fallas al combinar las palabras para expresar ideas. Sirve para corregir todos aquellos trastornos o alteraciones relacionados con el uso del lenguaje y habla.

- El terapeuta evalúa al usuario para detectar las áreas que debe trabajar.

h. Servicio de Psicología:

El servicio de terapia Psicológica que reciben los usuarios del CIE, sirve para fortalecer las relaciones interpersonales, intrafamiliares, problemáticas comportamentales y conflictos emocionales, por los que atraviesan los usuarios y así optimizar el progreso en las demás terapias.

Además en el área de psicológica se realiza las valoraciones de cada uno de los usuarios que desean ingresar al CIE, por primera vez y se determinan cuáles son las terapias más convenientes para cada uno de los futuros usuarios evaluados.

A continuación se describirá cada una de las fases del proceso terapéutico psicológico que reciben cada uno de los usuarios que reciben terapia psicológica en el CIE.

- Proceso de adaptación puede durar varias sesiones donde aplicamos la observación y ciertas técnicas de abordaje terapéutico.

- Se realiza una intervención Psicológica o Sesiones Terapéuticas donde se aplican diferentes técnicas psicológicas, donde se llevara el registro de los avances por medio de la ficha técnica de relato detallado.
- Elaboración de Informes Psicológicos de Pacientes detallado en donde se le explica los logros terapéuticos alcanzados por el usuario a lo largo de la terapia y se hacen recomendaciones a los padres.

i. Servicio de terapia física:

Permite al individuo mantener la estabilidad y la orientación durante las actividades tanto estáticas como dinámicas. Los usuarios a quienes van dirigida este tipo de servicio de terapia física:

- Parálisis Cerebral Infantil (PSI).
 - Hemiplejias.
 - Paraplejias.
 - Cuadraplejias.
 - Accidentes cerebro- vasculares (ACV).
 - Síndrome de west.
 - Trastornos Neuro Musculares.
 - Deficiencias músculos- Esqueléticas.
- El terapeuta realiza las evaluaciones al usuario que ingresa al área de terapia física.
 - El terapeuta enseña al padre de familia la manera correcta de colocar y usar una órtesis según la necesidad del usuario y discapacidad y los diferentes ejercicios que debe reforzar en casa.

Tenemos entre la terapia física:

j. Servicio de terapia Ocupacional:

Disciplina de la salud que se encarga del estudio integral de las personas con o sin discapacidad mediante el abordaje de cada una de las áreas del desarrollo humano, tales como:

- Senso-perceptivo
- Motor grueso
- Motor fino
- Cognitivo
- Psicosocial
- AVD (Actividades de la vida diaria)

La terapia ocupacional tiene tres objetivos importantes los cuales son:

- mantener,
- prevenir y
- mejorar

- El terapeuta realiza una serie de proceso de evaluaciones (cuatro) donde intervienen diferentes actividades tales como:
 - Área socio afectiva
 - Cognitivo, socio afectivo
 - Motriz, socio afectivo
 - Sensorial, socio afectivo

k. Servicio de terapia deportiva:

El principal objetivo de las actividades deportivas, es la de fortalecer el sistemas muscular de las extremidades superiores inferiores, además articulaciones de las mismas y coordinación del movimiento. Las actividades que se realizan dentro de esta terapia son principalmente: juegos lúdicos, tumbar los conos que están alineados, entre otros siempre aplicando el trabajo en equipo.

- El terapeuta realiza demostración de actividades deportivas al usuario, para su adaptación del mismo.

l. Servicio de Bailoterapia:

La bailoterapia se distingue por la ejecución de un conjunto de movimientos ordenados al compás de un ritmo musical con características especiales, la práctica de bailo terapia es importante ya que permite al usuario su desarrollo integral.

- El terapeuta instruye a los representantes sobre las actividades de trabajo localizado: física, social, conducta, sensorial, cognitivo, y visomotor.

m. Servicio de Arteterapia:

La arteterapia como parte de la Psicoterapia, utiliza las artes (la plástica, música, teatro, escritura, danza, títeres, máscaras, etc.) como medio para recuperar o mejorar la salud mental y el bienestar emocional del usuario.

n. Servicio de Mecanoterapia:

Es la utilización terapéutica e higiénica de aparatos mecánicos destinados a provocar y dirigir movimientos corporales regulados en su fuerza, trayectoria y amplitud. La mecanoterapia va dirigida a todas las discapacidades físicas como: P.C.I, síndrome de Down, hemiplejia, cuadriplejia, retraso psicomotriz, paraplejia, distrofia muscular, ELA, T.E.A, síndrome de rett, se realizan actividades terapéuticas tales como:

- Actividades de psicomotricidad gruesa
- Marcha en paralela con obstáculos
- Reeducción de marcha en rampa
- Actividad en bipedestador
- Ejercicios activos asistidos
- Ejercicios pasivos asistidos
- Fortalecimiento muscular con bandas elásticas
- Corrección postural con escalera sueca
- Ejercicios con el balón terapéuticos



o. Terapia Familiar

La terapia familiar es importante debido a que trata los diferentes desórdenes emocionales en los que se ve envuelto el sistema familiar.

La familia es el grupo primario y la terapia familiar interviene, no en el paciente individual, sino en el grupo familiar visto como un todo orgánico.

El objetivo de la terapia familiar no es corregir el problema que se consulta o adecuar personalidades al entorno familiar sino más bien enseñar a la familia una nueva forma de vivir.

