



HOJA DE INSPECCIÓN DIARIA (Niños con Terapia)

Nombre del niño/a: _____

Mes y año: _____

SEMANAS DEL MES	LUNES				MARTES				MIÉRCOLES				JUEVES				VIERNES			
Semana del: _____ al _____	Salida		Entrada		Salida		Entrada		Salida		Entrada		Salida		Entrada		Salida		Entrada	
	Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:	
	Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales	
	F	E	F	E	F	E	F	F	F	E	F	E	F	E	F	E	F	E	F	E
	Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código	
	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Parte Cuerpo	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.
Semana del: _____ al _____	Salida		Entrada		Salida		Entrada		Salida		Entrada		Salida		Entrada		Salida		Entrada	
	Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:	
	Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales	
	F	E	F	E	F	E	F	F	F	E	F	E	F	E	F	E	F	E	F	E
	Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código	
	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Parte Cuerpo	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.
Semana del: _____ al _____	Salida		Entrada		Salida		Entrada		Salida		Entrada		Salida		Entrada		Salida		Entrada	
	Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:	
	Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales	
	F	E	F	E	F	E	F	F	F	E	F	E	F	E	F	E	F	E	F	E
	Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código	
	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Parte Cuerpo	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.



HOJA DE INSPECCIÓN DIARIA (Niños con Terapia)

Nombre del niño/a: _____

Mes y año: _____

SEMANAS DEL MES	LUNES				MARTES				MIÉRCOLES				JUEVES				VIERNES			
	Salida		Entrada		Salida		Entrada		Salida		Entrada		Salida		Entrada		Salida		Entrada	
	Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:		Hora:	
	Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales		Iniciales	
	F	E	F	E	F	E	F	F	F	E	F	E	F	E	F	E	F	E	F	E
	Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código		Código	
	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Parte Cuerpo	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.	Parte Cuerpo	Obs.
Semana del: _____ al _____																				
Semana del: _____ al _____																				

Código para la inspección detallada del menor

- | | |
|--------------|------------|
| 1. Cabeza | 9. Oreja |
| 2. Frente | 10. Cuello |
| 3. Ojos | 11. Hombro |
| 4. Nariz | 12. Brazo |
| 5. Boca | 13. Codo |
| 6. Mejilla | 14. Mano |
| 7. Barbilla | 15. Dedos |
| 8. Genitalia | 16. Pecho |

17. Pierna
 18. Abdomen
 19. Espalda
 20. Muslo
 21. Radilla
 22. Pantorilla
 23. Tobillo
 24. Pie

Observaciones relacionadas a la salud

- | | | |
|---------------------|------------------|------------------------|
| Pi picada | I lado izquierdo | C cortaduras |
| G golpe | D lado derecho | P pediculosis (piojos) |
| R rash | H herida abierta | B niño en buen estado |
| R raspazo | Di diarrea | |
| H hematoma | V vómito | |
| Ch chichón | U Úlceras | |
| F Fiebre | Im impétigo | |
| Q Quemadura de piel | S secreciones | |