

RECOGIDA DE INFORMACIÓN NIVEL BEBÉS

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

HORARIO:

- ALIMENTACIÓN:

- Número de veces que come al día:
- Tipo de alimentación:
- Horario de tomas/Cantidades:
 -
 -
 -
 -
 -
 -
- Marca utilizada de leche:
- Gluten :
- Cereales:
- Cantidad:
- Otros líquidos:
- Observaciones sobre la forma de alimentarse y el tiempo empleado:

- SUEÑO:

- Postura que adopta al dormir:
- Método para conciliar el sueño:
- Horario regular:
- Intervalos de sueño:
 -
 -
- Duerme con chupete:
- Dificultades en el sueño:
- ¿Cómo se despierta?:

- Observaciones sobre el sueño:
- Objeto de apego:

- **ASEO:**

 - Normalmente, ¿cuántas veces al día?:
 - Utiliza crema:
 - Las deposiciones ¿tienen alguna característica en particular?:
 - Forma de cambiar al niño/a:
 - Está tranquilo/a en el momento del cambio:

- **ENFERMEDADES:**

 - Enfermedades que ha padecido o padece:
 - ¿Ha sido necesario hospitalizarle alguna vez?:
 - ¿Tiene algún tipo de alergia?:
 - ¿Toma alguna medicación?:

- **OBSERVACIONES:**

 - Características que definen al niño/a:
 - Lloro mucho, poco, ¿cuánto?
 - ¿Dónde pasa la mayor parte del día? Suelo, cuna, hamaca
 - ¿Gatea?
 - ¿Tiene algún objeto preferido?
 - ¿Necesita la presencia del adulto en sus juegos?