Se trabaja por medio de una evaluación familiar, que consiste en entrevistas familiares de modo que se pueda establecer la estructura y el proceso de la interacción familiar para determinar cómo la familia influencia y a la vez es influenciada por la conducta de cada uno de sus miembros y así reunir la información pertinente para decidir el objetivo y la viabilidad de la terapia.

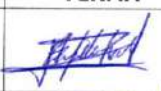
p. Terapia de Lengua de Señas

La terapia de lengua de señas consiste en enseñar a niños con diagnóstico de hipoacusia bilateral este lenguaje de modo que puedan tener una herramienta para comunicarse y entender el mundo externo.

El terapeuta actúa como un mediador lingüístico enseñando primeramente el vocabulario básico de señas hasta ir a lo más especializado.

Para esto es importante en la terapia determinar si el usuario posee algún tipo de lenguaje, evaluar qué señas reconoce y que nivel de comunicación en señas mantiene, de esta manera se pueden establecer objetivos y por ende un plan terapéutico apropiado a cada caso individual dependiendo de la patología de cada uno.

8. Firmas de Revisión y Aprobación

ACCIONES	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaborado por:	Tnlga. Estefanía Vera Ronquillo	Analista 1 Administrativo	
	Ing. Lissette Flores Barcia	Jefe 2 de Gestión por Procesos y Mejora Continua (e)	
Revisado por:	Lcda. Noris Arroyave Hernández	Coordinadora General de Mejora Continua	
Validado por:	Psic. Gia Badillo Taiano	Jefe de Psicología del CIE	
Aprobado por:	Ab. Marlon Vera Delgado	Director de Centro Integral de Equinoterapia	

ANEXO 1 A



GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS
CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA



FICHA DE ENTREVISTA INICIAL – SERVICIO DE TERAPIA ASISTIDA CON CABALLOS

Elaborado por:							
Apellidos:				Nombres:			
Fecha de nacimiento:				Fecha de ingreso al área:			
Nombre del representante:							
Teléfono:							
Diagnóstico:							
Marque con una X las terapias que recibe:							
T.A.C.	Psicología	Psicopedagogía	T.Ocupacional	T.Lenguaje	T.Familiar		
Musicoterapia	Hidroterapia	Mecanoterapia	E. Temprana	T. Física	Deporte		
Horticultura	Bailoterapia	Arteterapia	Boccia	Otras:			
Antecedentes:							
Desarrollo:							
¿Convulsiones? SI () NO () Frecuencia:							
¿Tiene válvulas? SI () NO ()							
¿Posee algún tipo de sonda gástrica? SI () NO ()							
¿Utiliza fundas de colostomía? SI () NO ()							
¿Toma medicamentos? SI () NO () ¿Cuáles?							
¿Por qué motivo?							
¿Posee algún tipo de alergia? SI () NO () ¿Cuáles?							

TERAPEUTA

JEFE DE ÁREA

ANEXO 1 B

	GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA	
---	--	---

ENTREVISTA INICIAL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Elaborado por:											
Apellidos:				Nombres:							
Fecha de nacimiento:				Fecha de ingreso al área:							
Nombre del representante:											
Teléfono:											
Diagnóstico:											
Marque con una X los servicios que recibe:											
T.A.C.	☐	Psicología	☐	Psicopedagogía	☐	T.Ocupacional	☐	T.Lenguaje	☐	T.Familiar	☐
Musicoterapia	☐	Hidroterapia	☐	Mecanoterapia	☐	Estimulación Temprana	☐	T. Física	☐	Deporte	☐
Horticultura	☐	Baileterapia	☐	Arteterapia	☐	Boccia	☐	Otras:			
Antecedentes: _____											

Desarrollo: _____											

Habilidades adquiridas:											
Área física (Desarrollo de motricidad fina y gruesa) : _____											

Área cognitiva: _____											

Área de lenguaje: _____											

Área socio afectiva: _____											

Área sensorial: _____

Escolaridad: _____

Autonomía: _____

Conducta habitual: _____

Juegos preferidos: _____

Temor o fobia: _____

Hábitos alimenticios: _____

Alergias: _____

¿Toma medicamentos? SI () NO () ¿Cuáles? _____

¿Ha tenido convulsiones? SI () NO () Frecuencia: _____

TERAPEUTA

JEFE DE ÁREA

ANEXO 1 C

		GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA			
FICHA DE ENTREVISTA INICIAL - SERVICIO HIDROTERAPIA					
Elaborado por:					
Apellidos:		Nombres:			
Fecha de nacimiento:		Fecha de ingreso al área:			
Nombre del representante:					
Telefono:					
Diagnóstico:					
Marque con una X las terapias que recibe:					
T.A.C.	Psicología	Psicopedagogía	T. Ocupacional	T. Física	
Musicoterapia	Hidroterapia	Mecanoterapia	E. Temprana	T. Familiar	
Horticultura	Bailoterapia	Arteterapia	T. Lenguaje	Deporte	
Convulsiona: SI () NO () Frecuencia:					
Alergias					
Cuadros Gripales Consecutivos: SI () NO () Frecuencia:					
Asma y/o Enfermedades Respiratorias					
Tono Muscular: Hipertónico () Hipotónico () Mixto ()		Control Cefálico: SI () NO ()			
Control de Tronco: SI () NO ()		Marcha Independiente: SI () NO ()			

Terapeuta

Jefe de Área

ANEXO 1 D



GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS
CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA



FICHA DE ENTREVISTA INICIAL – SERVICIO DE HORTICULTURA TERAPEÚTICA

Elaborado por:

Apellidos:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

Fecha de ingreso al área:

Nombre del representante:

Teléfono:

