

Plan de cuidado individual

Formulario de información familiar

Niño(a):

Fecha del nacimiento:

Maestro(a):

Familiar(es):

Fecha:

Llegada

¿A qué hora suelen llegar ustedes al centro de cuidado infantil (o la guardería)? _____

¿Qué les facilitará, a usted y a su hijo, el despedirse en la mañana?

El cambio de pañales y la ida al baño

¿Qué clase de pañales usa? _____

¿Con cuanta frecuencia le cambia el pañal a su hijo? ¿Cuándo suele necesitar su hijo que se le cambie el pañal?

¿Debemos tener en cuenta alguna instrucción especial para el cambio de pañales?

Su hijo, ¿está comenzando a usar el sanitario? En tal caso, debemos tener en cuenta alguna instrucción especial para el uso del sanitario?

Dormir

¿Cómo sabremos que su hijo está cansado y necesita dormir?

¿Cómo duerme su hijo? ¿Por cuánto tiempo suele dormir?

¿Qué le ayuda a dormirse?

Nosotros acostamos a los niños sobre la espalda (boca arriba). Sí / No

Su bebé, ¿está acostumbrado a dormir boca arriba?

¿Cómo se despierta su niño? ¿Con rapidez o lentamente? ¿Qué prefiere su niño? ¿Que se le saque de la cuna inmediatamente o permanecer acostado unos cuantos minutos antes de que se le cargue?

Plan de cuidado individual
Formulario de información familiar, continuación

La alimentación

Para los bebés:

¿Usted le da leche materna a su bebé o le da biberón? _____

Si le da leche materna, ¿usted vendrá al centro de cuidado infantil para alimentarlo? **Sí / No**

En tal caso, ¿a qué horas? _____

Si no planea venir, ¿nos enviará la leche materna? _____

Si le da el biberón,

¿Cuál leche en polvo (fórmula) usa? _____

¿Cómo prepara usted los biberones? _____

¿Cuánta leche prepara en una ocasión? _____

¿Cuánta leche se toma el bebé en una ocasión? _____

Su bebé, ¿toma agua en el biberón durante el día? **Sí / No**

En tal caso, ¿cuánta cantidad? _____

Su bebé, ¿come alimentos sólidos? **Sí / No**

En tal caso, ¿cuáles? _____

¿A qué horas? _____

¿Cómo prepara usted los alimentos sólidos de su bebé? _____

¿Cuánto come su bebé en una ocasión? _____

¿Cómo suele comer su bebé (en qué posición)? _____

Su bebé, ¿come alimentos que puede agarrar con los dedos? En tal caso, ¿cuáles? _____

Para todos los niños:

¿Cuáles alimentos prefiere su hijo? _____

¿Cuáles alimentos no le gustan a su hijo? _____

Su niño, ¿es sensible o alérgico a algún alimento? En tal caso, anote a cuál(es).

¿Hay algún alimento que usted no desea que su hijo coma?

Plan de cuidado individual
Formulario de información familiar, continuación

Vestirse

¿Hay algo especial que debamos saber acerca de vestir y desvestir a su hijo?

Despertar

Su bebé, ¿de qué manera prefiere que se le cargue? ¿Qué posición prefiere cuando está despierto?

Cuando su bebé está despierto, ¿qué le gusta hacer?

¿Cómo juega usted con su bebé?

Salida

¿A qué horas suelen recoger ustedes a su hijo? _____

¿Qué les facilita a usted y a su hijo el reencontrarse al final del día?