



Ficha Inicial Pediátrica

FECHA: / /

Apellido y Nombre del niño/a
Fecha de Nacimiento Edad:

ANTECEDENTES DE EMBARAZO Y NACIMIENTO

Edad de la madre al momento del embarazo
Distancia del anterior parto
Orden de nacimiento
Salud y dieta materna
Tipo de vida durante el embarazo
Problemas durante el mismo

PARTO

A término (si – no) Semanas de gestación
Lugar
Caracteres
Peso y talla del niño/a al nacer
Observaciones.....
.....
.....

PERIODO PERINATAL

Llanto Cianosis
Ictericia Convulsiones
Hemorragias Fiebre
Problemas respiratorios
Otros datos de interés
Si estuvo en incubadora, ¿cuánto tiempo?
¿Cuándo fue el primer contacto con la madre?

HISTORIA ALIMENTARIA Y DE LA NUTRICIÓN

¿Cuándo tuvo contacto con el pecho?.....
¿Pecho exclusivo?.....
¿Pecho y mamadera?

Quesada 2136/38/40 (1429) | Núñez, C.A.B.A. | Tel.: (54 9 11) 6059 4581 | infoinicial@institutohansen.com.ar
Crisólogo Larralde 2767/75 (1429) | Núñez, C.A.B.A. | Tel.: (54 9 11) 6059 4628 | infoinicial@institutohansen.com.ar



Problemas.....

.....

Destete.....

.....

Alimentos sólidos en papilla (comienzo, tipo, problemas)

.....

Dieta actual

.....

Apetito.....

.....

Peso y talla actual

ANTECEDENTES PSICOMOTORES

Sonrisa social..... Cabeza erecta

Sentado

Parado

Marcha

Observaciones.....

.....

.....

SALUD

¿Es alérgico/a?..... ¿a qué?

¿Toma algún medicamento?

¿Se encuentra actualmente realizando algún tipo de tratamiento médico o psicológico?.....

Explique.....

.....

Observaciones de salud

.....

.....

.....



RELACIONES FAMILIARES

¿Con quién convive el niño/a?.....
¿Tiene hermanos/as? Edad y sexo

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES

¿Tiene miedos?..... ¿Cuáles y cómo lo manejan en casa?.....
.....
.....
¿Prefiere los juegos pasivos o activos?
¿Le gusta jugar con otros niños/as?
¿A qué edad comenzó a hablar?
¿Responde y respeta límites?

HÁBITOS

¿Sabe vestirse sólo?
¿Se lava solo/a las manos?..... ¿Los dientes?
¿Controla esfínteres?
¿Pide ir al baño?
¿Usa chupete?
¿Respetan diariamente una rutina específica?.....

SUEÑO

¿Cuántas horas duerme?..... ¿A qué hora se acuesta?.....
¿Dónde duerme? (en su cama, en su habitación, con su mamá/papá)
¿Duerme bien?..... ¿Tiene pesadillas?
¿Se orina de noche?.....

Otra característica que desee contarnos

Qué expectativas tiene en cuanto a la educación de su hijo/a?

¡MUCHAS GRACIAS POR BRINDARNOS ESTA INFORMACIÓN!
INSTITUTO R.P. HANSEN

.....
Firma del responsable

Quesada 2136/38/40 (1429) | Núñez, C.A.B.A. | Tel.: (54 9 11) 6059 4581 | infoinicial@institutohansen.com.ar
Crisólogo Larralde 2767/75 (1429) | Núñez, C.A.B.A. | Tel.: (54 9 11) 6059 4628 | infoinicial@institutohansen.com.ar