3

Algún problema orinando o defecando: 󠄀 No 󠄀 Si: _____________________________________
Razón medica por orinar o defecar en la cama: 󠄀 No 󠄀 Si: _____________________________________

HISTORIAL MEDICO:
 Si contesto Si denos detalles y fechas:
Alguna hospitalización o enfermedad seria: 󠄀 No 󠄀 Si: _______________________________________
Problemas con los oídos e infecciones: 󠄀 No

4

Su hijo/a tuvo que repetir algún grado: 󠄀 No 󠄀 Si: Indique cual grado(s) repitió: ____________________
Actuación de su hijo/hijo: 󠄀

5

Fechas: ___________________________________ Por cuanto tiempo y causa: ____

8. Su hijo/a se ha ido de la casa 󠄀 No 󠄀 Si: ____
9. Su hijo/a ha tenido problemas con la ley 󠄀 No 󠄀 Si: ____