

**ALIMENTACIÓN**

Tipo de alimentación: purés / sólido .....

Cantidad: mucho / poco / normal .....

Número de veces que come al día: .....

¿Come un plato sólo? ¿come primero y segundo? ¿toma fruta? .....

Alimentos que más le gustan: .....

Tiempo aproximado que tarda en comer: .....

¿TIENE ALERGIA A ALGÚN ALIMENTO? .....

¿Come solo? ¿mantiene la cuchara? .....

Observaciones sobre la forma de alimentar al niño .....

**SUEÑO**

Dificultades en el sueño .....

¿cómo se despierta? .....

¿Tiene un horario regular? .....

Hora en que se levanta .....

¿Duerme a media mañana? tiempo .....

¿Duerme siesta? Tiempo .....

¿A qué hora se acuesta por la noche? .....

¿Tiene algún objeto preferido para dormir? .....

¿Duerme con chupete, dedo, trapito, otros? .....

Postura que adopta: boca arriba, boca abajo, otras .....

Duerme: cuna / cama .....

**JUEGO**

¿Tiene preferencia por algún juguete? ¿cuál? .....

¿Cómo los utiliza? .....

Actividad que más le gusta .....