

A. IDENTIFICACIÓN

Nombre				<i>In Caso de Emergencia Notificar:</i>	
Fecha de Nacimiento		Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		Nombre	
Altura	Peso	Color de ojos	Sangre/Tipo RH	Relación	Teléfono
Nombre de Madre				Obstétrico	Teléfono
Dirección				Pediatra	Teléfono
Ciudad	Estado	Código Postal		Otro Médico (<i>Indique la Especialidad</i>)	Teléfono
Teléfono-Hogar		Teléfono-Trabajo		Farmacia	Teléfono
Nombre de Padre				Otro	Teléfono
Dirección				Otro	Teléfono
Ciudad	Estado	Código Postal		Otro	Teléfono
Teléfono-Hogar		Teléfono-Trabajo		Otro	Teléfono
Idioma Utilizado-Primario / Secundario				Otro	Teléfono

B. NACIE

Hospital
Altura
Longitud
Médico
Problemas Peri Natales
Apgar Scores

E. MEDICINAS

Anote: Todo medicamento que este tomando actualmente: Medicamentos recetados o sin receta (ejemplo: aspirina, antiácidos) y productos naturales (ejemplo: ginseng, ginkgo). Incluye medicamentos que toma solo cuando los necesita (ejemplo: nitroglicerina)

Fecha

Recetas: Nombre / Dosis / Frecuencia

F. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

ENFERMEDAD	Edad	Fecha	Observaciones
Varicela			
Hepatitis			
Sarampión			
Paperas			
Pertussis /Tos Ferina/ Tos Convulsa			
Neumonía			
Polio			
Rubeola			
Escarlatina			
Otro			

G. VACUNAS/IMMUNIZACIONES

ADMINISTRACIÓN 2

ADMINISTRACIÓN 3

ADMINISTRACIÓN 4

Vacuna Para	Edad	Fecha	Edad	Fecha	Edad	Fecha	Edad	Fecha
Difteria								
Hepatitis B								
Sarampión								
Paperas								
Pertussis /Tos Ferina/ Tos Convulsa								
Polio								
Rubéola								
Tétanos								
Tuberculosis								
Fiebre Tifoidea								
Viruela								
Otro								

