

EVALUACIÓN FUNCIONES PRELINGÜÍSTICAS Y ÓRGANOS FONOARTICULATORIOS (O.F.A)

Nombre :

F.nac. :

Edad:

Fecha eval. :

Colegio :

Curso :

FUNCIONES PRELINGÜÍSTICAS

Respiración	Modo	<input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Bucal <input type="checkbox"/> Mixto
	Tipo	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo
Soplo	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Inadecuado
	Dirección	<input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Inadecuado
Deglución	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Interposición labio inferior <input type="checkbox"/> Succión de mejillas
	<input type="checkbox"/> Atípica	<input type="checkbox"/> Movimientos asociados

ÓRGANOS FONOARTICULATORIOS

Mejillas	<input type="checkbox"/> Simétricas <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Heridas internas	
Nariz	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Desviada <input type="checkbox"/> Alas redondeadas <input type="checkbox"/> Alas aplanadas	
Maxilar inferior	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Micrognatia <input type="checkbox"/> Prognatismo	
Labios	Fisura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Tamaño	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Evertido <input type="checkbox"/> Corto
	Funcionalidad <input type="checkbox"/> Protrusión <input type="checkbox"/> Retrusión <input type="checkbox"/> Movimiento lateral <input type="checkbox"/> Vibración	<input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Sin movilidad <input type="checkbox"/> Disminuida
	Frenillo	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Corto
	Color	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Secos <input type="checkbox"/> Rojos
	Cierre Labial	En reposo: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Con esfuerzo: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
Lengua	Tamaño	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macroglosia <input type="checkbox"/> Microglosia
	Frenillo	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> C. funcional <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Anquilosante

Carola Rivera Maldonado
Fonoaudióloga

Lengua	Funcionalidad <input type="checkbox"/> Protrusión <input type="checkbox"/> Retrusión <input type="checkbox"/> Movimiento lateral <input type="checkbox"/> Elevación <input type="checkbox"/> Adosamiento <input type="checkbox"/> Chasquido	<input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Disminuida <input type="checkbox"/> Sin movilidad
Paladar duro	Forma	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ojival <input type="checkbox"/> Otra
	Fisura	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Operada
	Fístula	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Paladar blando	Fisura	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Operada
	Movilidad en fonación	<input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Disminuida <input type="checkbox"/> Sin movilidad
Úvula	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Corta <input type="checkbox"/> Larga <input type="checkbox"/> Bífida	
Amígdalas Palatinas	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
	Tamaño	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentadas <input type="checkbox"/> Disminuidas <input type="checkbox"/> Asimétricas
Dentición	Etapa	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Primera fase <input type="checkbox"/> Segunda fase <input type="checkbox"/> Permanente
Arcada Superior	Forma	<input type="checkbox"/> Semicircular <input type="checkbox"/> Elíptica
	<input type="checkbox"/> Mal posiciones <input type="checkbox"/> Giroversiones <input type="checkbox"/> Caries	
Arcada Inferior	<input type="checkbox"/> Mal posiciones <input type="checkbox"/> Giroversiones <input type="checkbox"/> Caries	
Oclusión	Mordida	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Vis a vis <input type="checkbox"/> Abierta <input type="checkbox"/> Sobremordida <input type="checkbox"/> Cruzada <input type="checkbox"/> Invertida

Observaciones: _____

Conclusiones: _____

FONOAUDIÓLOGA

Carola Rivera Maldonado
Fonoaudióloga