

VALORACION DE INGRESO
PROGRAMA DE ESTIMULACION ADECUADA

Fecha: undefined Hora: undefined

DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos: undefined Registro Civil :undefined Genero: undefined Lugar y fecha de Nacimiento: undefined Edad:undefined Peso: undefined Talla: undefined Dirección de Domicilio: undefined Teléfono: undefined Celular:undefined Pediatra tratante: undefined Aseguradora:undefined Nombres y apellidos de la Madre: undefined Edad: undefined Ocupación: undefined Nombres y apellidos del Padre:undefined Edad: undefined Ocupación:undefined

MOTIVO DE CONSULTA: undefined

ANTECEDENTES:

PRENATAL

Gestación Planeada() Gestación controlada (undefined) Gestación con métodos anticonceptivos (undefined) Intento de aborto(undefined) Vómito Primer Trimestre (undefined) Ingesta de fármacos, alcohol, drogas o cigarrillo (undefined) Exposición Rayos x (undefined) Convulsiones (undefined) Desnutrición(undefined) Anemia(undefined) Maltrato(undefined) Hipertensión (undefined) Diabetes(undefined)

PERINATAL

Parto Cesárea(undefined) Tiempo gestación:undefined Espontáneo(undefined) Inducido(undefined) Programado(undefined) Lugar de Parto undefined Atendida Oportunamente: u n d e f i n e d Médico Tratante: undefined Peso al nacer: undefined Talla al nacer: undefined Recibió undefined

RECÉN NACIDO

Llanto (undefined) Problemas Respiratorios (undefined) Incubadora (undefined) Lactancia : undefined Tiempo de Lactancia: undefined Hospitalarios: undefined Patológicos: undefined Familiares:undefined Traumáticos: undefined Farmacológicos:undefined Quirúrgicos: undefined Tóxico/alérgicos: undefined

Recomendaciones Médicas o dieta especial: undefined

Tiene problemas antesundefined durante undefined después undefined de dormir ¿Cuáles? undefined Duerme con undefined Patrón de undefined

¿Se despierta con pesadillas? undefined ¿Suele dormir siesta? undefined

¿Tiene miedos? undefined ¿a qué? u n d e f i n e d

¿Le costó pasar de la alimentación líquida a sólida? undefined ¿Por qué? undefined Tuvo problemas de succión undefined masticación undefined deglución undefined ¿Presenta problemas al comer? undefined ¿cuáles? undefined

Alimentos preferidos: undefined Alimentos que no le gustan: undefined

DESARROLLO PERSONAL

¿Vive el niño con sus padres? undefined

¿Con quién permanece el niño? undefined ¿a quién prefiere? undefined

¿Cómo es la relación con los hermanos? undefined

¿Cuáles son los sentimientos y emociones que más expresa? undefined

¿Con quién juega? undefined ¿Qué juegos prefiere? undefined

¿Cómo se relaciona con desconocidos? undefined

Teléfono: 3006153872
Calle 58 No. 11A-22
info@dmamitas.co
Montería, Córdoba, Colombia

Describe la rutina diaria de su hijo: undefined

DESARROLLO ONTOLOGICO

	SI	NO	TIEMPO	OBSERVACIONES
Control Cefálico	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>
Rolados	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>
Sedente	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>
Gateo	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>
Bípedo	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>
Marcha	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>	<u>undefined</u>

OBSERVACION GENERAL

Signos Vitales: Frecuencia Cardíaca (80-160ppm) undefined Frecuencia respiratoria (30+-5) undefined Temperatura: undefined Tejido Tegumentario: undefined Reflejos undefined Osteotendinosos: Anormales undefined Patológicos undefined Tono Muscular: undefined Control Motor: undefined

Desplazamientos: undefined

Sensibilidad: undefined

Perfil sensorial: undefined

Deformidades o Contracturas: undefined Aparatos Ortopédicos: undefined Sistema Pulmonar: (Simetría Torácica- patrón Respiratorio- Expansión Torácica - Signos Dificultad Respiratoria

Auscultación): undefined

Problemas Asociados undefined

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO: undefined

PLAN DE TRATAMIENTO : undefined

Firma del Acudiente o Representante legal
c.c. undefined

c.c. undefined

Firma del Fisioterapeuta

**Autorización de uso de derechos de imagen sobre
fotografías y producciones audiovisuales (videos) otorgado a D´Mamitas& Babies**

Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, el Ministerio de Educación Nacional solicita la autorización escrita del padre/madre de familia o acudiente del menor de edad: undefined, identificado(a) con Registro Civil número u n d e f i n e d para reproducir fotografías e imágenes de las actividades en las que participe, para ser utilizadas publicaciones, proyectos, redes sociales y pagina Web.

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de undefined, el día undefined del mes undefined de 202undefined.

Nombre del padre/madre de familia o acudiente: undefined

Cédula de ciudadanía: undefined