

**NOMBRE:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**HORARIO:**

**ALIMENTACIÓN:**

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

Tipo de alimentación: .....

Horario de las tomas :

..... Cantidades: .....

..... Cantidades: .....

..... Cantidades: .....

..... Cantidades: .....

..... Cantidades: .....

Marca utilizada de la leche..... Cereales: .....

Otros líquidos.....

Observaciones sobre la forma de alimentarse y tiempo empleado.....

**SUEÑO**

Postura que adopta al dormir.....

Horario regular..... Duerme con chupete, dedo, trapito, etc.....

Dificultades en el sueño.....

¿Cómo se despierta? .....

Observaciones sobre el sueño.....

Objeto de apego.....

**DEPOSICIONES**

Normalmente ¿cuántas veces al día? .....Utiliza crema en todos los cambios.....

Las deposiciones ¿tienen alguna característica particular? .....

Forma de cambiar al niño: en encimera, en el regazo.....

**ENFERMEDADES**

Enfermedades que ha padecido o padece.....

¿Ha sido necesario hospitalizarle alguna vez? Causa.....

¿Tiene algún tipo de alergia? .....

**OBSERVACIONES**

Llora mucho, poco, ¿cuánto? .....

¿Dónde pasa la mayor parte del día? Suelo, cuna, parque... ..

¿Gatea? .....

¿Tiene algún objeto preferido? .....

¿Necesita la presencia del adulto en sus juegos?.....