



HISTORIA VITAL DEL NIÑO

Ciclo lectivo 2019

1	DATOS DE IDENTIFICACIÓN
----------	--------------------------------

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? _____

2	EMBARAZO, PARTO Y NACIMIENTO
----------	-------------------------------------

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?: _____

3	ENFERMEDADES
----------	---------------------

¿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? _____

