

Nombre: _____ Nombre de los Padres: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____



Prueba de detección del Recién Nacido
 Inicial
 Repetir o NA
 28 días o NA

Inmunización
 Completado
 Rehusado

Examen de Audición
 Aprobado
 Seguimiento Necesario

Examen de la Vista
 Completado o NA
 Seguimiento Necesario

Circuncisión
 N/A
 Solicitado
 Completado

Asiento de Coche
 Padres lo Tienen
 Examen Aprobado
 Examen no Indicado

Diverso Recursos
 WIC / Seguro Medico
 Intervencion Temprana
 Clínica de seguimiento del desarrollo

Preparación para Casa
 Pediatra Identificado
 Cita

Medicamento
 Comprado
 Enseñanza Completada

Equipo
 Recibido
 N/A

Bomba de Leche
 Recibido
 N/A