Registro del bebé

Fecha _____

Sueño



	Toma			Pañal		
Hora	Izq.	Der.	Biberón (ml)	Pis	Caca	Notas
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	

Tomas _____ Pañales _____ Sueño total _____