**Registro**

**Nombre:**

| **Día** | **Situación** | **Cara que le mostraste** | **Reacción del bebé** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |