

Registro del Cuidado Diario del Niño Pequeño e Infante

Fecha: _____

SECCIÓN DEL PADRE

Nombre del Niño: _____

Nombre y teléfono de la persona para contactar hoy:
()

General

Chequeo de la Salud por la mañana: _____
(Iniciales del Cuidador)

Instrucciones especiales para hoy: _____

Bloqueador

 Yo le puse bloqueador de sol a mi niño El Personal le puso bloqueador de sol al niño

Información de Llegada - Salida

Hora de Llegada: _____ am / pm

Nombre de la persona que recoge: _____

Hora estimada que recogerán: _____ am / pm

Medicina Mi niño necesita medicina hoy. Mi niño tomó medicina hoy a las: _____. El Personal le dio la medicina a las: _____. El centro tiene suficiente medicamento a la mano. El Personal notó posibles efectos secundarios
o reacciones por la medicina.

Comidas

Baño

Dormir

Última comida: _____ am/pm

 Biberón: _____ oz. (Cuanto) PechoComió: Poco Normal Mucho

Último cambio/usó el baño: _____ am/pm

Comentarios:

Durmió desde las _____ hasta _____

 Durmió tranquilo Se despertó mucho

Comentarios:

SECCIÓN DEL CUIDADOR

Comidas

Baño

Dormir

Hora: _____ am/pm

Comida: _____

Hora: _____ am/pm _____
(iniciales del cuidador)

_____ am/pm hasta _____ am/pm

 S M Evac. D Usó el baño
 Se aplicó ungüento para lo rosado Durmió tranquilo Se despertó mucho

Habilidades para Comer _____

Comió: Poco Normal MuchoHora: _____ am/pm _____
(iniciales del cuidador) S M Evac. D Usó el baño
 Se aplicó ungüento para lo rosado

Hora: _____ am/pm

Comida: _____

Hora: _____ am/pm _____
(iniciales del cuidador)

_____ am/pm hasta _____ am/pm

 S M Evac. D Usó el baño
 Se aplicó ungüento para lo rosado Durmió tranquilo Se despertó mucho

Habilidades para Comer _____

Comió: Poco Normal MuchoHora: _____ am/pm _____
(iniciales del cuidador) S M Evac. D Usó el baño
 Se aplicó ungüento para lo rosado

Hora: _____ am/pm

Comida: _____

Hora: _____ am/pm _____
(iniciales del cuidador)

_____ am/pm hasta _____ am/pm

 S M Evac. D Usó el baño
 Se aplicó ungüento para lo rosado Durmió tranquilo Se despertó mucho

Habilidades para Comer _____

Comió: Poco Normal MuchoHora: _____ am/pm _____
(iniciales del cuidador) S M Evac. D Usó el baño
 Se aplicó ungüento para lo rosado

Hora: _____ am/pm

Comida: _____

Hora: _____ am/pm _____
(iniciales del cuidador)Reporte de un Accidente: Sí No

Si es sí por favor explique brevemente:

 S M Evac. D Usó el baño
 Se aplicó ungüento para lo rosado**Comentarios:** (actividades, artículos que se necesitan, comportamiento general)

Firma de la Cuidadora Principal: _____