



FRANDELJA ENRICHMENT CENTER

ADJUNTO PARA AGREGAR A UN NIÑO ADICIONAL

SOBRE SU HIJO MATRICULADO

INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento : _____

Apodo: _____ Género del niño: *(Por favor seleccione una opción.)*
Masculino Femenino

Tipo de embarazo: *(Por favor seleccione una opción.)* Tipo de nacimiento: *(Por favor seleccione una opción.)*
Facil Normal Difícil Normal Prematura Cesarea

Duración de la estancia en el hospital: _____

SALUD:

¿Su hijo tiene alguna enfermedad en curso? *En caso afirmativo, por favor describa:* _____
(Por favor seleccione una opción.) Si No

¿Su hijo tiene alguna alergia conocida? *En caso afirmativo, indique las alergias y la reacción esperada.:* _____
(Por favor seleccione una opción.) Si No

¿Su hijo necesitará que se le administren medicamentos mientras está en el centro? *(Por favor seleccione una opción.)* Si No

**Tenga en cuenta: se requiere una receta para todos los medicamentos.*

IR AL BAÑO:

¿Está su hijo actualmente usando un pañal/pañal de entrenamiento? *(Por favor seleccione una opción.)* Si No *En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia su hijo necesita un cambio de pañal?* _____

¿A qué hora es la evacuación intestinal habitual de su hijo? _____

Si su hijo no usa el baño regularmente sin ayuda, ¿cuál es su plan para ir al baño? _____

Si su hijo está usando el baño, describa cómo funciona el proceso para usted y su hijo, por ejemplo, con qué frecuencia se le acerca, qué palabras usa para describir el proceso de ir al baño? _____

TIEMPO DE DORMIR Y SIESTA:

¿A qué hora duerme su hijo la siesta y con qué frecuencia? _____

¿Cómo o dónde duerme su hijo para las siestas? Por favor, detalle las maneras de manejar los problemas relacionados con el sueño? _____

¿Cuánto tiempo duerme la siesta su hijo y qué ayuda a su hijo a despertarse? _____

ALIMENTOS Y COMIDAS:

Alimentos típicos para el desayuno: _____ Hora de comer: _____

Almuerzos típicos: _____ Hora de comer: _____

¿Está su hijo usando utensilios y/o alimentándose solo? *(Por favor seleccione una opción.)* Si No

Comidas favoritas: _____ Restricciones de comidas: _____

Otra información de alimentos: _____

DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL Y COMPORTAMIENTO

¿Su hijo ha experimentado una separación prolongada de cualquiera de los padres?

(Por favor seleccione una opción.) Si No

¿Qué rituales o rutinas (si los hay) ayudan a la separación? _____

¿Cómo actúa su hijo con gente nueva? _____

¿Tu hijo tiene algún miedo? *(Por favor seleccione una opción.)* Si No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Hay algún desafío o preocupación sobre el comportamiento de su hijo? *(Por favor seleccione una opción.)* Si No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Cuáles son los intereses, actividades y/o juguetes favoritos de su hijo? _____

Cualquier información adicional que le gustaría compartir sobre su hijo: _____

Para agregar un niño adicional, complete este formulario como un archivo adjunto a su ["Formulario de información de admisión" \(IntakeInfoForm-Child Attachment\)](#)