Diagnóstico:

Marque con una X las terapias que recibe:

T.A.C.	☐	Psicología	☐	Psicopedagogía	☐	T.Ocupacional	☐	T.Lenguaje	☐	T.Familiar	☐
Musicoterapia	☐	Hidroterapia	☐	Mecanoterapia	☐	E. Temprana	☐	T. Física	☐	Deporte	☐
Horticultura	☐	Bailoterapia	☐	Arteterapia	☐	Boccia	☐	Otras:	☐		

Antecedentes:

Desarrollo:

¿Cómo está su estado de salud actualmente? _____

¿Usted es alérgico a? :

Plantas () Tierra () Agua () Pinturas () Otros _____

Picaduras de: mosquitos () abeja () gusano () Otros _____

¿Presenta alguna tipo de dificultad visual? _____

¿Presenta dificultad física en sus miembros superiores y/o inferiores? _____

¿Sigue consignas u órdenes establecidos? _____

¿Le gusta trabajar en grupos? _____

¿Interactúa con sus pares o adultos en casa, escuela, parque, etc? _____

¿Presenta dificultad para manipular objetos? :

Regaderas () Palas () Espeques () Carretillas () Semillas () Otros _____

¿Cómo ingresa el usuario al lugar de la terapia? _____

Saluda () Mira al terapeuta () Saluda a sus compañeros () Fija su mirada en algo ()

¿El usuario ingresa solo al área o necesita asistencia? _____

¿Le gusta ensuciarse las manos? _____

¿Al estar solo(a) llora? _____

¿Le gusta estar acompañado de sus padres? _____

¿Qué reacciones presenta al tener frente a él una planta pequeña o un árbol? _____

¿Presenta algún tipo de miedo a las plantas, utensilios de jardín, insectos u otros? _____

Observaciones: _____

TERAPEUTA

JEFE DE ÁREA

ANEXO 1 E



GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS
CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA



FICHA DE ENTREVISTA INICIAL – MUSICOTERAPIA

Elaborado por:

Apellidos:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

Fecha de ingreso al área:

Nombre del representante:

Teléfono:

Diagnóstico:

Marque con una X las terapias que recibe:

T.A.C.	☐	Psicología	☐	Psicopedagogía	☐	T.Ocupacional	☐	T.Lenguaje	☐	T.Familiar	☐
Musicoterapia	☐	Hidroterapia	☐	Mecanoterapia	☐	E. Temprana	☐	T. Física	☐	Deporte	☐
Horticultura	☐	Bailoterapia	☐	Arteterapia	☐	Boccia	☐	Otras:	☐		

Antecedentes : _____

Desarrollo:

Historia sonoro-musical del usuario :

Ante un estímulo auditivo, ¿Cómo es la atención de su hijo?

¿Cuáles son los sonidos y músicas más habituales en su hogar?

¿Le ponen música a su hijo?

¿Cuál le gusta más y cuál no le gusta?

¿Qué hace cuando no le gusta?

¿Tiene programa de TV/canción favorita? ¿Cuál?

¿Tiene algún instrumento musical en su casa? Si la respuesta es sí, cual y quién toca?

¿Ha presentado deseo o rechazo ante algún sonido o ruido? ¿En qué circunstancias?

¿Cuándo la radio o la televisión están encendidas, su hijo canta con la música? ¿Cuál es la reacción?

¿Tiene su hijo algún juguete musical? ¿Cuál? ¿Qué tipo de sonido tiene?

¿Cuáles cree que son los sonidos del ambiente o entorno que escucha más su hijo?

TERAPEUTA

JEFE DE AREA

ANEXO 1 F

	GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA	
---	--	---

FICHA DE ENTREVISTA INICIAL –SERVICIO DE PSICOPEDAGOGÍA

Elaborado por:							
Apellidos:				Nombres:			
Fecha de nacimiento:				Fecha de ingreso al área:			
Nombre del representante:							
Teléfono:							
Diagnóstico:							
Marque con una X las terapias que recibe:							
☐ T.A.C.	☐ Psicología	☐ Psicopedagogía	☐ T.Ocupacional	☐ T.Lenguaje	☐ T.Familiar	☐	☐
☐ Musicoterapia	☐ Hidroterapia	☐ Mecanoterapia	☐ E. Temprana	☐ T. Física	☐ Deporte	☐	☐
☐ Horticultura	☐ Bailoterapia	☐ Arteterapia	☐ Boccia	☐ Otras:			
Antecedentes:							
Desarrollo:							
Escolaridad:							
Nivel:							
Lenguaje:							
Conducta:							
Cognitivo:							

TERAPEUTA

JEFE DE ÁREA

ANEXO 1 G



GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS
CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA



FICHA DE ENTREVISTA INICIAL –SERVICIOS DE TERAPIA DE LENGUAJE

Elaborado por:

Apellidos:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

Fecha de ingreso al área:

Nombre del representante:

Teléfono de casa:

Celular:

Diagnóstico:

Escolaridad:

Marque con una X las terapias que recibe:

T.A.C.	☐	Psicología	☐	Psicopedagogía	☐	T. Ocupacional	☐	T. Física	☐
Musicoterapia	☐	Hidroterapia	☐	Mecanoterapia	☐	E. Temprana	☐	T. Familiar	☐
Horticultura	☐	Bailoterapia	☐	Arteterapia	☐	T. Lenguaje	☐	Deporte	☐

Antecedentes Clínicos:

Desarrollo Evolutivo:

Actualmente:

