

¿Cuál fue el estado general de embarazo?

¿Recibió medicación?

¿Cuál?

SUCESOS IMPORTANTES DURANTE EL EMBARAZO

¿Cómo fue el parto?

Normal

Cesárea

A término

Prematuro

Posmaduro

¿Fue acompañada?

ESTADO GENERAL DEL BEBE

Peso al nacer:

Trastornos al nacer:

ALIMENTACION

Lactancia

Succión: Sin dificultad

Con dificultad

Leche materna

desde:

hasta:

Biberón:

desde:

hasta:

Suplemento vitamínico:

desde:

hasta:

¿Cómo fue el destete?

gradual:

brusco:

¿Usó chupete?

¿Hasta cuando?

¿En la actualidad?

COMIDAS

¿Qué comidas comparte en familia?:

¿Come solo?

¿Utiliza utensilios?

¿Cuáles?

¿Tiene buen apetito?

¿Come fuera de hora?

¿Qué le gusta comer?

¿Qué no le gusta comer?

¿Cómo demuestra rechazo por la comida?:

¿Cómo resuelven cuando no quiere comer?:

Manifiesta reacción alérgica con algún alimento:

Tiene alguna dificultad con la alimentación:

CONTROL DE ESFINTERES

¿Cuándo comenzó a controlar?

Diurno:

Nocturno:

¿Actualmente tiene control?

Diurno:

Nocturno:

¿Manifestó dificultades en el comienzo del control?:

Tiene tendencia a:

constipación:

diarrea:

otros:

VIDA COTIDIANA

¿Concurrió a otro jardín?

¿Qué hace cuando no va al jardín?

¿Cuáles son sus juegos preferidos?

¿Con quién juega?

¿Hace amistades con facilidad?

¿Dónde juega?

¿Mira TV?

¿Cuánto tiempo?

¿Qué le gusta ver?

¿Mira solo o acompañado?

¿Qué actividades comparte con la familia?

¿Qué paseos realiza?

DENTICIÓN

¿A que edad aparecieron los primeros dientes?:

¿Presentó dificultades?:

SUEÑO

¿Dónde dormía cuando era bebé?:

¿Hasta que edad?:

Actualmente donde duerme:

solo:

Con quién:

¿Qué rituales tiene para dormirse?:

¿Presenta alguna dificultad durante el sueño?:

¿Cuántas horas duerme?:

¿A que hora se acuesta?:

¿Se despierta solo?:

¿Quién lo despierta?:

RUTINAS DE HIGIENE

¿Quién lo baña?

¿Se baña solo?

¿Le gusta?

¿Juega durante el baño?

¿Presenta alguna dificultad durante el baño?

LENGUAJE

¿Cuándo dijo sus primeras palabras?:

¿Cuáles fueron?:

¿Cuándo comenzó el armado de oraciones?:

¿Es hablador? ¿Es callado?

¿Cómo se hace entender?

¿Presenta dificultades de pronunciación?

¿Cuáles?

¿Está en tratamiento?

Nombre, apellido y teléfono del profesional:

HABITOS DE CONDUCTA

¿Es alegre?

¿Es silencioso?

¿Comparte juegos?

¿Tiene caprichos?

¿Tiene pataletas?

¿Manifiesta miedos?

¿Cuáles reitera?

¿Qué actitud se toma ante estas situaciones?:

EDUCACION SEXUAL

¿Se observa acto masturbatorio?:

Características:

Frecuencia:

¿Cómo lo resuelve la familia?:

¿Qué preguntó frente al nacimiento de hermanos u otros bebés?:

¿Qué se le respondió?:

¿Tuvo alguna regresión frente al nacimiento de hermanos?:

¿Conoce la diferencia de órganos genitales femenino/masculino?:

ENFERMEDADES

¿Cuáles?:

Intervenciones quirúrgicas:

Vacunas:

Enfermedades congénitas de algún miembro de la familia:

Convulsiones:

Con fiebre:

¿Cuántas veces?:

Alergias:

¿A qué?:

¿Cómo lo tratan?:

Enfermedades respiratorias:

¿Cómo la tratan?:

Enfermedades del oído:

¿Cómo la tratan?:

¿Se observa alguna disminución auditiva?

¿Se observa disminución visual?

PEDIATRA

Apellido y nombre completo:

Teléfonos:

Horarios:

Obra Social / Prepaga:

Número asociado:

Datos que considere necesario aportar:

.....

Alguna referencia en especial a tener en cuenta con respecto a las necesidades del niño en el proceso de enseñanza y socialización:

.....

Autorizo al colegio a concurrir al centro de atención médica más cercano en caso de urgencia, ante la imposibilidad de contactar a los padres o adultos responsables en tiempo adecuado.

Firma del docente

Firma del padre/madre/tutor