

# Todo Acerca de *Mi Hijo(a)*

Nombre de padre(s): \_\_\_\_\_

Medio de contacto preferido por el padre: teléfono (llamada o texto): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del bebé: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento del bebé (hospital y ciudad): \_\_\_\_\_

Pediatra del bebé: \_\_\_\_\_

Mi bebé tiene alergias (comida, medicina, detergente/jabón, etc.):      Sí      No

Por favor enumere: \_\_\_\_\_

Mi bebé tiene problemas médicos:      Sí      No

Por favor enumere: \_\_\_\_\_

Mi bebé ha tenido tratamientos médicos significativos: Sí No

Por favor enumere: \_\_\_\_\_

Mi bebé está actualizado con sus vacunas:      Sí      No

¿Mi bebé está/estaba amamantando?      Sí      No      Tanto la lactancia materna como la fórmula

Si no, la fórmula que utilizamos: \_\_\_\_\_

Mi bebé utiliza este tipo de botella/pezón (marca, forma, goma, silicona): \_\_\_\_\_

Mi bebé está actualmente inscrito en WIC:      Sí      No      Si sí, ciudad / oficina: \_\_\_\_\_

El horario de alimentación actual de mi bebé:    2-4 horas    4-6 horas    6-8 horas    Otro \_\_\_\_\_

Al ser alimentado, las bebidas típicas de mi bebé:    2-4 oz    4-6 oz    6-8 oz    Otras \_\_\_\_\_

Alimentos que mi bebé ha probado: \_\_\_\_\_

Mi bebé usa un chupete:      Sí      No      Plano (ortodoncia)      Regular (redondo)

Mi bebé le gusta estar envuelto para dormir:      Sí      No

¿Mi bebé le gusta estar envuelto para alimentarse?      Sí      No

Cuando mi bebé está llorando o necesita consuelo, yo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A mi bebé no le gusta cuando: \_\_\_\_\_

Mi bebé tiene una rutina especial para quedarse dormido (música, rock, otros): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La hora de la siesta de mi bebé: \_\_\_\_\_

Mi bebé ha alcanzado los siguientes hitos: \_\_\_\_\_

Rodarse    Sentado    Gateando    Caminando    Otros    \_\_\_\_\_

Mi bebé disfruta de la hora del baño:    Si    No

Formas de ayudar a que mi bebé disfrute de la hora del baño: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El juguete favorito de mi bebé, manta, comodidad: \_\_\_\_\_

Puedo prestarlo a la familia de apoyo o puede ser comprado en: \_\_\_\_\_

La fe de nuestra familia: \_\_\_\_\_

Personas importantes que me gustaría que mi bebé se mantuviera en contacto y visitara (puede incluir a hermanos que no están colocados por separado): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mi mayor deseo para mi bebé: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Espero que mientras mi bebé esté con usted (la Familia de Apoyo), él/ella: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Espero que usted (la Familia de Apoyo): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Me gustaría recibir:  Actualizaciones de mensajes de texto     Fotos

Un diario sobre cómo le está yendo a mi hijo

Llamadas telefónicas (Mi hora / fecha ideal para llamadas telefónicas: \_\_\_\_\_)

Otro                      No contacte

Fiestas o celebraciones especiales: \_\_\_\_\_

Por favor, comparta cualquier otra cosa que usted quiera que yo sepa sobre su bebé: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_