



Hoja de información demográfica

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño/a (primero/segundo/apellidos): _____

Fecha de nacimiento del niño/a (DD/MM/AAAA): ____ / ____ / ____

Si el niño/a nació prematuro, número de semanas que se adelantó: _____

Sexo del niño/a: Masculino Femenino

Origen étnico o racial del niño/a: _____

Peso del niño/a al nacer (libras/onzas): _____

Nombre del padre/madre o adulto a cargo (primero/segundo/apellidos): _____

Parentesco con el niño/a: _____

Dirrección: _____

Ciudad: _____

Estado/provincia: _____ ZIP/código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Teléfono celular/otro número: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Idioma principal del niño: _____

Idioma(s) que se habla(n) en casa: _____



Nombre del médico familiar del niño/a: _____

Nombre de la clínica o consultorio: _____

Dirección de la clínica o consultorio: _____

Ciudad: _____

Estado/provincia: _____ ZIP/código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Favor de anotar cualquier condición médica que tenga su hijo/a: _____

Favor de escribir el nombre de cualquier otra agencia al servicio del niño/la familia:

Información del programa

de identificación del niño: _____

Fecha de ingreso al programa: _____

Edad ajustada del niño en meses y días (si corresponde): _____

de identificación del programa: _____

Nombre del programa: _____