



## Reporte Individual de Incidencias Diarias en Sala de Atención

“ASI ESTUVE HOY” LACTANTES

Área de Pedagogía

| CADI / CAIC: 1                                                                                            |        |          |                 |      |        |       |        | MUNICIPIO: 2                                   | SALA: 3                         |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|-----------------|------|--------|-------|--------|------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| NOMBRE DEL MENOR: 4                                                                                       |        |          |                 |      |        |       |        | MES: 5                                         |                                 |                         |
| AUXILIARES DE SALA: 6                                                                                     |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
| DIA                                                                                                       | Asistí | Desayuné | Toma de Biberón | Comí | Evacué | Dormí | Estuve | Si Estuve Regular o Enfermo es Porque Presenté | Este mes Estamos Trabajando Con | Firma del Padre o Tutor |
| 7                                                                                                         | 8      | 9        | 10              | 11   | 12     | 13    | 14     | 15                                             | 16                              | 17                      |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
|                                                                                                           |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |
| Para cualquier aclaración, solicite entrevista con área de pedagogía para recibir información pertinente. |        |          |                 |      |        |       |        |                                                |                                 |                         |

MB- Muy Bien      R- Regular      EB - Evacuación Blanda      EF – Evacuaciones Frecuentes  
 B- Bien      E- Enfermo      EN - Evacuación Normal      NE- No evacuó