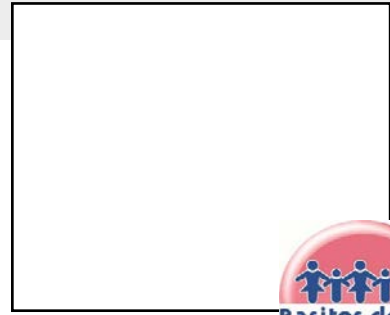


SOLICITUD PARA INGRESO

Fecha de Nacimiento _____
Fecha de Solicitud _____
Fecha de Inicio _____
Teléfonos _____
Correo Madre/Padre _____



DATOS GENERALES

Nombre del Niño _____ Edad _____

Diagnostico/ Discapacidad _____

DOMICILIO

Nombre de la Madre _____

Ocupación de la Madre _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre, Dirección y Tel. de la Empresa _____

Nombre del Padre _____

Ocupación del Padre _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre, Dirección y Tel. de la Empresa _____

Nombre del Tutor _____

Ocupación del tutor _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre, Dirección y Tel. de la Empresa _____

Viven en el mismo domicilio Por que? _____

Especifique cada uno de los domicilios _____

Ambos padres/ tutor están de acuerdo en participar en el apoyo

Por que no están dispuestos en participar? _____

Como se entero de Pasitos de Luz? _____

Toma algún medicamento Cual medicamento _____

Convulsiona con que frecuencia convulsiona _____

Como se Alimenta _____ Solido Liquido

Cuantas veces al día come? _____

Duerme en el día A que hora _____

Usa pañal Padece estreñimiento

Quien cuida del niño mientras usted trabaja? _____

Tiene Seguro Medico De que Institución _____

Dirección de la Institución Medica _____

NOMBRE Y TEL. DE ALGUN FAMILIAR O VECINO MAS CERCANO A QUIEN AVISAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre en caso de Emergencia _____ Teléfono _____

Parentesco de la persona en caso de Emergencia _____

ANTECEDENTES PSICOMOTORES

Sostiene su cabeza

Puede hablar

Puede sentarse

Puede caminar

Puede gatear

Puede ver

Puede oír