

—

INFORME DEL PEDIATRA

Nombre del médico: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de Consulta _____ Fecha de Nacimiento: _____

Semanas de Gestación: _____ Fue parto Normal: SI _____ NO _____

Requirió Manejo de Intensivo: _____

Cuantos días estuvo hospitalizado después del nacimiento: _____

Estatura al nacer: _____ Peso al Nacer: _____

Estatura actual: _____ Peso actual: _____

Test Apagar: _____

Enumerar Las complicaciones y Tratamiento : _____

Estado actual: _____

Si usted sabe que ha consultado otros médicos, sea tan amable de darnos los nombres, fechas y naturaleza de la enfermedad _____

Le agradeceríamos otras informaciones interesantes que usted posea sobre la salud de este Solicitante:
y

LUGAR Y FECHA: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO: _____