Observaciones		Discriminación Auditiva			
Atención acorde a la edad	☐	Palabras	Igual	Diferente	Corrección
Tiene fijación de mirada	☐	Soga- soba	☐	☐	☐
Responde a estímulos auditivos	☐	Dedo- debo	☐	☐	☐
Comprende y sigue ordenes simples	☐	Guía- día	☐	☐	☐
Reconoce esquema familiar	☐	Bol- gol	☐	☐	☐
Posee lenguaje expresivo	☐	Casa- gasa	☐	☐	☐
Expresa de alguna manera sus necesidades	☐	Pito- pico	☐	☐	☐

FICHA DE ARTICULACIÓN									
Correcto (.) Omisión (-) Distorsión (") Sustitución (/)									
Punto articulatorio	Posiciones Fonemas	Inicial		Medial		Final		Trabante	
Bilabiales	/b/	Bote		Cabeza		Nube		Objeto	
	/p/	Pato		Zapato		Copa		Apto	
	/m/	Mano		Camisa		Suma		Campo	
Labiodentales	/f/	Foca		Búfalo		Café		Aftosa	
Postdentales	/d/	Dama		Cadena		Codo		Pared	
	/t/	Tapa		Botella		Mata		Etna	
Alveolares	/s/	Sapo		Cocina		Tasa		Pasto	
	/n/	Nido		Panera		Maní		Canto	
	/l/	Luna		Caluga		Pala		Dulce	
	/r/			Poroto		Coro		Torta	
	/rr/	Rosa		Carreta		Perro			
Palatales	/y/	Llave		Payaso		Malla			
	/ñ/	Ñato		Puñete		Caña			
	/c/	Chala		Lechuga		Noche			
Velares	/k/	Casa		Paquete		Taco		Acto	
	/g/	Gato		Laguna		Jugo		Signo	
	/x/	José		Tejido		Caja		Reloj	
DIFONOS VOCALICOS									
Piano		Violín		Diuca		Fui			
Vaina		Auto		Boina		Peina			
DÍFONOS CONSONÁNTICOS									
Tabla		Clavo		Flecha		Dragón			
Globo		Brazo		Fruta		Crema			
Premio		Atlas		Tigre		Plato			
Tren									

TERAPEUTA

JEFE DE ÁREA

ANEXO 1 H

 Prefectura Guayas	GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA	 Centro Integral de Equinoterapia
--	--	---

FICHA DE ENTREVISTA INICIAL – PSICOLOGÍA

Elaborado por:											
Apellidos:						Nombres:					
Fecha de nacimiento:						Fecha de ingreso al área:					
Nombre del representante:											
Teléfono:											
Diagnóstico:											
Marque con una X las terapias que recibe:											
T.A.C.	☐	Psicología	☐	Psicopedagogía	☐	T.Ocupacional	☐	T.Lenguaje	☐	T.Familiar	☐
Musicoterapia	☐	Hidroterapia	☐	Mecanoterapia	☐	E. Temprana	☐	T. Física	☐	Deporte	☐
Horticultura	☐	Bailoterapia	☐	Arteterapia	☐	Boccia	☐	Otras:			

Motivo de consulta:

Antecedentes familiares/personales:

(Desarrollo del niño, cómo es la dinámica familiar, con quien vive, enfermedades en la familia o en el niño, etc.)

Área Cognitiva:

Área socioafectiva/emocional:

(parte social y afectiva del niño, cómo se relaciona con su entorno, conductas agresivas y de interés, etc)

Lenguaje:

(Identificar si existen problemas en el lenguaje expresivo/comprendido)

Autonomía e independencia:

Áreas a intervenir

Familiar ()

Educativa ()

Emocional ()

Plan terapéutico: _____

TERAPEUTA

JEFE DE AREA

ANEXO 1 I



GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA



FICHA DE ENTREVISTA INICIAL - SERVICIOS DE TERAPIA FISICA/ORTESIS

ELABORADO POR:									
NOMBRES:									
FECHA DE NACIMIENTO:									
FECHA DE INGRESO AL AREA:									
NOMBRE DEL REPRESENTANTE:									
TELEFONO:									
DIAGNOSTICO:									
MARQUE CON UNA X LAS TERAPIAS QUE RECIBE:									
T.A.C	PSICOLOGIA	PSICOPEDAGOGIA	T.OCCUPACIONAL	T.LENGUAJE	T.FAMILIAR				
MUSICOTERAPIA	HIDROTERAPIA	MECANOTERAPIA	E.TEMPRANA	T.FISICA	DEPORTE				
HORTICULTURA	BAILOTERAPIA	ARTETERAPIA	BOCCIA	OTROS:					
HA REALIZADO TERAPIA FISICA EN OTRA INSTITUCION? SI () NO ()									
QUE TIPO DE EJERCICIOS LE REALIZABAN?									
HA UTILIZADO ALGUNA AYUDA ORTOPÉDICA? SI () NO () CUALES?									
EVALUACION FISICA EN LA QUE SE RECIBE EL USUARIO:									
RECOMENDACIÓN Y/O SUGERENCIA DE LA IMPORTANCIA DEL USO DE UNA ORTESIS ADECUADA SEGÚN LA PATOLOGIA QUE SE PRESENTA:									

TERAPEUTA

JEFE DE AREA

ANEXO 1 J



GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS
CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA



FICHA DE ENTREVISTA INICIAL – SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Elaborado por:

Apellidos:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

Fecha de ingreso al área:

Nombre del representante:

Teléfono de casa:

Celular:

Diagnóstico:

Escolaridad:

Marque con una X las terapias que recibe:

T.A.C.	☐	Psicología	☐	Psicopedagogía	☐	T. Ocupacional	☐	T. Física	☐
Musicoterapia	☐	Hidroterapia	☐	Mecanoterapia	☐	E. Temprana	☐	T. Familiar	☐
Horticultura	☐	Bailoterapia	☐	Arteterapia	☐	T. Lenguaje	☐	Deporte	☐

Antecedentes Clínicos:

ÁREAS DE DESARROLLO

A.V.D.

