



---

---

# Cuaderno de apoyo a la comunicación

---

Nombre de la persona

---

---

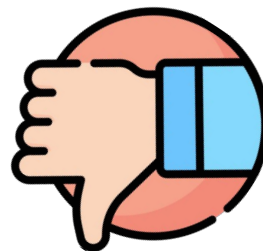
*Este material complementario fue desarrollado por la División de Fonoaudiología y Terapia Ocupacional Intensiva de la SOCHIMI, con la finalidad de contribuir a la comunicación de las personas con vía aérea artificial y/o situaciones excepcionales de salud*

# Valoración corporal...

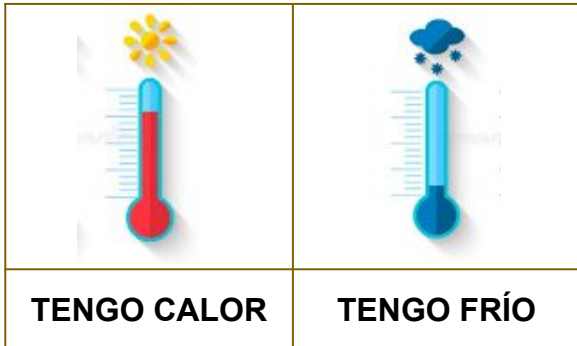
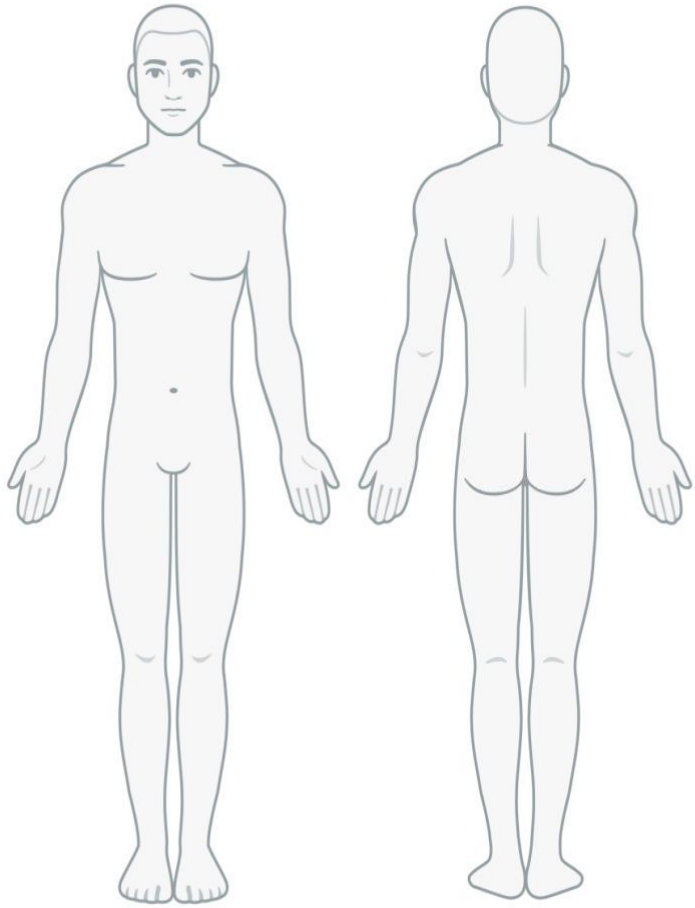
			
