

ESTANCIA INFANTIL
D.I.F.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA EL AÑO _____

FECHA _____

HORARIO _____

DATOS GENERALES DEL NIÑO

NOMBRE: _____

SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

ANTECEDENTES EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO

¿QUIEN SE HACÍA CARGO DE MENOR ANTES DE ENTRAR A LA ESTANCIA?

¿QUIEN LO ATENDÍA CUANDO ESTA PERSONA NO LO PODÍA CUIDAR?

¿COMO ES LA RELACIÓN DEL NIÑO CON LAS PERSONAS QUE LO CUIDAN?

¿EN CASA GENERALMENTE EL CUIDADO DEL NIÑO EN QUIEN RECAE?

DESCRIBA LAS CARACTERÍSTICAS MAS SOBRESALIENTES DE LA PERSONALIDAD DE SU NIÑO (A) MARQUE UNA O VARIAS SEGÚN EL CASO.

ALEGRE TRISTE ACTIVO RETRAÍDO INDIFERENTE CARIÑOSO ENOJÓN OBEDIENTE

SENSIBLE APRENSIVO JUGUETÓN EXTROVERTIDO TRANQUILO BERRINCHUDO

OPINIÓN DE LOS PADRES ACERCA DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO (CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES)

¿EN DONDE JUEGA HABITUALMENTE EL NIÑO EN CASA? _____

¿CON QUIEN JUEGA? _____

DATOS GENERALES DE LOS PADRES

MADRE

PADRE

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____ ESCOLARIDAD: _____

TELÉFONO: _____ ESCOLARIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____

OCUPACIÓN: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

TELÉFONO: _____

TELÉFONO: _____

DOMICILIO: _____

DOMICILIO: _____

HORARIO: _____

HORARIO: _____

PUESTO QUE OCUPA: _____

PUESTO QUE OCUPA: _____

TELÉFONO: _____

TELÉFONO: _____

DATOS DE LA FAMILIA

CASADOS ACTUALMENTE _____

SEPARADOS _____

DIVORCIADOS _____

RELACIÓN DE PAREJA _____

ACTITUDES ADOPTADAS EN RELACIÓN A LA EDUCACIÓN DE LOS HIJOS (AMBOS LA DETERMINAN) _____

¿EN QUE ASPECTOS DE LAS ACTIVIDADES DEL HOGAR PARTICIPA EL PADRE? _____

¿CUANTO TIEMPO A LA SEMANA DEDICAN A LA RECREACIÓN CON LA FAMILIA COMPLETA? _____

¿CUAL? _____

¿PASATIEMPOS DEL PADRE? _____

¿PASATIEMPOS DE LA MADRE? _____

MEDICO PARA EL CASO DE UNA EMERGENCIA _____

TELÉFONO _____ CONSULTORIO _____

HORARIO _____

DESARROLLO PSICOMOTOR

¿SE SENTO A LA EDAD DE? _____ ¿CAMINO A LA EDAD DE? _____

¿GATEO A LA EDAD DE? _____ ¿A QUE EDAD APARECIÓ EL PRIMER DIENTE? _____

¿EMPEZÓ HABLAR A LOS? _____ ¿ES DIESTRO, ZURDO O AMBIDIESTRO? _____

¿DONDE SE ATENDIÓ DE SU PARTO? _____ ¿RECUERDA EL NOMBRE DEL MEDICO? _____

¿CUANTO TIEMPO DURO SU PARTO? _____ ¿POSICIÓN DEL NIÑO AL NACER? _____

¿FUE GEMELO? _____ ¿LORO ESPONTÁNEAMENTE? _____ ¿SE PRACTICO CESAREA? _____

¿HUBO PROBLEMAS DURANTE EL PARTO? (ESPECIFIQUE) _____

¿SE USARON FORCEPS? _____ ¿INCUBADORA? _____

¿ALGÚN MEDICAMENTO QUE SE HAYA ADMINISTRADO AL NIÑO INMEDIATAMENTE AL NACER?