	Independiente ()	Dependiente ()	Semi- independiente ()
Alimentación:	☐	☐	☐
Aseo:	☐	☐	☐
Vestido:	☐	☐	☐

Área cognitiva:

Área psicomotriz:

ANEXO 1 J

Área sensorial:	
Área socio-afectiva:	
¿Qué le agrada?:	
¿Qué le desagrada?:	
Expectativas del familiar:	
Conclusiones:	

TERAPEUTA

JEFE DE ÁREA

ANEXO 1 K

		GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA			
FICHA DE ENTREVISTA INICIAL - SERVICIO DE TERAPIA DEPORTIVA					
Elaborado por:					
Apellidos:		Nombres:			
Fecha de nacimiento:		Fecha de ingreso al área:			
Nombre del representante:					
Teléfono:					
Diagnóstico:					
Marque con una X las terapias que recibe:					
T.A.C.	Psicología	Psicopedagogía	T. Ocupacional	T. Física	
Musioterapia	Hidroterapia	Mecanoterapia	E. Temprana	T. Familiar	
Horticultura	Bailoterapia	Arteterapia	T. Lenguaje	Deporte	
Convulsiona: SI () NO () Frecuencia:					
Alergias					
Cuadros Gripales Consecutivos: SI () NO () Frecuencia:					
Asma y/o Enfermedades Respiratorias					
Tono Muscular: Hipertónico () Hipotónico () Mixto ()		Control Cefálico: SI () NO ()			
Control de Tronco: SI () NO ()		Marcha Independiente: SI () NO ()			

Terapeuta

Jefe de Área

ANEXO 1 L

		GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA			
FICHA DE ENTREVISTA INICIAL – SERVICIO DE BAILOTERAPIA					
Elaborado por:					
Apellidos:			Nombres:		
Fecha de nacimiento:			Fecha de ingreso al área:		
Nombre del representante:					
Teléfono:					
Diagnóstico:					
Marque con una X las terapias que recibe:					
T.A.C.	Psicología	Psicopedagogía	T.Ocupacional	T.Lenguaje	T.Familiar
Musicoterapia	Hidroterapia	Mecanoterapia	E. Temprana	T. Física	Deporte
Horticultura	Bailoterapia	Arteterapia	Boccia	Otras:	
CONVULSIONA: SI () NO () FRECUENCIA:			TOMA MEDICAMENTOS: SI () NO () ¿CUÁLES?		
PRESENTA PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES: SI () NO () ¿CUÁLES?					
REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA: SI () NO () FRECUENCIA:					
ASMA O ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: SI () NO () ¿CUÁLES?					
TONO MUSCULAR: HIPERTÓNICO () HIPOTÓNICO () MIXTO ()			CONTROL CEFÁLICO SI () NO ()		
CONTROL DE TRONCO: SI () NO ()			MARCHA INDEPENDIENTE: SI () NO ()		

Terapeuta

Jefe de área

GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS
CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA

FICHA DE ENTREVISTA INICIAL - SERVICIO DE ARTE TERAPIA

Elaborado por:	
Apellidos:	Nombres:
Fecha de nacimiento:	Fecha de ingreso al área:
Nombre del representante:	
Diagnóstico:	
Teléfono:	
Dirección:	

Marque con una X las terapias que recibe:					
T.A.C.	Psicología	Psicopedagogía	T. Ocupacional	T. Física	
Musicoterapia	Hidroterapia	Mecanoterapia	E. Temprana	T. Familiar	
Horticultura	Bailoterapia	Arteterapia	T. Lenguaje	Deporte	
Convulsiona: si () No () Frecuencia:					
Alergias					
Cuadro gripales consecutivos					
Asma o enfermedades respiratorias					
Tono muscular: Hipertonico () Hipotonico () Mixto			Control cefálico Si () No ()		
Control de tronco SI () NO ()			Marcha independiente SI () NO ()		

Terapeuta

Jefe de área

ANEXO 1 N

	GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA	
---	--	---

FICHA DE ENTREVISTA INICIAL - SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y MECANOTERAPIA		
Elaborado por:		
Apellidos:	Nombres:	
Fecha de nacimiento:	Fecha de ingreso al área:	
Nombre del representante:		
Teléfono:		
Diagnóstico:		
Terapias que recibe:		
Escolaridad:	Ocupación:	
Antecedentes clínicos:		
Medicamentos	¿Utiliza ayuda ortopédica?	