<b>ME DUELE...</b>	<b>ME PICA...</b>	<b>ME ARDE...</b>	<b>ME MOLESTA...</b>



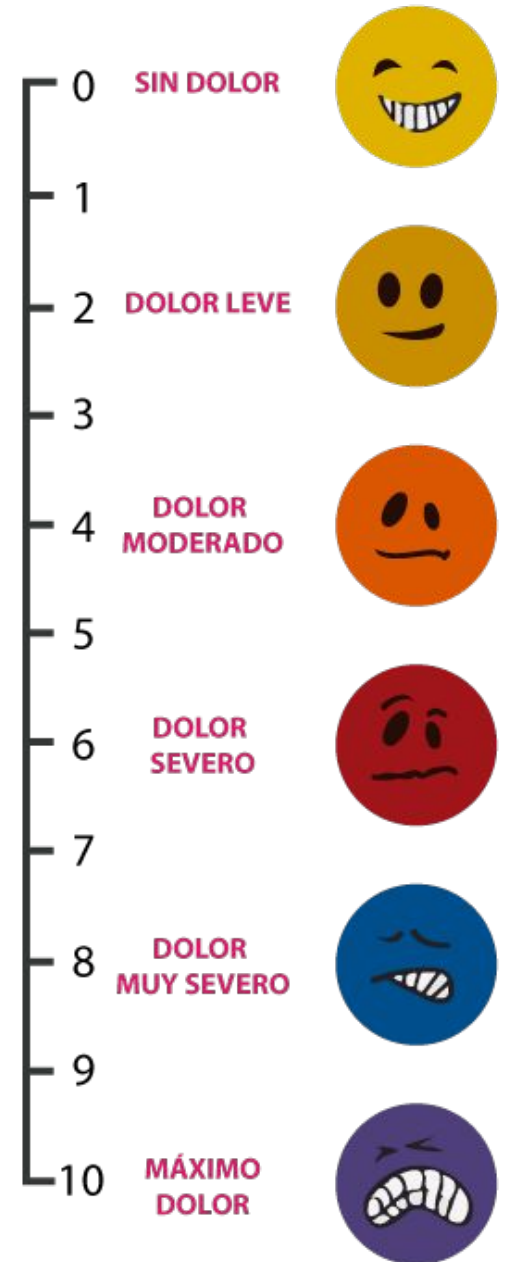
**SÍ**



**NO**



<p><b>CUELLO</b></p>	<p><b>OJOS</b></p>
<p><b>NARIZ</b></p>	<p><b>BOCA</b></p>
<p><b>GARGANTA</b></p>	<p><b>GENITALES</b></p>
<p><b>TRASERO</b></p>	<p><b>PIES</b></p>



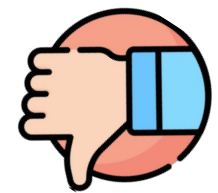
<b>A</b>	<b>E</b>	<b>I</b>	<b>O</b>	<b>U</b>
----------	----------	----------	----------	----------

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
	<b>0</b>	

<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>F</b>
<b>G</b>	<b>H</b>	<b>J</b>	<b>K</b>
<b>L</b>	<b>M</b>	<b>N</b>	<b>Ñ</b>
<b>P</b>	<b>Q</b>	<b>R</b>	<b>S</b>
<b>T</b>	<b>V</b>	<b>W</b>	<b>X</b>
<b>ESPACIO</b>	<b>Y</b>	<b>Z</b>	<b>FIN DE PALABRA</b>



**SÍ**



**NO**

# Hoy me siento...

			
<b>BIEN</b>	<b>TRISTE</b>	<b>ENOJADO</b>	<b>CON ASCO</b>
			
<b>AVERGONZADO</b>	<b>ABURRIDO</b>	<b>ASUSTADO</b>	<b>SIN GANAS DE HABLAR</b>

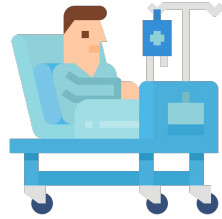
# Necesito...

				
<b>DUCHARME</b>	<b>LAVARME LA CARA</b>	<b>LAVARME LOS DIENTES</b>	<b>CAMBIARME EL PAÑAL</b>	<b>CAMBIARME EL PIJAMA</b>
				
<b>APLICARME DESODORANTE</b>	<b>PEINARME</b>	<b>CAMBIAR DE POSICIÓN</b>	<b>TOMAR LÍQUIDOS</b>	<b>COMER</b>
				
<b>PONERME CREMA</b>	<b>AFEITARME</b>	<b>QUE ME ASPIREN</b>	<b>ORINAR</b>	<b>DEFECAR</b>

# Quiero...



SENTARME



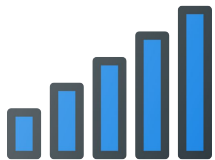
ACOSTARME



PRENDER /  
APAGAR LA  
MÚSICA



PRENDER /  
APAGAR EL  
TELEVISOR



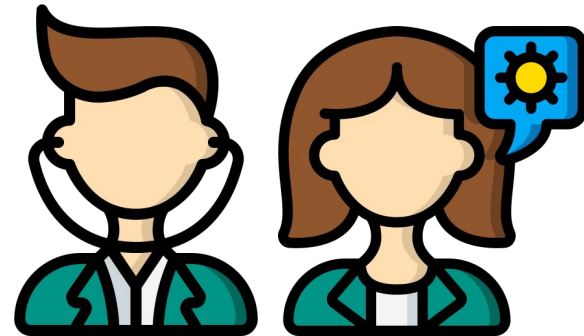
SUBIR / BAJAR EL  
VOLUMEN



PRENDER /  
APAGAR LA LUZ



HABLAR CON MI FAMILIA



HABLAR CON EL PERSONAL DE SALUD

**En esta hoja puedes escribir o dibujar...**

