

Todo Acerca *mi Niño*

Nombre de padre(s): _____

Modo de contacto preferido por el padre: teléfono (llamada o texto) _____ correo electrónico _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento del niño (hospital y ciudad): _____

Doctor del niño: _____ Mi niño tiene condiciones médicas: Sí No

Por favor enumere: _____

Mi hijo tiene antecedentes médicos (cirugías, hospitalizaciones, lesiones, etc.) Sí No

Por favor enumere: _____

Mi hijo (a) está al día con sus vacunas: Sí No

Grado del niño: _____ Escuela del niño/ Proveedor de guardería: _____

Mi hijo recibe servicios especiales en la escuela Sí (lista) _____ No

Las cosas favoritas de mi hijo: _____

Los artículos favoritos de mi hijo: _____

Puedo prestarlo(s) a la Familia de Apoyo o puede ser comprado en: _____

Mi hijo puede nadar: Sí No Nunca he estado en el agua

Los alimentos favoritos de mi hijo: _____

A mi hijo no le gusta comer: _____

Mi hijo tiene alergias (alimentos, medicamentos, detergente/jabón, etc.): Sí No

Por favor enumere: _____

Cuando mi hijo está molesto o triste, esto le ayuda a sentirse mejor: _____

Cuando mi hijo está llorando o necesita consuelo, yo: _____

A mi hijo no le gusta cuando: _____

A la hora de acostarse, a mi hijo le gusta: _____

Su costumbre de acostarse: _____

Su habitual tiempo de siesta: _____

Mi hijo se siente _____ acerca de los animales.

Los animales que le gustan son: _____

Mi hijo no habla todavía (o mucho), pero cuando hace este sonido significa _____

La fe de nuestra familia: _____

Los nombres de los amigos de mi hijo son: _____

Personas importantes que me gustaría que mi hijo permaneciera en contacto con y visitara: _____

Aficiones y actividades extracurriculares de mi hijo: _____

La materia favorita de mi hijo en la escuela: _____

La materia menos favorita de mi hijo en la escuela: _____

Las preocupaciones de mi hijo sobre la escuela: _____

Lo que mi hijo disfruta más de la escuela: _____

Personas/amigos importantes para mi hijo: _____

Mi mayor temor de que mi hijo(a) llegue a un hogar de crianza temporal: _____

Mi mayor deseo para mi hijo(a): _____

Espero que mientras mi hijo(a) 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 las llamadas telefónicas es: _____) Otro _____
Fiestas o celebraciones especiales: _____

Por favor, comparta cualquier otra cosa que usted quiera que yo sepa acerca de su hijo: _____

Para padres de adolescentes:
Mi hijo tiene un novio/novia: Sí No
Mi hijo es sexualmente activo: Sí No
Mi hijo tiene un trabajo: Sí _____ No
Mi hijo sabe conducir: Sí No
Mi hijo usa: Cigarrillos Alcohol Drogas