

Datos del niño o n	niña:											
Nombre y Apellidos												
Domicilio						Νι	ımero	Localidad				
Provincia				Fech	na Naci	mient	0	Te	léfono			
Datos familiares:	padre, ma	adre o re	present	tante l	legal d	lel me	enor	<u>.</u>				
Nombre y Apellidos												
				udios				Te	léfono			
Profesión			E-m									
Datos familiares:	padre, ma	adre o re	presen	tante l	legal d	lel me	enor					
Nombre y Apellidos												
Fecha Nacimiento			Esti	Estudios				Teléfono				
Profesión			E-mail			Telefono						
Datos Médicos:												
✓ Anteceden	tes famili	ares										
¿Cuántos hijos o hija		ui cs			Fst	te hiio	OCUDE	e el lugar:				
¿Hay entre los famili		orcanos a	alauna o	nformo					dostac	rar?		
Zriay eritte ios rairiili	iai es ilias (cicarios a	aiguria e	HIEHHE	tuau qu	ic IIIci	ezca i	a pena mendional o	uestac	zai :		
Otros datos do intor	ýc ano ani	oras mono	rionari									
Otros datos de interés que quieras mencionar:												
✓ Anteceden	toc Dorco	naloc										
v Anteceden	tes Perso	naies										
. Ua tanida problema	ac on al		D			4 .l 0						
¿Ha tenido problema				¿De q	qué tipo	5?						
embarazo y/o parto?	'											
Dragges infeccioses	(aplitic fo	ringitic o	miadaliti	c) a	ıo bo n	adaaia	10 0 01	iolo nadosor son fra	ou o poi	o al piño a la piñ		
Procesos infecciosos	(COIILIS, Ta	ringitis, a	miguaiiti	S) qu	ле па р	auecic	ט טג	iele padecel con lie	cuencia		id	
Futawa v 1146ita												
Entorno y Hábitos ✓ Familia	S											
Nombre que utiliza e	en casa:											
Nombre de los herm	anos o							Fecha Nacimiento				
hermanas												
0.16.1.1.1												
¿Quién le ha cuidado	o nasta ei i	nomento	! :									
							ı					
				0 ()		_						
¿Ha estado escolariz	ado?:)خ	Como I	o vivióî	/ :						
0 1												
¿Con quienes compa		enda?:										
✓ Alimentaci	on											
¿Lactancia con leche materna?:						¿Lact	ancia d	con leche de fórmula	a?:			
Z_uotao.u oo	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	•										
¿Hasta cuándo?:					¿Rechaza la comida si no está pasada?:							
¿Cuál es su actitud f	rente a la	comida?:		1								
¿Qué alimentos tiend	e introduci	dos?:										
¿Hay algún alimento	específico	que no p	uede to	mar?:								

¿Suele devolver después de comer?:										
¿Cuál es su actitud frente a la introducción de nuevos alimentos y/o sabores?										
✓ Sueño										
¿Cómo le gusta dor	mir?									
¿Dónde y con quién	duormo?									
ZDonde y con quien	uueime:									
Número de horas	Por el día		¿Utiliza chupete o algún objeto para dormir?							
	Por la noche									
✓ Control de esfínteres										
¿Utiliza el orinal?	Commerce									
german							_			
¿Cada cuánto tiemp	0?									
		Por	el día		Obser	rvaciones				
¿Cuánto tiempo controla esfínteres?		Por	la noche							
✓ Desarrollo	Evolutivo									
Motricidad:				Lenguaje:						
	ión y Juego									
¿Con quién pasa más tiempo?										
¿Juega sólo o con c	ompania?:									
Juguetes y juegos preferidos:										
Tiempo que duran sus juegos										
Cáma as su ralación can atras niñas y niñas?										
¿Cómo es su relación con otros niños y niñas?										

En a