Evaluación Físico Postural:
Normal () Alterada () Sedente () Bipedestación ()
Decúbito ()
Otros:

Evaluación neuromuscular:
Hipotónico () Hipertónico ()
Otros :

ANEXO 1 N

Evaluación Osteoarticular: estado articular:

Normal () Rigidez () Hipomovilidad () Hiper movilidad ()

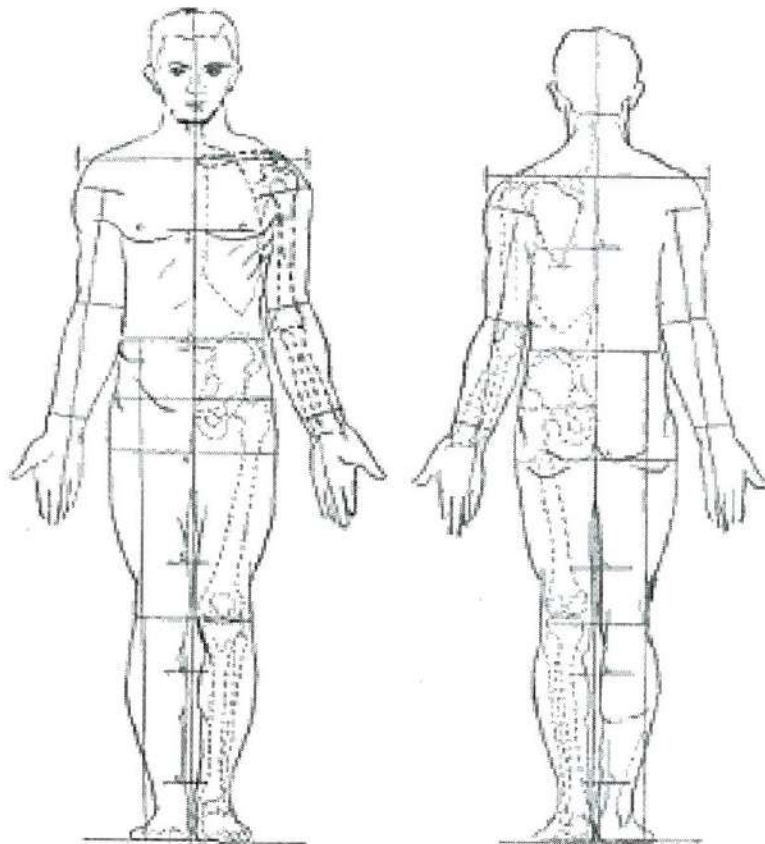
Fuerza muscular:

Normal () Disminuida ()

Flexibilidad:

Conservada () Retracciones ()

EVALUACION POSTURAL



ANEXO 1 N

Control cefálico: SI () NO ()

TRONCO:

HOMBRO:

COLUMNA:

MIEMBRO SUPERIOR:

MIEMBRO INFERIOR:

MARCHA:

OBSERVACIONES:

¿QUÉ LE AGRADA?:

¿QUÉ LE DESAGRADA?:

EXPECTATIVA DEL FAMILIAR:

TERAPEUTA

JEFE DE ÁREA

ANEXO Ñ



GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS
CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA



FICHA DE ENTREVISTA INICIAL –SERVICIOS DE TERAPIA DE LENGUAJE

Elaborado por:

Apellidos:

Nombres:

Fecha de nacimiento:

Fecha de ingreso al área:

Nombre del representante:

Teléfono de casa:

Celular:

Diagnóstico:

Escolaridad:

Marque con una X las terapias que recibe:

T.A.C.

Psicología

Psicopedagogía

T. Ocupacional

T. Física

Musicoterapia

Hidroterapia

Mecanoterapia

E. Temprana

T. Familiar

Horticultura

Bailoterapia

Arteterapia

T. Lenguaje

Deporte

Antecedentes Clínicos:

Desarrollo Evolutivo:

Actualmente:

FICHA DE HABILIDADES EN LENGUA DE SEÑAS ECUATORIANA

NL (No logrado) EP (En Proceso) L (Logrado)

HABILIDADES	NL	EP	L	OBSERVACIONES
Abecedario (reconocimiento y señas)				
Comunica actividades cotidianas				
Vocabulario para manejo de comportamiento				
Días de la semana (reconocimiento y señas)				
Números (reconocimiento y señas)				
Colores (reconocimiento y señas)				
Formas (reconocimiento y señas)				
Vocabulario de seguridad básica (caliente/frío, no tocar, etc)				
El tiempo – semanas y meses (reconocimiento y señas)				
Actividades cotidianas – lavarse la cara, cepillarse los dientes, etc. (reconocimiento y señas)				
Vocabulario básico de reconocimiento de vecindario/dirección				
Señales de tránsito, líneas de bus/taxi/metrovía (reconocimiento y vocabulario básico de señas)				
Actividades de casa – limpiar cuarto, ayudar en la cocina (reconocimiento y comunicación básica en señas)				
Animales (reconocimiento y señas)				
Salud y enfermedades (reconocimiento y comunicación básica en señas)				
Vocabulario de salud sexual				
Habilidades para desenvolverse en la vida – relaciones personales, toma de decisiones, independencia personal (reconocimiento y comunicación básica en señas)				
Manejo del dinero, saber equivalencia de monedas y billetes (reconocimiento y señas)				
El trabajo y las profesiones (reconocimiento y señas)				
Derechos y responsabilidades (comunicación básica en señas)				

Saludo (señas)				
Etiqueta (reconocimiento y señas)				
Amigos (reconocimiento y señas)				
Relaciones familiares (reconocimiento de miembros de la familia y señas básicas)				
Artículos del hogar (reconocimiento y señas)				
Ir de compras (reconocer productos del supermercado y señas)				
Geografía nacional (reconocimiento y señas)				
Aseo personal (reconocimiento y comunicación en señas)				
Explica y expresa las emociones y los sentimientos en lenguaje de señas				
Actividades recreativas (reconocimiento y comunicación en señas)				
Prendas de vestir (reconocimiento y comunicación en señas)				
Hora (reconocimiento y señas)				
Comunica si se siente en peligro o amenaza empleando lengua de señas				
<u>OTRAS OBSERVACIONES:</u>				

