***HOJA DE DATOS GENERALES***

***DATOS DEL NIÑO (A).***

*Nombre y apellidos: …………………………………………………………………………………………................................................*

*Lugar y fecha de nacimiento: …………………………………………………………………………………………..................................*

*Edad: ……………………… Años: ……..……..………… Meses – El niño (a) vive con: …………….....……………………………….....*

*Dirección: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*Teléfono: ……………………………….. Celular: ………………………………………………………………………………………………………..*

***DATOS GENERALES.***

*Nombre del Papá: …………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*Natural de: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*Lugar de Trabajo: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*Nombre de la Mamá: …………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*Natural de: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*Lugar de Trabajo: …………………………………………………………………………………………………………………………………………...*

*N° de Hijos: …………………….* ***1.****-…………………………………………………………………………Edad: ……………………………………*

***2.****-…………………………………………………………………………Edad: …………………………………..*

***3.****-…………………………………………………………………………Edad: …………………………………..*

***PERSONAS AUTORIZADAS PARA EL RECOJO DEL NIÑO(A):***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nombre*** | ***Parentesco*** | ***Cedula de Identidad*** | ***Celular*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***ANTECEDENTES:***

*Edad de la madre durante la gestación: …………………………… ¿Fue Planificado? SI…………………. NO…………………*

*¿Hubo amenaza de aborto? SI …………………………………………... NO……………………..………………*

*¿Hizo control de prenatal? SI ……………………………………………… NO ………………………..………..*

*Se hizo examen de orina ……………………….. Sangre ……………………………… Otros …………………………........................*

*Rayos X hasta el 3° mes ………………………………………………. ¿Alcohol?....................................................................*

*Medicamentos? …………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*Condiciones físicas durante el embarazo: ……………………………………………………………………………………………………….*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...*

*Condiciones Psicológicas durante el embarazo: ………………………………………………………………………………………………*

***PARTO:***

*¿Cuántos meses? …………………………..¿Hubo rompimiento de la bolsa? ……………………………………………………………*

*Prematuro: ……………………………… Postmaduro …………………………………… Parto Normal …………………………………….*

*Rápido: …………………………. Demorado: ……………………………… Cuanto tiempo: ………………………………………………….*

*Inducido: …………………………………. ¿La madre recibió anestesia? …………………………………………………………………….*

*El niño (a) nació en Maternidad: ………………………………………………………. Casa: ………………………………………………….*

*Fue atendida por: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*Posición del recién nacido: Cabeza: ………………………. Pies: ………………………. Nalgas: ………………………………*

*CONDICIONES DEL RECIÉN NACIDO:*

*Peso: ……………………………Tamaño: ………………………… Cabeza Grande: ………………………. Pequeña: ……………………*

*Lloro inmediatamente: SI …………………………. NO ………….………………….. Necesito Oxigeno ………………………………*

*Incubadora: …………………………………………………… Presento Malformaciones: ……………………………………………………*

*¿Podría Especificar? ……………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*¿Padeció algún tipo de enfermedad? ……………………………. ¿Cuál? ……………………………………………………………………*

*¿A qué edad? ……………………………………… ¿Con que medicamento lo trato?.........................................................*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

***SUEÑO:***

*De bebé: Calmado: ………………………………. Agitado: ……………………… Actualmente Calmado: ………………………….*

*Cambia de lugar: …………………………………...Habla: ………………………… Miedo Nocturno: …………………………………….*

*Traspira: ………………………………………. Se raspa los dientes………………………… Despierta mucho: …………………………*

*Enuresis: …………………………………… Tiene cuarto individual: …………………………. Cama individual: ………………………*

*¿Con quién duerme? …………………………… Hora de dormir …………………………… Despertar ……………………………......*

***DESARROLLO PSICOMOTOR:***

*Afirmo la cabeza a los: …………………………. Se sentó a los ………………………….*

*Gateo a los ………………………………… Se paró a los ………………………………………….. Camino a los ………………………….*

*¿Tiene alguna dificultad en sus movimientos? ………………………………………………………………………………………………..*

*¿Cuál? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*LENGUAJE:*

*Pronuncio las primeras silabas a los: ……………………………………… Ejemplo …………………………………………………………*

*Palabra con articulación correcta a los: …………………………………………………………………………………………………………..*

*Ejemplo: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

***RELACIÓN:***

*¿Cómo es la relación entre los papás? ……………………………………………………………………………………………………………*

*¿Entre la madre y el niño(a): …………………………………………………………………………………………………………………………..*

*¿Juega con el niño(a): ……………………… ¿En qué momento? ……………………………………………………………………………..*

*¿Entre el padre y el niño(a): ……………………………………………………………………………………………………………………………*

*¿Juega con el niño(a): …………………………? ¿En qué momento? …………………………………………………………………………*

*¿Cómo se lleva con los hermanos (a)?..................................................................................................................*

*¿Cómo es la relación entre los papás y los demás hijos? …………………………………………………………………………………*

*¿Entre los abuelos y los papás del niño (a): ……………………………………………………………………………………………………..*

*¿El niño(a) hace amistad con facilidad? …………………………………………………………………………………………………………*

*¿Prefiere niños mayores o menores? ……………………………………………………………………………………………………………*

*¿Comparte con otros niños(a)? ………………………………………. Se lleva bien con personas adultas ? ………………………*

*¿Es alegre? ……………………………………………………. ¿Es agresivo? …………………………………………………………………………*

*¿Cómo lo demuestra? …………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*¿Es independiente? ……………………………………… ¿Llora sin motivo? ………………………………………………………………….*

*¿Cómo reacciona cuando es contraído (a): ……………………………………………………………………………………………………..*

*¿Cuida sus juguetes?............................................................................................................................................*

*¿Qué tipo de juguetes son de su agrado? ………………………………………………………………………………………………………..*

*Usted, ¿Cómo corrige a su niñ0(a): …………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*Cuando su niño(a) hace algo bueno, ¿usted qué hace? ……………………………………………………………………………………*

***ALIMENTACIÓN:***

*¿Fue amamantado(a): ………………………………………………? ¿Hasta cuándo? ………………………………………………………*

*Por la madre: ……………………………………………………………… Otra persona: …………………………………………………………..*

*¿Desde cuándo le dio alimentación solida? ……………………………………………………………………………………………………*

*¿En qué consistía? ………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*¿Acepto con facilidad? ………………………………………………….. Intervalos ………………………………………………………………*

*Actualmente, ¿come bien? …………………………………………… ¿Qué come?...............................................................*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*¿Escoge los alimentos? ……………………………………………… ¿Qué alimentos? ……………………………………………………….*

*¿Es alérgico (a) a algún alimento? ……………………………………………….. ¿A cuál? …………………………………………………..*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...*

*Tiene tendencia a vómitos: …………………………………………………… Diarrea: …………………………………………………………*

*Cuando le da fiebre, ¿ qué generalmente le da? ………………………………………………………………………………………………*

*¿Cuál es la dosis? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*¿Descríbanos cómo es su niño(a)?.......................................................................................................................*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***PADRE DE FAMILIA MADRE DE FAMILIA***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***FECHA***