

Nombre del Niño:	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Hoy:	Opciones de Servicios: ___Centro ___ Proveedora (FCCH) Lugar _____
------------------	----------------------	---------------	--

Por favor circule o escriba sus respuestas a las siguientes preguntas.

<p>1. ¿Tiene su niño una dieta especial? Sí/ No Si la respuesta es sí, ¿qué dieta? _____</p> <p>2. ¿Su niño es alérgico a alguna comida? Sí/ No Si la respuesta es sí, ¿a qué? _____</p> <p>3. ¿Hay alguna comida que su niño no debería comer por razones médicas, religiosas, o personales? Sí/ No Si la respuesta es sí, ¿a qué? _____</p> <p>4. ¿Ha tenido su niño un gran cambio de apetito en los últimos meses? Sí/ No Si la respuesta es sí, ¿a qué? _____</p> <p>5. ¿Alguna vez su niño ha comido yeso, tierra, arcilla o cáscaras de pintura? Sí/ No _____</p>	<p>6. ¿Su niño toma del biberón? Sí/ No Durante el día _____ Por la noche _____ ¿Qué pone usted en el biberón? _____ ¿Qué tipo de biberón o tetinas usa en casa? _____</p> <p>7. ¿Cuántas comidas come su niño cada día? _____</p> <p>8. ¿Cuántas veces al día su niño come una merienda? _____</p> <p>9. Cosas especiales que le gustan y no le gustan: _____ _____ _____</p>
--	--

<b>Información de Alimentación</b>							
	<b>Comida</b>				<b>Tipo</b>	<b>Cuánto</b>	<b>Con qué frecuencia</b>
Leche Materna	D	A	C	M			
Fórmula	D	A	C	M			
Cereal Infantil	D	A	C	M			
Verduras Molidas	D	A	C	M			
Frutas Molidas	D	A	C	M			
Carnes y Proteínas Molidas	D	A	C	M			
Productos Lácteos	D	A	C	M			
Bebidas	D	A	C	M			
Comidas de Mesa	D	A	C	M			
Otros	D	A	C	M			

Mi niño usa un:    Biberón    Vaso    Tenedor    Cuchara

**Información de Dormir**

¿Cuáles son los patrones de dormir de su niño? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de prendas de cama y cobijas usa su niño? \_\_\_\_\_

¿Qué métodos utiliza para poner a su niño a dormir? (ejemplo: envolver) \_\_\_\_\_

¿Ha recibido información sobre SIDS? Sí /No Si la respuesta es sí, por favor de explicar: \_\_\_\_\_

Personal / Proveedor FCCH Repaso la Póliza del Sueño Seguro y Practicas con el Padre/Guardián

**Información Acerca Del Excusado**

¿Cuantos pañales mojados al día? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia su niño tiene movimientos intestinales? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Algún cambio de orina o defecación? \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

¿Se ha introducido el uso de excusado en el hogar? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Si es así, cómo? \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño algún miedo o preocupación acerca del entrenamiento del excusado? \_\_\_\_\_

¿Usted desea que su niño use pañal desechable o pantaloncillo de entrenamiento? \_\_\_\_\_