TERAPEUTA

JEFE DE ÁREA

ANEXO O



GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS
CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA



FICHA DE ENTREVISTA INICIAL DEL REPRESENTANTE – PSICOLOGÍA

Elaborado por:

Nombre del representante:

Fecha de nacimiento - edad:

Fecha de ingreso al área:

Teléfono:

E-mail:

Nombre del usuario:

I. Diagnóstico del usuario:

Área cognitiva:

Área lenguaje:

Área emocional:

Independencia/autonomía:

II. Historia familiar:

1. Representante

Parentesco:

Ocupación:

Adicciones - medicación:

Tipo de relación con el usuario (estable, conflictiva, comunicativa):

Motivo de consulta:

2. Padre

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Adicciones – medicación:

Tipo de relación con el usuario (estable, conflictiva, comunicativa):

Relación de pareja: buena ☐ mala ☐ regular ☐ casados ☐ separados ☐ divorciados ☐
abandono ☐

Razones:

3. Madre

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Adicciones - medicación:

Tipo de relación con el usuario (estable, conflictiva, comunicativa):

Relación de pareja: buena ☐ mala ☐ regular ☐ casados ☐ separados ☐ divorciados ☐
abandono ☐

Razones:

Embarazo deseado ☐

Embarazo no deseado ☐

Dificultades en el embarazo - parto:

4. Hermano/s:

Sexo - Edad:

Lugar que ocupa entre los hermanos:

Relación del usuario con hermano/s:

5. Antecedentes familiares:

Médicos:

Psiquiátricos:

Adicciones:

III. Dinámica Familiar

¿Con quién vive el usuario?

¿Con quién pasa más tiempo el usuario?

¿Con quién duerme?

¿Responsable de la disciplina en el hogar?

¿Comportamientos que le preocupan del usuario?

¿De qué forma resuelve los conflictos?

Observaciones:

Objetivo terapéutico:

TERAPEUTA

JEFE DE AREA

GOBIERNO PROVINCIAL DEL GUAYAS
CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA

FICHA DE PLANIFICACION Y CONTROL CUATRIMESTRAL DE TERAPIAS

NOMBRE:

FEC_NAC:

DIAGNOSTICO:

FECHA DE PLANIFICACION:

TERAPEUTA:

L: "Logrado"

EP: En Proceso

NL: "No Logrado"

MES:

FECHA	OBJETIVOS	L	EP	NL

Observaciones: _____

MES:

FECHA	OBJETIVOS	L	EP	NL

Observaciones: _____

MES:

FECHA	OBJETIVOS	L	EP	NL

Observaciones: _____

MES:

FECHA	OBJETIVOS	L	EP	NL

Observaciones: _____

TERAPEUTA

JEFE DE TERAPIAS

HORARIOS TERAPIAS

ÁREA:		DÍA:		MES:	
TERAPEUTA:	NOMBRE DE USUARIOS				
HORA		ENTREVISTAS INGRESO USUARIOS NUEVOS			
8:00					
8:30					
9:00					
9:30					
10:00					
10:30					
11:00					
11:30					
12:00					
12:30		ALMUERZO			
13:00					
13:30					
14:00					
14:30					
15:00					
15:30					
16:00		PREPARACIÓN DEL ÁREA			
OBSERVACIONES:					

ANEXO 3B

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL AREA			TERAPEUTA			
_____			MES			
HORA	DIA					
8:00 - 9:00	Limpieza y preparacion del área					
08:30 - 09:00						
09:00 - 09:30						
09:30 - 10:00						
10:00 - 10:30						
10:30 - 11:00						
11:00 - 11:30						
11:30 - 12:00						
12:00 - 12:30						

12:30	ALMUERZO				
13:00 - 13:30					
13:30 - 14:00					
14:00 - 14:30					
14:30 - 15:00					
15:00 - 15:30					
15:30 - 16:00					
OBSERVACIONES					



GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
PROVINCIAL DEL GUAYAS

ANEXO 4A

RELATO DETALLADO - SERVICIOS DE TERAPIA _____	
TERAPEUTA:	PATOLOGÍA:
USUARIO:	F. NACIMIENTO:

FECHA: _____

RELATO DETALLADO DE ACTIVIDADES:

OBSERVACIONES: _____

FECHA: _____

RELATO DETALLADO DE ACTIVIDADES:

OBSERVACIONES: _____

FECHA: _____

RELATO DETALLADO DE ACTIVIDADES:

OBSERVACIONES: _____

TERAPEUTA

JEFE DE ÁREA





GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
PROVINCIAL DEL GUAYAS

ANEXO 4B

RELATO DETALLADO		
TERAPEUTA:	ÁREA:	HORARIO:

FECHA: _____

RELATO DETALLADO DE ACTIVIDADES:

OBSERVACIONES:

FECHA: _____

RELATO DETALLADO DE ACTIVIDADES:

OBSERVACIONES:





GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
PROVINCIAL DEL GUAYAS

ANEXO 4B

FECHA: _____

RELATO DETALLADO DE ACTIVIDADES:

OBSERVACIONES:

TERAPEUTA

JEFE DE ÁREA





RELATO DETALLADO – SERVICIO DE TERAPIA ASISTIDA CON CABALLOS							
TERAPEUTA:				PATOLOGÍA:			
USUARIO:							
FECHA: _____							
RELACIÓN CON EL CABALLO:	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente			
POSICIONES: _____							
EJERCICIOS: _____							
OBSERVACIONES: _____							
FECHA: _____							
RELACIÓN CON EL CABALLO:	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente			
POSICIONES: _____							
EJERCICIOS: _____							
OBSERVACIONES: _____							
FECHA: _____							
RELACIÓN CON EL CABALLO:	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente			
POSICIONES: _____							
EJERCICIOS: _____							
OBSERVACIONES: _____							

