VALORACION DE INGRESO PROGRAMA DE ESTIMULACION ADECUADA

Fecha: Hora:

DATOS PERSONALES

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

MOTIVO DE CONSULTA: undefined

ANTECENDENTES:

PRENATAL

Gestación Planeada( undefined) Gestación controlada (undefined )Gestación con métodos anticonceptivos (undefined ) Intento de aborto(undefined) Vomito 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 Espontaneo(undefined)Inducido(undefined)Programado(undefined)

Lugar de Parto undefined Atendida Oportunamente: undefinedMédico Tratante: undefined Peso al nacer: undefined Talla al nacer: undefined Recibió undefined

# RECIEN NACIDO

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

¿Le costó pasar de la alimentación liquida a solida? undefined ¿Por qué? undefined Tuvo problemas de succión undefined masticació undefined deglución undefined ¿Presenta problemas al comer? undefined ¿cuáles?

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](mailto:info@dmamitas.co)

Montería, Córdoba. Colombia

Describa la rutina diaría de su hijo: undefined

DESARROLLO ONTOLOGICO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SI | NO | TIEMPO | OBSERVACIONES |
| Control Cefálico | undefined | undefined | undefined | undefined |
| Rolados | undefined | undefined | undefined | undefined |
| Sedente | undefined | undefined | undefined | undefined |
| Gateo | undefined | undefined | undefined | undefined |
| Bípedo | undefined | undefined | undefined | undefined |
| Marcha | undefined | undefined | undefined | undefined |

# OBSERVACION GENERAL

Signos Vitales: Frecuencia Cardiaca (80-160ppm) undefinedFrecuencia respiratoria (30+-5) undefinedTemperatura: Tejido Tegumentario:undefined Reflejos undefined Osteotendinosos: Anormalesundefined Patológicos Tono Muscular:undefined Control Motor: undefined

Desplazamientos: undefined

Sensibilidad:

Perfil sensorial: undefined

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

Problemas Asociadosundefined

DIAGNOSTICO FISIOTERAPÉUTICO: undefined

PLAN DE TRATAMIENTO :

Firma del Acudiente o Representante legal Firma del Fisioterapeuta

c.c. undefined c.c.undefined

**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 undefinedpara 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 asdasdasd, el día del mes

de 202.

Nombre del padre/madre de familia o acudiente: undefined

Cédula de ciudadanía:undefined

undefined