Quadro de registo de cuidados infantis

Nome do prestador de cuidados: _____ Data da visita: _____ Data de acompanhamento do caso: _____

NOME DA CRIANÇA E DO PAI/MÃE, ENDEREÇO E NÚMERO DE TELEFONE DE CASA	PRESENTE NA VISITA	DATA DE ADMISSÃO	DATA DE NASCIMENTO	HORAS DE ENTRADA E DE SAÍDA / DIAS	TELEFONE DIURNO DO PAI/MÃE	ACTUALIZAÇÃO ANUAL	PESSOA DE CONTACTO DE EMERGÊNCIA	PESSOA AUTORIZADA DE LEVANTAMENTO	HORÁRIO E INTERESSES	AUTORIZAÇÃO GERAL	AVISO DE VISITA DOS PAIS	CUIDADOS DE SAÚDE	IMPRESSO MÉDICO DE EMERGÊNCIA	FICHA DE FACTOS DOS PAIS	RELATÓRIO MÉDICO	VACINAS	EXAME DE CHUMBO
											8.14			8.14			
8.13:(2)(a)(b)		2(j)	2(a)	2(g)	2(c)	4	2(d)	2(e)	2(h)	2(m)	7	2(f)	2(k)	5	3(a)(1)	3(a)(2)	3(a)(3)