

**FICHA COMPLEMENTARIA**

APELLIDO:

NOMBRE:

SOBRENOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

DOMICILIO PARTICULAR:

TELEFONOS: (Particular y celulares)



**CONSTITUCION FAMILIAR**

Apellido y nombre	Relación familiar	Edad	Fecha Nac.	DNI	Nacionalidad	Religión

**CONSTITUCION DE LA VIVIENDA FAMILIAR**

CASA  DEPARTAMENTO

PATIO  PARQUE  BALCON  TERRAZA

¿Se ha mudado?

¿Cuántas veces?

**CAMBIOS QUE SURGIERON EN CUANTO A:**

**ALIMENTACIÓN**

¿Realiza las cuatro comidas?

¿Come sólo?

¿Utiliza utensilios?

¿Cuáles?

¿Tiene dificultades para aceptar los alimentos?

¿Tiene alergia a algún alimento?

**LENGUAJE**

¿Pronuncia correctamente?

¿Arma oraciones?

¿Qué dificultad presenta?

¿Está en tratamiento?

Nombre y apellido y teléfono del Profesional:

**SUEÑO**

¿A que hora se acuesta?:

¿Cuántas horas duerme?:

¿Se duerme solo?:

¿Duerme en su cuarto?:

¿Utiliza algún ritual u objeto para dormirse?:

¿Comparte el cuarto?:

¿Con quién?:

**EDUCACION SEXUAL**

¿Se observa acto masturbatorio?:

¿Con que frecuencia?:

¿Conoce la diferencia de sexo?:

¿Preguntó por nacimiento?:

¿Qué se le respondió?:

**ENFERMEDADES**

¿Es alérgico?

¿A qué?

¿Cómo se lo trata?:

¿Utiliza alguna medicación permanente?

¿Cuál?:

¿Tiene o tuvo convulsiones?

¿Cuándo?

¿Cómo se trataron?:

¿Tuvo o tiene enfermedades del oído?

¿Aparece alguna disfunción auditiva?

¿Está en tratamiento?

¿Tiene alguna dificultad de visión?

Nombre y Apellido y teléfono del profesional:

**ALGÚN DATO IMPORTANTE A TENER EN CUENTA:**

.....  
.....

Nombre y Apellido del pediatra:

Teléfono:

Obra Social/Prepaga:

Número socio:

Autorizo al colegio a concurrir al centro médico más cercano en caso de urgencia:

Firma de madre/padre/o tutor.....