TERAPEUTA

JEFE DE ÁREA





GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
PROVINCIAL DEL GUAYAS

ANEXO 5 A

CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA

INFORME DE DERIVACIÓN EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN

TERAPIA:	FECHA:
TERAPEUTA:	
USUARIO:	
F. DE NAC:	DIAGNÓSTICO:

ANTECEDENTES:

OBSERVACIONES DURANTE EL PROCESO DE ADAPTACIÓN:

MOTIVO DE DERIVACIÓN:

TERAPIAS SUGERIDAS:

TERAPEUTA

JEFE DE ÁREA

REPRESENTANTE

DIRECTOR





GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
PROVINCIAL DEL GUAYAS

ANEXO 5 B

LISTA DE USUARIOS DERIVADOS:

Área:

Terapeuta:

Fecha

USUARIO	FECHA DE NACIMIENTO	DÍA DE ASISTENCIA	HORARIO DE ASISTENCIA	AREA A DERIVAR

TERAPEUTA

JEFE DE ÁREA





GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
PROVINCIAL DEL GUAYAS

ANEXO 5 C

INFORME DE DERIVACIÓN BREVE:

FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME:

ÁREA:

TERAPEUTA:

NOMBRE DEL USUARIO:

FECHA DE NACIMIENTO:

DIAGNÓSTICO:

ANTECEDENTES:

MOTIVO DE DERIVACIÓN:

TERAPIA SUGERIDA:

OTRAS TERAPIAS SUGERIDAS:

TERAPEUTA

JEFE DE ÁREA





GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
PROVINCIAL DEL GUAYAS

ANEXO 5 D

INFORME DE DERIVACIÓN CUATRIMESTRAL SERVICIO DE TERAPIA _____

Nombre:

Edad:

Diagnóstico:

Fecha de Informe:

Fecha de ingreso al área:

Terapeuta:

Antecedentes

Observaciones durante el proceso de adaptación:

Objetivo:

Actividades:

Resultados:

Recomendaciones:

DIRECTOR

JEFE DE ÁREA

TERAPEUTA

REPRESENTANTE





GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
PROVINCIAL DEL GUAYAS

ANEXO 6

Samborondón, ____ de ____ del 201__

CARTA DE JUSTIFICACIÓN

Abogado
Marlon Vera Delgado
Director Provincial del Centro Integral de Equinoterapia

Por medio de la presente, yo _____
con C.I. _____, comunico que mi representado/a
_____, no pudo asistir el día
_____ a las siguientes terapias:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Motivo: _____

Adjunto el certificado correspondiente.

Atentamente,

Firma: _____

Celular: _____

Recibido por: _____

Fecha: _____

Hora: _____





GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
PROVINCIAL DEL GUAYAS

ANEXO 7

Samborondón, ____ de ____ del 201__

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE ASISTENCIA

Abogado
Marlon Vera Delgado
Director Provincial del Centro Integral de Equinoterapia

Por medio de la presente, yo _____
con C.I. _____, como representante del usuario
_____, solicito a usted muy cordialmente
certifique que mi representado/a, asiste al **CENTRO INTEGRAL DE EQUINOTERAPIA** el día
_____, quien recibe las terapias idóneas de acuerdo a su condición, las
cuales detallo a continuación:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Hora: _____
Hora: _____
Hora: _____
Hora: _____

Agradezco de antemano la ayuda brindada.

Atentamente,

Firma: _____

Celular: _____

Recibido por: _____

Fecha: _____

Hora: _____



CONTROL DE ASISTENCIA DIARIO

FECHA:	DÍA	#	MES	AÑO
				2018
Terapia:				

[illegible]



GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
PROVINCIAL DEL GUAYAS

ANEXO 9

Samborondón, ____ de ____ del 201__

SOLICITUD DE TERAPIAS

Abogado

Marlon Vera Delgado

Director Provincial del Centro Integral de Equinoterapia

Por medio de la presente, yo _____

con C.I. _____, solicito que se agregue _____ cambie _____, las siguientes

terapias a mi representado/a _____, con C.I.

_____.

Asiste a las siguientes terapias el día _____.

1. _____

Hora: _____

2. _____

Hora: _____

3. _____

Hora: _____

Por las siguientes terapias:

1. _____

Hora: _____

2. _____

Hora: _____

3. _____

Hora: _____

Observación: _____

Agradezco la ayuda brindada.

Atentamente,

Firma: _____

Recibido por: _____

Celular: _____

Fecha: _____

Hora: _____





GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
PROVINCIAL DEL GUAYAS

ANEXO 10

Samborondón, ____ de ____ del 201__

CARTA DE RETIRO - PERMISO

Abogado
Marlon Vera Delgado
Director Provincial del Centro Integral de Equinoterapia

Por medio de la presente, yo _____

con C.I. _____, comunico que mi representado/a _____

_____, con C.I. _____, que

asiste el día _____ a las siguientes terapias:

- | | |
|----------|-------------|
| 1. _____ | Hora: _____ |
| 2. _____ | Hora: _____ |
| 3. _____ | Hora: _____ |
| 4. _____ | Hora: _____ |

Lamento comunicar que no podrá seguir asistiendo por los siguientes motivos _____

Agradezco la ayuda brindada.

Atentamente,

Firma: _____

Recibido por: _____

Celular: _____

Fecha: _____

Hora: _____

