

UTRGV - PSJA - EHS - CC

Partnership Program



MY DAILY REPORT / REPORTE DIARIO

0 - 11 Months

Child's Name / Nombre del Niño (a): _____ Date / Fecha: _____

Time of Arrival: _____
Hora de llegada: _____

Last time I ate: _____
Ultima vez que comi: _____

Formula / Formula		Meal / Comida		I ate / Comi		
_____ oz.	Time / Hora	Breakfast / Almuerzo		All Todo	Some Poco	None Nada
_____ oz.	Time / Hora	Lunch / Comida		All Todo	Some Poco	None Nada
_____ oz.	Time / Hora	Snack / Merienda		All Todo	Some Poco	None Nada
_____ oz.	Time / Hora	Other / Otro		All Todo	Some Poco	None Nada

New Food Introduced / Comida nueva introducida: _____

Child's Mood Estado de animo del niño	Concerns Preocupaciones	Nap time Horas de siesta
<input type="checkbox"/> Cheerful / Alegre <input type="checkbox"/> Content / Contento <input type="checkbox"/> Fussy / Inquieto <input type="checkbox"/> Other / Otro _____	<input type="checkbox"/> Rash / Salpullido <input type="checkbox"/> Runny Nose / Escurrimiento de Nasal <input type="checkbox"/> Cough / Tos <input type="checkbox"/> Sneezing / Estornudo <input type="checkbox"/> Other / Otro _____	_____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ <input type="checkbox"/> Gums wiped / Encias limpias <input type="checkbox"/> Teeth brushed / Dientes cepillados

Diaper change / Cambio de Pañal

D = Dry / Pañal seco	W = Wet / Pañal mojado				BM = Bowel Movement / Pañal Sucio		
Time / Hora:							
D/W/BM							

Activity of the Day / Actividad del Día: _____

Your child needs / Su hijo(a) necesita: _____

Teachers / Maestro(a)s: _____