



# HISTORIA VITAL DEL NIÑO

## Ciclo lectivo 2020

<b>1</b>	<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b>
----------	--------------------------------

Nombre y apellidos del niño/ niña: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

Edades: \_\_\_\_\_

¿Con quiénes convive? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra persona significativa para el niño/niña? \_\_\_\_\_

<b>2</b>	<b>EMBARAZO, PARTO Y NACIMIENTO</b>
----------	-------------------------------------

El embarazo ¿transcurrió con normalidad?      SI              NO

Si hubo complicaciones ¿Cuáles fueron?:

\_\_\_\_\_

El parto fue:              NORMAL              CESÁREA

¿Nació a término?              SI              NO

¿Tuvo alguna internación?              SI              NO

¿Cuánto pesó al nacer?: \_\_\_\_\_

<b>3</b>	<b>ENFERMEDADES</b>
----------	---------------------

¿Qué enfermedades ha padecido y a qué edad?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiene alguna dificultad: Auditiva \_\_\_\_\_ Visual \_\_\_\_\_ Motora \_\_\_\_\_

Neurológica \_\_\_\_\_ Respiratoria \_\_\_\_\_

Lingüística \_\_\_\_\_ Alérgica \_\_\_\_\_ Digestiva \_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_

4

## DESARROLLO EVOLUTIVO

¿Cuándo se sentó sin ayuda?: \_\_\_\_\_

¿Cuándo gateó?: \_\_\_\_\_

¿Cuándo se levantó y se sostuvo de pie?: \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezó a caminar?: \_\_\_\_\_

¿Cómo empezó a caminar?: \_\_\_\_\_

¿Come solo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo comenzó a hacerlo? \_\_\_\_\_

¿Se viste solo?: \_\_\_\_\_

¿A qué edad empezó a balbucear?: \_\_\_\_\_ ¿Y a decir palabras?: \_\_\_\_\_

¿Usa/ó chupete? \_\_\_\_\_ ¿Hasta cuándo? \_\_\_\_\_

5

## SUEÑO

¿Plantea dificultades antes, durante o después de dormir?: \_\_\_\_\_

¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

¿Con quién duerme? Con los padres \_\_\_\_\_ Con hermanos \_\_\_\_\_ Sólo \_\_\_\_\_

Con otras personas \_\_\_\_\_

Si duerme sólo, ¿desde cuándo lo hace?: \_\_\_\_\_

¿Duerme toda la noche?: \_\_\_\_\_

¿Duerme en el transcurso del día?: \_\_\_\_\_ ¿En que horario?: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna rutina particular vinculada al sueño? (chupete, trapito, con luz, etc.)

6

## ALIMENTACIÓN

¿Cómo se alimentó en sus primeros meses? \_\_\_\_\_

¿Tuvo inconvenientes para succionar \_\_\_\_\_ tragar \_\_\_\_\_ masticar \_\_\_\_\_?

En la actualidad, ¿cuáles son sus horarios aproximados de alimentación?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Con quién come? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de alimentos consume? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo incorpora nuevos sabores y texturas en los alimentos? (con agrado, desagrado, etc.) \_\_\_\_\_

¿Puede permanecer sentado al comer? \_\_\_\_\_

¿Plantea actualmente inconvenientes a la hora de ingerir alimentos?: \_\_\_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Manifiesta intolerancia hacia algún alimento? \_\_\_\_\_

<b>7</b>	<b>CONTROL DE ESFÍNTERES</b>
----------	------------------------------

¿Usa pañales?    SI                      NO

¿Cuándo logró controlar durante el día? \_\_\_\_\_

¿Y durante la noche? \_\_\_\_\_

¿Cómo controló esfínteres? \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS DE INTERÉS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firmas: Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_