



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



CVE

Coordinación de Vida Estudiantil
Casa Infantil

Información del niño(a)

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ edad: _____

Sexo: masculino () femenino ()

Nacionalidad: _____ Grupo sanguíneo: _____

Número de asegurado: _____

Nombre de la persona que lo asegura: _____

Antecedentes prenatales

¿Padeció la madre de alguna enfermedad o sufrió algún accidente durante el embarazo?

Si () No () explique: _____

¿Recibió algún tipo de agresión (emocional, patrimonial, verbal, física) por parte de su pareja o de un miembro de la familia durante el período de gestación?
Comente:

¿Llevó control en el EBAIS, centro de salud, clínica u hospital?: Si () No ()

Explique: _____

¿En cuál semana de gestación nació el bebé?: _____

El(a) niño(a) se gestó en el embarazo número: _____

Total de embarazos que ha gestado: _____ número de abortos: _____

Embarazo fue planeado () o inesperado ()

Recibió apoyo de su pareja, familia o personas cercanas a usted, comente:

El parto fue: vaginal (), cesárea (), inducido (), fórceps (), espontaneo ()

Al nacer su hijo/a, ¿quién la acompañó durante el postparto?: _____

EL infante pesó al nacer: _____Kg. Talla: _____cm.

Circunferencia cefálica: _____ APGAR: ____/____

¿EL infante, padeció enfermedades o complicaciones en los primeros meses de nacido? si () cuál: _____ no ()

Alimentación con leche materna: si (), no (), tiempo: _____

Tuvo dificultades al mamar: si (), no ()

¿Cómo fue el destete? _____

Alimentación con biberón: si (), no (), tiempo: _____

Se alimenta con leche de fórmula: si () no ()

A partir de qué edad: _____ cuánto tiempo: _____

A qué edad inició la alimentación complementaria de su hijo/a: _____

Describe cuántos tiempos de comida hace su hijo/a al día, a qué hora se alimenta y qué consume en esos momentos:

¿Su hijo/a necesita ayuda para alimentarse? Si ()

Explique: _____ No ()

¿Es su hijo/a alérgico a algún alimento, medicamento, sustancia (cremas, jabón), picaduras de insecto, al ph de su cuerpo (sudor) u otro, especifique por favor:

Edad en que caminó: _____ El infante, ¿tiene pie plano? si (), no ()

Edad en que: balbuceó: _____ pronunció sílabas: _____ dijo frases: _____

Edad en que inició el control de esfínteres: _____

¿El desarrollo bucodental de su hijo/a ha sido acorde con su edad o ha necesitado tratamiento? Si (), No ()

Explique: _____

Ha recibido atención de un especialista en el área: visual (), auditiva (), lingüística (), motora (), cognitiva (), otros ().

Explique: _____

Marque con X las cualidades que usted considere que describen el temperamento del niño(a)

Pasivo	Apegado	Tímido(a)	Cariñoso(a)	Solitario(a)	Distraído(a)	
Activo	Sociable	Indiferente	Independiente	Atento(a)	Seguro(a)	
Alegre	Triste	Colérico(a)	Agresivo	Otro		

¿Colabora y participa en el hogar? Si (), No ()

--

Realiza juegos

Solitario(a)	Paralelo	Socializado	
¿Cuáles son los juegos y juguetes preferidos?			

Muestra alguno de los siguientes signos:

Come uñas	Juega con el pelo	Mastica ropa	
Succiona ropa	Succiona el dedo	Se masturba	
Otro, especifique:			

Manifiesta temor a:

Ruidos	oscuridad	Animales	
Alturas	Soledad	Padre	
Madre	Otro adulto		
Manifiesta algún otro tipo de alteración o conducta:			

Anote cualquier manifestación de la personalidad de su hijo/a que considere importante conocer y que no se haya mencionado en esta entrevista:
