



# "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

Una vez que haya llenado el formato, favor de enviárnoslo por correo electrónico a [admon1pasitosdeluz@gmail.com](mailto:admon1pasitosdeluz@gmail.com) o por WhatsApp a [\(+52\) 322 135 6302](tel:+523221356302). Puede imprimir el formato, llenarlo a mano y enviárnoslo como foto o escaneo si gusta.

Luego nos pondremos en contacto para invitarlo a Pasitos de Luz para una entrevista. Si tiene alguna otra pregunta o duda, puede llamarnos al [\(+52\) 322 135 6302](tel:+523221356302). ¡Con gusto contestaremos sus preguntas!

*¡Muchas gracias!*