

Registro del Cuidado Diario del Niño Pequeño e Infante

Fecha: _____

SECCIÓN DEL PADRE		Información de Llegada - Salida
Nombre del Niño: _____		Hora de Llegada: _____ am / pm
Nombre y teléfono de la persona para contactar hoy: ()		Nombre de la persona que recoge: _____
General Chequeo de la Salud por la mañana: _____ (Iniciales del Cuidador) Instrucciones especiales para hoy: _____ Bloqueador <input type="checkbox"/> Yo le puse bloqueador de sol a mi niño <input type="checkbox"/> El Personal le puso bloqueador de sol al niño		Hora estimada que recogerán: _____ am / pm
		Medicina <input type="checkbox"/> Mi niño necesita medicina hoy. <input type="checkbox"/> Mi niño tomó medicina hoy a las: _____. <input type="checkbox"/> El Personal le dio la medicina a las: _____. <input type="checkbox"/> El centro tiene suficiente medicamento a la mano. <input type="checkbox"/> El Personal notó posibles efectos secundarios o reacciones por la medicina.
Comidas	Baño	Dormir
Última comida: _____ am/pm <input type="checkbox"/> Biberón: ____ oz. (Cuanto) <input type="checkbox"/> Pecho Comió: <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mucho	Último cambio/usó el baño: _____ am/pm Comentarios: _____	Durmió desde las ____ hasta ____ <input type="checkbox"/> Durmió tranquilo <input type="checkbox"/> Se despertó mucho Comentarios: _____

SECCIÓN DEL CUIDADOR

Comidas	Baño	Dormir
Hora: _____ am/pm Comida: _____ _____ Habilidades para Comer _____ Comió: <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mucho	Hora: _____ am/pm _____ (iniciales del cuidador) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Evac. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Usó el baño <input type="checkbox"/> Se aplicó ungüento para lo rosado Hora: _____ am/pm _____ (iniciales del cuidador) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Evac. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Usó el baño <input type="checkbox"/> Se aplicó ungüento para lo rosado	_____ am/pm hasta ____ am/pm <input type="checkbox"/> Durmió tranquilo <input type="checkbox"/> Se despertó mucho
Hora: _____ am/pm Comida: _____ _____ Habilidades para Comer _____ Comió: <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mucho	Hora: _____ am/pm _____ (iniciales del cuidador) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Evac. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Usó el baño <input type="checkbox"/> Se aplicó ungüento para lo rosado Hora: _____ am/pm _____ (iniciales del cuidador) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Evac. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Usó el baño <input type="checkbox"/> Se aplicó ungüento para lo rosado	_____ am/pm hasta ____ am/pm <input type="checkbox"/> Durmió tranquilo <input type="checkbox"/> Se despertó mucho
Hora: _____ am/pm Comida: _____ _____ Habilidades para Comer _____ Comió: <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mucho	Hora: _____ am/pm _____ (iniciales del cuidador) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Evac. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Usó el baño <input type="checkbox"/> Se aplicó ungüento para lo rosado Hora: _____ am/pm _____ (iniciales del cuidador) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Evac. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Usó el baño <input type="checkbox"/> Se aplicó ungüento para lo rosado	_____ am/pm hasta ____ am/pm <input type="checkbox"/> Durmió tranquilo <input type="checkbox"/> Se despertó mucho
Hora: _____ am/pm Comida: _____ _____ Habilidades para Comer _____ Comió: <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mucho	Hora: _____ am/pm _____ (iniciales del cuidador) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Evac. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Usó el baño <input type="checkbox"/> Se aplicó ungüento para lo rosado	Reporte de un Accidente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí por favor explique brevemente: _____

Comentarios: (actividades, artículos que se necesitan, comportamiento general)

Firma de la Cuidadora Principal: _____