



Nombre y Apellidos:  
Fecha de Nacimiento:  
Domicilio:  
Teléfonos de contacto:

#### RESPIRACIÓN

- ◇ No presenta alteraciones respiratorias
- ◇ Tiene dificultad respiratoria (especificar si es necesario)

#### ALIMENTACIÓN

- ◇ Alergia a algún alimento:
- ◇ Intolerancia a algún alimento:
- ◇ Gustos/ Preferencias:

##### ALTERACIONES DIGESTIVAS:

- ◇ Náuseas
- ◇ Vómitos
- ◇ Reflujo
- ◇ No tiene problemas

##### ALTERACIONES MASTICACIÓN/ DEGLUCIÓN:

- ◇ No tiene problemas
- ◇ Toma comida semitriturada
- ◇ Toma comida triturada (purés)

##### AUTONOMÍA:

- ◇ Come solo
- ◇ Precisa ayuda parcial
- ◇ Precisa ayuda total

#### ELIMINACIÓN

##### ALTERACIONES:

- ◇ Sin alteraciones
- ◇ Estreñimiento
- ◇ Diarrea

##### CONTROL DE ESFÍNTERES:

- ◇ Controla esfínteres
- ◇ Incontinencia urinaria
- ◇ Incontinencia fecal

#### ACTIVIDAD

- ◇ Autónomo
- ◇ Requiere uso de sillas de ruedas
- ◇ Requiere ayuda de otra persona
- ◇ Otros

#### SUEÑO

HORAS DE SUEÑO..... /DIA

- ◇ Se despierta.....veces/noche
- ◇ No se despierta
- ◇ Duerme siesta ¿Cuánto tiempo?

### RELACIONES

*CARÁCTER:*

Normal

Extrovertido

Introvertido

*COMUNICACIÓN:*

¿Cómo se comunica su hijo?

Conductas, manías, consejos para tratar al niño:

### SEGURIDAD

¿Presenta su hijo dolores recurrentes?  Sí  No

Localización del dolor:

¿Cómo lo expresa?

### MEDICACIÓN

Alergias medicamentosas: (especificar)

Medicación que toma de forma habitual:

Fármaco:

Dosis:

Horario:

Antitérmico que toma en caso de temperatura superior a 38° C:

Dosis del antitérmico: cada.....horas.

### OTROS DATOS

¿Hay algún dato relacionado con la salud del niño/a que no aparezca en la encuesta?

Especifique:

NOMBRE (padre, madre o tutor):

Fecha y firma: