

DATOS GENERALES

Nombre del médico: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de consulta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Semanas de gestación: _____ Fue parto normal: Sí No

¿Requirió manejo de intensivo? _____

¿Cuántos días estuvo hospitalizado después del nacimiento? _____

Estatura al nacer:

Peso al nacer:

Estatura actual:

Peso actual:

Test APGAR: _____

Enumerar las complicaciones ó tratamientos suministrados al paciente: _____

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 brindar información relevante sobre la salud de este solicitante: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Lugar y fecha: _____