



My Daily Report / Reporte Diario 12 Months – 35 Months

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

Meal / Comida		I ate / Comi		
Breakfast / Almuerzo _____ A.M.		All Todo	Some Poco	None Nada
Lunch / Comida _____ A.M.		All Todo	Some Poco	None Nada
Snack / Merienda _____ A.M.		All Todo	Some Poco	None Nada

Child's Mood Estado de Animo del Niño	Concerns Preocupaciones	Nap Times Horas que tome 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 / Escorrimento de Nasal <input type="checkbox"/> Cough / Tos <input type="checkbox"/> Sneezing / Estornudo <input type="checkbox"/> Other / Otro _____	_____ - _____ _____ - _____ <input type="checkbox"/> I brushed my teeth Me cepille los dientes

Diaper Change / Potty Training Cambio de Pañal / Entrenamiento para usar el baño							
D = Dry / Pañal seco W = Wet / Pañal mojado BM = Bowel Movement / Pañal Sucio RR= used restroom / use el baño							
Time / Hora:							
D/W/BM/RR							

Activity of the Day / Actividad del Dia: _____

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

Teachers / Maestro(a)s: _____