



# 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? .....

¿Y con el padre? .....

## HISTORIA ALIMENTARIA Y DE LA NUTRICIÓN

¿Cuándo tuvo contacto con el pecho?.....

¿Pecho exclusivo?.....

¿Pecho y mamadera? .....



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?.....

Relación parental actual: .....

¿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 sus padres) .....

¿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

