



<b>Datos del niño o niña:</b>			
Nombre y Apellidos			
Domicilio		Numero	Localidad
Provincia	Fecha Nacimiento	Teléfono	
<b>Datos familiares: padre, madre o representante legal del menor</b>			
Nombre y Apellidos			
Fecha Nacimiento	Estudios	Teléfono	
Profesión	E-mail		
<b>Datos familiares: padre, madre o representante legal del menor</b>			
Nombre y Apellidos			
Fecha Nacimiento	Estudios	Teléfono	
Profesión	E-mail		
<b>Datos Médicos:</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Antecedentes familiares</b>			
¿Cuántos hijos o hijas tienen?:		Este hijo ocupe el lugar:	
¿Hay entre los familiares más cercanos alguna enfermedad que merezca la pena mencionar o destacar?			
Otros datos de interés que quieras mencionar:			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Antecedentes Personales</b>			
¿Ha tenido problemas en el embarazo y/o parto?		¿De qué tipo?	
Procesos infecciosos (colitis, faringitis, amigdalitis...) que ha padecido o suele padecer con frecuencia el niño o la niña			
<b>Entorno y Hábitos</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Familia</b>			
Nombre que utiliza en casa:			
Nombre de los hermanos o hermanas		Fecha Nacimiento	
¿Quién le ha cuidado hasta el momento?:			
¿Ha estado escolarizado?:		¿Cómo lo vivió?:	
¿Con quienes comparte la vivienda?:			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Alimentación</b>			
¿Lactancia con leche materna?:		¿Lactancia con leche de fórmula?:	
¿Hasta cuándo?:		¿Rechaza la comida si no está pasada?:	
¿Cuál es su actitud frente a la comida?:			
¿Qué alimentos tiene introducidos?:			
¿Hay algún alimento específico que no puede tomar?:			

¿Suele devolver después de comer?:			
¿Cuál es su actitud frente a la introducción de nuevos alimentos y/o sabores?			
<b>✓ Sueño</b>			
¿Cómo le gusta dormir?			
¿Dónde y con quién duerme?			
Número de horas	Por el día	¿Utiliza chupete o algún objeto para dormir?	
	Por la noche		
<b>✓ Control de esfínteres</b>			
¿Utiliza el orinal?			
¿Cada cuánto tiempo?			
¿Cuánto tiempo controla esfínteres?	Por el día	Observaciones	
	Por la noche		
<b>✓ Desarrollo Evolutivo</b>			
Motricidad:		Lenguaje:	
<b>✓ Socialización y Juego</b>			
¿Con quién pasa más tiempo?			
¿Juega sólo o con compañía?:			
Juguetes y juegos preferidos:			
Tiempo que duran sus juegos			
¿Cómo es su relación con otros niños y niñas?			

En

a