



"MAMAS UNIDAS POR LA REHABILITACIÓN DE SUS HIJOS A.C."

INFORMACION FAMILIAR

Foto

FECHA DE SOLICITUD: _____

FECHA DE INGRESO: _____

NOMBRE DEL NIÑO(A): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

TIPO DE DISCAPACIDAD: _____

TIENE ALGUN SEGURO MEDICO? _____ CUAL? _____

NOMBRE DE LA MAMA: _____

TEL- CEL: _____ OCUPACION: _____

DIRECCION: _____

CALLE NÚMERO COLONIA CIUDAD CP.

EMAIL: _____

NOMBRE DEL PAPA: _____

TEL- CEL: _____ OCUPACION: _____

DIRECCION: _____

CALLE NÚMERO COLONIA CIUDAD CP.

EMAIL: _____

NOMBRE DE FAMILIAR O TUTOR: _____

PARENTESCO: _____ SEXO _____

TEL- CEL: _____ OCUPACION: _____

DIRECCION: _____

CALLE NÚMERO COLONIA CIUDAD CP.

EMAIL: _____

¿TIENE ALGUN PARIENTE CON DISCAPACIDAD? _____

ES DE 9 MESES DE GESTACION? : _____ ¿LE DAN CONVULSIONES?: _____

¿TOMA ALGUN MEDICAMENTO?: _____ ¿CUÁL?: _____

¿ES ALERGICO A ALGO?: _____ ¿A QUE?: _____

¿HA TENIDO ALGUNA CIRUGIA?: _____ ¿DE QUÉ?: _____

¿SE AUTO-AGREDE?: _____ ¿MUERDE?: _____

¿QUÉ ES LO QUE MAS LE GUSTA?: _____

¿QUÉ ES LO QUE LE DESAGRADA?: _____

¿LE ASUSTAN LOS RAYOS? _____ ¿QUÉ MÁS LE ASUSTA?: _____

¿JUGUETE PREFERIDO?: _____ ¿AVIENTA LOS JUGUETES?: _____

“MAMAS UNIDAS POR LA REHABILITACIÓN DE SUS HIJOS A.C.”

¿ANTERIORMENTE HA RECIBIDO ALGUNA TERAPIA?: _____

¿A QUE ESCUELA O CENTRO DE REHABILITACION HA INGRESADO?: _____

¿CONOCE LOS COLORES?: _____ ¿CONOCE LAS VOCALES O ALGUNAS LETRAS?: _____

¿CONOCE LOS NUMEROS? _____ ¿HASTA QUE NUMERO?: _____

¿LE GUSTA LA MUSICA?: _____ ¿BAILAR?: _____ ¿CANTAR?: _____

¿EL NIÑO (A) SE DESPIERTA POR LAS NOCHES?: _____ ¿POR QUÉ?: _____

¿EL NIÑO (A) BABEA?: _____ ¿MOJA LA CAMISA CON ESTA SALIVA?: _____

¿EL NIÑO (A) USA PAÑAL?: _____ ¿ES ESTREÑIDO(A)?: _____

¿NECESITA AYUDA PARA IR AL BAÑO?: _____ ¿POR QUÉ?: _____

¿LO HA DESPARASITADO?: _____ ¿HACE CUANTO?: _____

¿AL NIÑO LE GUSTA BAÑARSE?: _____ ¿SE PUEDE BAÑAR SOLO?: _____

¿SE PONE LOS ZAPATOS SOLO (A)?: _____ ¿SE PONE LA ROPA SOLO (A)?: _____

¿ALIMENTO AL NIÑO CON LECHE DE PECHO?: _____ ¿AÚN LO HACE?: _____

¿EL NIÑO (A) TOMA MAMILA?: _____ ¿QUÉ TIPO DE LECHE TOMA ACTUALMENTE?: _____

¿A QUE EDAD COMENZO A ALIMENTAR AL NIÑO (A) CON COMIDA SOLIDA?: _____

¿CUÁNTAS VECES AL DIA COME O TOMA ALIMENTOS SU HIJO (A)?: _____

¿COMO IDENTIFICA CUANDO EL NIÑO PIDE COMER?: _____

¿QUIÉN ALIMENTA AL NIÑO (A)?: _____

¿QUE ALIMENTOS COME EL NIÑO (A) CON MAS FACILIDAD?: _____

¿QUE ALIMENTOS LE CUESTA TRABAJO PARA COMER?: _____

¿QUE ALIMENTOS RECHAZA?: _____

¿CÓMO SE ALIMENTA?: Formula _____ Molida _____ Picada _____ Entera _____

¿AL MOMENTO DE ALIMENTARLO LO SIENTA EN UNA SILLA O EN SUS PIERNAS?: _____

¿USA USTED CUCHARAS O ALGUN ARTICULO DE LA COCINA PARA ALIMENTARLO?: _____

¿SABE COMER SOLO CON CUCHARA? _____ ¿VOLTEA EL PLATO CON COMIDA? _____

¿TOMA LIQUIDOS POR SI SOLO?: _____ ¿QUÉ TIPO DE VASO?: Entrenador _____ Regular _____

¿DEMUESTRA DOLOR AL PASAR LA COMIDA?: _____

¿ HACE GESTOS AL PASAR LA COMIDA?: _____

¿AMENAZA EL NIÑO (A) CON VOMITAR?: _____

¿VOMITA O ESCUPE DESPUES DE LA COMIDA?: _____

“MAMAS UNIDAS POR LA REHABILITACIÓN DE SUS HIJOS A.C.”

MENCIONE LA INFORMACION ADICIONAL QUE LE GUSTARIA QUE SUPIERAMOS DEL NIÑO (A)

NOMBRE Y FIRMA

MAMA

NOMBRE Y FIRMA

PAPA

NOMBRE Y FIRMA

TUTORES