VALORACION DE INGRESO PROGRAMA DE ESTIMULACION ADECUADA

Fecha: {fecha} Hora: {hora}

DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos: {nombres} Registro Civil :{registroCivil} Genero: {genero} Lugar y fecha de Nacimiento: {nacimiento} Edad{edad} Peso: {peso} Talla: {talla} Dirección de Domicilio: {direccion} Teléfono: {telefono} Celular{celular} Pediatra tratante: {pediatra} Aseguradora{aseguradora} Nombres y apellidos de la Madre: {madreNombre} Edad: {madreEdad} Ocupación: {madreOcupacion} Nombres y apellidos del Padre:{padreNombre} Edad: {padreEdad} Ocupación{padreOcupacion}

MOTIVO DE CONSULTA: {motivo\_de\_consulta}

ANTECENDENTES:

PRENATAL

Gestación Planeada( {gestacionPlaneada}) Gestación controlada ({gestacionControlada} )Gestación con métodos anticonceptivos ({gestacionconmetodosanti} ) Intento de aborto({intentodeaborto}) Vomito Primer Trimestre ({bomitoprimertrimestre}) Ingesta de fármacos, alcohol, drogas o cigarrillo ({ingestadefarmacos}) Exposición Rayos x ({exposicionrayosx})Convulsiones ({convulsiones}) Desnutrición({desnutricion}) Anemia({anemia})Maltrato({mastrato})Hipertensión ({ipertencion})Diabetes({diabetes})

PERINATAL

Parto Cesárea({cesaria})Tiempo gestación:{tiempogestacion} Espontaneo({espontaneo})Inducido({inducido})Programado({programado})

Lugar de Parto {lugradeparto} Atendida Oportunamente: {atendidaoportuna}Médico Tratante: {medicotratante} Peso al nacer: {peso\_al\_nacer} Talla al nacer: {talla\_al\_nacer} Recibió {recibiocurso}

# RECIEN NACIDO

Llanto ({llanto})Problemas Respiratorios ({problemasrespiratorios})Incubadora ({incubadora})Lactancia : {lactancia} Tiempo de Lactancia: {tiempo\_lactancia} Hospitalarios: {hospitalarios} Patológicos: {patologicos} Familiares:{familiares} Traumáticos: {traumaticos} Farmacológicos:{farmacologicos} Quirúrgicos: {quirurgicos} Toxico/alérgicos: {toxico/alergias}

Recomendaciones Médicas o dieta especial: {recomendaciones\_medicas\_o\_dieta\_especial}

Tiene problemas antes{ problemas\_antes} durante {problemas\_durante} después {problemas\_despues} de dormir ¿Cuáles? {queporblemasladormir} Duerme con {duerme\_con} Patrón de {patron\_de\_sueno}

¿Se despierta con pesadillas? {se\_despierta\_con\_pesadillas} ¿Suele dormir siesta? {siesta}

¿Tiene miedos? {tiene\_miedos} ¿a qué? {miesdosaque}

¿Le costó pasar de la alimentación liquida a solida? {costoalimentarsolido} ¿Por qué? {porque} Tuvo problemas de succión {problemassuccion} masticació {masticacion} deglución {deglucion} ¿Presenta problemas al comer? {presenta\_problemas\_al\_comer} ¿cuáles?

Alimentos preferidos: {alimentos\_preferidos} Alimentos que no le gustan: {alimentos\_que\_no\_le\_gustan}

# DESARROLLO PERSONAL

¿Vive el niño con sus padres? {vive\_el\_nino\_con\_sus\_padres}

¿Con quién permanece el niño? {con\_quien\_permanece\_el\_nino} ¿a quién prefiere? {a\_quien\_prefiere}

¿Cómo es la relación con los hermanos? {relacion\_con\_hermanos}

¿Cuáles son los sentimientos y emociones que más expresa? {emociones}



¿Con quién juega? {con\_quien\_juega} ¿Qué juegos prefiere? {juegos\_preferidos}

¿Cómo se relaciona con desconocidos? {relacion\_desconocidos}

Teléfono: 3006153872 Calle 58 No. 11A-22 [info@dmamitas.co](mailto:info@dmamitas.co)

Montería, Córdoba. Colombia

Describa la rutina diaría de su hijo: {rutina\_diaria}

DESARROLLO ONTOLOGICO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SI | NO | TIEMPO | OBSERVACIONES |
| Control Cefálico | {controlsi} | {controlno} | {tiempocontrol} | {observacionescontrol} |
| Rolados | {roladossi} | {roladosno} | {tiemporolados} | {observacionrolados} |
| Sedente | {sedentesi} | {sedenteno} | {tiemposedente} | {observacionsedente} |
| Gateo | {gateosi} | {gateono} | {tiempogateo} | {observaciongateo} |
| Bípedo | {bipedosi} | {bipedono} | {tiempobipedo} | {observaciobipedo} |
| Marcha | {marchasi} | {marchano} | {tiempomarcha} | {observacionmarcha} |

# OBSERVACION GENERAL

Signos Vitales: Frecuencia Cardiaca (80-160ppm) {frecuenciacar }Frecuencia respiratoria (30+-5) {frecuenciarespiratoria}Temperatura: {temperatura} Tejido Tegumentario:{tegidotegumentario} Reflejos {refeljos} Osteotendinosos: Anormales{anormales} Patológicos {patologicos} Tono Muscular:{tonomuscular} Control Motor: {control\_motor}

Desplazamientos: {tono\_muscular}

Sensibilidad: {sensibilidad}

Perfil sensorial: {perfil\_sensorial}

Deformidades o Contracturas: {deformidades/contracturas} Aparatos Ortopédicos:{aparatosortopedicos} Sistema Pulmonar: (Simetría Toráxica- patrón Respiratorio- Expansión Toráxica - Signos Dificultad Respiratoria Auscultación): {sistema\_pulmonar}

Problemas Asociados{problemas\_asociados}

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO: {diagnosticofisiterapeuta}

PLAN DE TRATAMIENTO : {planTratamiento}

Firma del Acudiente o Representante legal Firma del Fisioterapeuta

c.c. {documentorepresentante} c.c.{documentoprofesional}

**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:

{firmaNombrenino}, identificado(a) con Registro Civil número {firmaregistro}para reproducir fotografias e imagenes 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 {ciudadFirma}, el día {diaFirma} del mes

{mesFirma} de 202{anioFirma}.

Nombre del padre/madre de familia o acudiente: {NombreFirma}

Cédula de ciudadanía:{cedulafirma}

{firmaAutorizacion}