

FICHA INDIVIDUAL DO BEBÊ - BERÇÁRIO

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Nome da Mãe: _____

Tel.: Residencial: _____ Comercial: _____ Celular: _____

Nome do Pai: _____

Tel.: Residencial: _____ Comercial: _____ Celular: _____

Nome do responsável: _____

Tel.: Residencial: _____ Comercial: _____ Celular: _____

E-mail: _____

ÁREA MÉDICA

Gestação desejada? Sim Não Planejada? Sim Não

Gravidez de risco? Sim Não Qual? _____

Quanto ao parto: Induzido Fórceps Cesariana Normal

Dados do Bebê

Peso: _____ Altura: _____

Já apresentou desmaio ou convulsão? Sim Não

Explique _____

Apresentou/a outras doenças? Sim Não

Quais? _____

É alérgico a algum medicamento? Sim Não

Qual? _____

É alérgico a algum alimento? Sim Não

Quais? _____

É alérgico a algum tecido? Sim Não

Quais? _____

Usa algum tipo de medicamento atualmente? Sim Não

Quais? _____

Caso o bebê apresente algum problema que exija cuidados especiais, favor especificar:

VACINAS: anexar cópia da carteirinha de vacinação (obrigatória).

Assistência médica: Particular Convênio Instituto

Qual? _____ N° da carteirinha _____

Se os responsáveis não forem encontrados em caso de acidente:

Seu filho (a) poderá ser medicado pelos médicos, no momento do atendimento? Sim Não

A Escola tem autorização para tomar providências necessárias? Sim Não

Escreva por extenso: _____

COSTUMES NA HORA DO SONINHO

Dorme em decúbito? Ventral Dorsal De Lado Diversos

Costuma utilizar algum objeto para dormir? Sim Não

Costuma usar chupeta? Sim Não

Dorme no colo? Sim Não

Dorme sozinho (a) Sim Não

ALIMENTAÇÃO

Alimenta-se sozinho (a)? Sim Não

Horário: alimenta em horários regulares:

Lanche ____:____ Almoço ____:____ Lanche ____:____ Sopa ____:____

Alimenta-se de leite materno? Sim Não

POSTURA E DESENVOLVIMENTO

Senta-se sozinho (a)? Sim Não

Engatinha? Sim Não

Anda? Sim Não

Tem preferência por algum brinquedo? Sim Não

Quais? _____

PEDIATRA

Nome: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Descreva detalhes que deseja e não constam neste relatório:

Recomendações: _____

Curitiba, ____ de _____ de 20 ____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

