

Kit de dieta sensorial

Marque unas para probar. Planéelas con el OT. Deje lo que no le guste.

Consulte con el OT de su hijo o hija antes de empezar.

NIÑO O NIÑA _____

MOVERSE

- ☐ Saltar
- ☐ Columpiarse
- ☐ Bailar
- ☐ Andar en bici o patineta
- ☐ Tregar en el parque

Otra: _____

BOCA

- ☐ Un bocadillo crujiente
- ☐ Un bocadillo masticable
- ☐ Tomar con popote
- ☐ Hacer burbujas
- ☐ Tararear o cantar

Otra: _____

TRABAJO PESADO: EMPUJAR, JALAR, CARGAR

- ☐ Cargar la canasta de ropa
- ☐ Empujar un carrito
- ☐ Flexiones en la pared
- ☐ Caminar como animales (oso, cangrejo)
- ☐ Jalar una toalla entre dos

Otra: _____

PARA CALMARSE

- ☐ Un rincón tranquilo
- ☐ Luz baja
- ☐ Música suave o audífonos
- ☐ Respirar lento (oler la flor, soplar la vela)
- ☐ Mirar un libro o un juguete favorito

Otra: _____

APRETAR Y PRESIÓN

- ☐ Un abrazo fuerte, si le gusta
- ☐ Enrollarse en una cobija
- ☐ Cojines para apretar o ponerse encima
- ☐ Apretar plastilina o una pelota
- ☐ Cepillar el pelo o sobar la espalda

Otra: _____

SEÑALES DE QUE NECESITA UN DESCANSO

NOTAS DEL OT



Agréguelo a Bloom Autism Support: tómelo una foto y envíela al correo de Bloom Autism Support de su hijo o hija.

Hecho con Bloom Autism Support · bloomautismsupport.com/freetools

Plan del día

Cuándo, qué hacer y por cuánto tiempo.

	Qué hacer	Cuánto tiempo
Al despertar		
Antes de la escuela		
Después de la escuela		
Antes de la tarea		
En la cena		
Antes de dormir		

¿Ayudó?

Anote cómo estaba antes y después.

DÍA	ACTIVIDAD	ANTES	DESPUÉS

LO QUE NOTO



Agréguelo a Bloom Autism Support: tómela una foto y envíela al correo de Bloom Autism Support de su hijo o hija.

Hecho con Bloom Autism Support · bloomautismsupport.com/freetools