

3. Salud y nutrición

Presenta tarjeta de vacuna: Sí No Esquema completo de vacuna, según edad: Sí No

Estado nutricional actual/ según gráfica de crecimiento y desarrollo: _____

Si la niña o el niño presentan algún tipo de discapacidad, marque con X según corresponda:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0. Ninguno | <input type="checkbox"/> 3. Sordera | <input type="checkbox"/> 7. Problemas motores
(consecuencia de
parálisis cerebral,
lesión medular
secuela de polio) | <input type="checkbox"/> 8. Ausencia de
miembros (manos/
piernas) |
| <input type="checkbox"/> 1. Ceguera | <input type="checkbox"/> 4. Hipoacusia
(Baja audición) | | <input type="checkbox"/> 9. Autismo |
| <input type="checkbox"/> 2. Baja visión
(remanente visual
no funciona) | <input type="checkbox"/> 5. Síndrome de Down | | <input type="checkbox"/> 10. Otros |
| | <input type="checkbox"/> 6. Retardo mental | | |

Tiene el niño o la niña alguna prescripción médica especial que debe asegurarse en el centro: Sí No

Explique: _____

4. Hábitos

a. Sueño

Horario de sueño por la noche: _____

Horario de sueño durante el día: _____

Tiene alguna dificultad para dormir: _____

Con quién duerme: _____

b. Alimentación

Fue o es alimentado con lactancia materna exclusivamente: Sí No Cuánto tiempo (meses): _____

Ha presentado alguna dificultad para la alimentación: Sí No Cuál: _____

c. Alimentos que consume

- | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leche | <input type="checkbox"/> Verduras | <input type="checkbox"/> Fruta | <input type="checkbox"/> Res | <input type="checkbox"/> Pollo | <input type="checkbox"/> Arroz |
| <input type="checkbox"/> Jugos | <input type="checkbox"/> Frijoles | <input type="checkbox"/> Huevos | <input type="checkbox"/> Cerdo | <input type="checkbox"/> Pescado | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

¿Cuántos tiempos de comida realiza? ___ Desayuno Almuerzo Cena ¿Cuántos refrigerios realiza? _____

¿Es alérgico a algún alimento? Sí No ¿Cuál? _____

Alimentos que rechaza: _____

Alimentos que prefiere: _____

5. Participación y compromisos

En qué actividades les gustaría apoyar en el centro educativo y en el aula?

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Educativas | <input type="checkbox"/> Recreativas | <input type="checkbox"/> Salud | <input type="checkbox"/> Voluntaria de cocina |
| <input type="checkbox"/> Culturales | <input type="checkbox"/> Deportivas | <input type="checkbox"/> Higiene y Ornato | |

Observaciones: _____

Personas autorizadas para retirar a la niña o niño de la institución

Nombre: _____ DUI: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Firma: _____

Nombre: _____ DUI: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Firma: _____

Nombre: _____ DUI: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Firma: _____

Persona que autoriza: _____ Firma: _____

Firma de madre, padre o responsable