

Plantilla de observación — Escáner de 8 sentidos (Día 2)

Fecha:

Hora:

Estancia / Actividad:

Estímulo principal (marca uno):

Luz

Ruido

Olor

Textura

Movimiento

Otro: _____

Respuesta (marca una):

Evita

Busca

Parece no notar

Otro

Señales observadas por sentido:

Sentido	Evita	Busca	No nota	Notas breves
Táctil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auditivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Olfativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gustativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vestibular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Propiocepción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interocepción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Se calmó con (marca lo que haya ayudado):

Pausa

Presión/Propiocepción

Agua/Temperatura

Movimiento suave

Otro: _____

Notas:
