

# INFORME INICIAL

## BABY ROOM - 0 AÑOS (nacidos 2025)

1. Nombre del alumno

---

2. Nombre del padre y teléfono de contacto

---

3. Nombre de la madre y teléfono de contacto

---

4. Otros números de contacto

---

5. Responsable en ausencia de los padres, teléfono y parentesco

---

---

---

6. Número de hermanos

---

7. Situación familiar

- Casado/a
- Soltero/a
- Pareja
- Separado/a
- Divorciado/a
- Otro: \_\_\_\_\_

8. ¿Cómo se desarrolló el embarazo?

- Sin complicaciones
- Con complicaciones
- Otro: \_\_\_\_\_

9. ¿Cómo fue el parto?

- Sin complicaciones
- Con complicaciones
- Otro: \_\_\_\_\_

10. ¿Ha estado hospitalizado? ¿Cuánto tiempo?

- Sí
- No
- Otro: \_\_\_\_\_

11. ¿Toma algún tipo de medicamento de forma habitual?

- Sí
- No
- Otro: \_\_\_\_\_

12. ¿A qué hora se acuesta a diario?

\_\_\_\_\_

13. ¿Cuántas siestas hace durante el día?

- 1 siesta
- 2 siestas
- 3 siestas

14. ¿A qué horas son esas siestas?

\_\_\_\_\_

15. ¿Cómo se duerme?

- En brazos
- En la cuna
- Otro: \_\_\_\_\_

16. ¿Necesita algún objeto o rutina para dormir?

\_\_\_\_\_

17. ¿Necesita tomar leche materna y/o fórmula en la escuela?

- Sí
- No
- Otro: \_\_\_\_\_

18. ¿Cómo es su alimentación? En caso de que no sea solo leche.

- Triturados
- BLW
- Mixto

19. ¿Tiene introducidos todos los alimentos?

- Sí
- No
- Otro: \_\_\_\_\_

20. En caso negativo ¿qué alimentos no tiene introducidos?

\_\_\_\_\_

21. ¿Tiene alguna alergia e intolerancia?

- Sí
- No
- Otro: \_\_\_\_\_

22. ¿Se sienta por si solo?

- Sí
- No
- Otro: \_\_\_\_\_

23. ¿Gatea?

- Sí
- No
- Otro: \_\_\_\_\_

24. ¿Camina?

- Sí
- No
- Otro: \_\_\_\_\_

25. ¿Se comunica con facilidad?

- Sí
- No
- Otro: \_\_\_\_\_

26. ¿Qué destacarías de tu hijo/a?

---

---

27. ¿Te gustaría comentar algo que consideres importante?

---

---

28. Describe la rutina de tu hijo/a

---

---

---

---

---