¿SE VISTE SOLO, COME SOLO, POSTURA PARA DORMIR? _____

¿COMO ES SU SUEÑO? ¿A QUE HORA SE ACUESTA POR LA NOCHE? _____

¿EVACUA NORMALMENTE? (HORARIOS) _____

¿QUE PALABRA EMPLEA PARA IR AL BAÑO? _____

¿CONTROLA LA MICCIÓN () QUE HORARIOS? _____

¿SE CHUPA EL DEDO? _____

¿HA ASISTIDO A OTRA ESTANCIA DE BIENESTAR INFANTIL? _____

ESPECIFIQUE POR CUANTO TIEMPO _____

¿HA ASISTIDO A OTRA GUARDERÍA? (ESPECIFIQUE) TIEMPO _____

¿CUAL ES EL NOMBRE DE LA ESTANCIA O GUARDERÍA? _____

INFORMACIÓN ADICIONAL QUE AYUDE A LA EDUCADORA A CONOCER MEJOR AL NIÑO _____

ENFERMEDADES SUFRIDAS:

VARICELA _____ ASMA _____

RUBEOLA _____ PARASITOS _____

TOSFERINA _____ EPILEPSIA _____

OTRAS _____

¿CUANTAS HORAS VE LA TELEVISIÓN EL NIÑO? _____

HÁBITOS DE SUEÑO:¿CUANTAS HORAS DUERME AL DÍA? _____

¿SU SUEÑO ES?: TRANQUILO, INQUIETO, CONTINUO, POR PEQUEÑOS PERIODOS SE DESPIERTA: ALEGRE, ENOJADO, FÁCILMENTE, LENTAMENTE, LLORA

EMPLEA ALGÚN OBJETO PARA DORMIR (CHUPÓN, BIBERÓN, TRAPITO, ETC.) _____

EL NIÑO TIENE TEMORES A: LA OSCURIDAD, MUÑECAS, PERSONAS, OTROS ESPECIFIQUE _____

HÁBITOS ALIMENTICIOS

¿AMAMANTO A SU HIJO? _____ ¿HASTA QUE EDAD? _____ ¿A QUE EDAD LE QUITO EL PECHO? _____

¿COMO SE REALIZO EL DESTETE? _____

¿A QUE EDAD COMIENZO A ADMINISTRAR OTROS ALIMENTOS INDEPENDIENTES DE LA LECHE MATERNA? _____

PROBLEMAS DE RECHAZO O ALERGIA A ALGÚN MEDICAMENTO O ALIMENTO _____

¿QUE ACTITUD MUESTRA A LAS HORAS DE COMIDA? _____

ANTECEDENTES

EMBARAZOS _____ ABORTOS _____ PARTOS _____

¿COMO SE DESARROLLO SU EMBARAZO _____

¿MOLESTIAS QUE PRESENTO DURANTE EL EMBARAZO? _____

HUBO ALGÚN ACCIDENTE, OPERACIÓN, APLICACIÓN DE RAYOS X, PROBLEMAS FAMILIARES, ALERGIAS, CONTAGIOS, ETC. ESPECIFIQUE _____

¿ALGÚN MEDICAMENTO DURANTE EL EMBARAZO? _____

PROBLEMAS O PRESIONES FAMILIARES DURANTE SU EMBARAZO _____

PERSONA QUE SE PUEDA LLAMAR EN CASO NECESARIO _____

_____ RELACIÓN _____

TEL. _____ DIRECCIÓN _____

NUMERO DE PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL NIÑO _____

NOMBRE _____ RELACIÓN _____

TELÉFONO _____ DOMICILIO _____

NOMBRE _____ RELACIÓN _____

TELÉFONO _____ DOMICILIO _____

UNA VEZ QUE EL NIÑO ABANDONA LOS LIMITES DE LA ESTANCIA, CESA LA RESPONSABILIDAD DE ESTA. ENTERADOS DE LAS DISPOSICIONES Y REGLAMENTO DE LA ESTANCIA D.I.F. DAMOS NUESTRA FIRMA DE RESPONSABILIDAD.

PADRE

MADRE

TUTOR

GÓMEZ PALACIO, DGO. _____ DE _____ DE 20 _____