

Ficha Médica – Recién nacido

Fecha actual:		Numero CI:	
Nombres:			
Apellidos:			
Fecha de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:	
Nombre de la madre			Edad
Nombre del padre			Edad
Nacimiento:	Normal ____ Cesaria ____	Gestación de ____ semanas.	
Peso al nacer:		Altura en cm:	

Datos del embarazo:

Enfermedades durante el embarazo:	
Tratamientos durante el embarazo:	
Complicaciones No__ Si__ (cuales)	
Embarazo único: No__ Si__	
Complicaciones durante parto:	

Observaciones:

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que no se ha omitido ni falseado información que deba contener esta declaración, siendo fiel expresión de la verdad.

- Adjuntar copia de Certificado Nacido Vivo

Firma padre/tutos: _____

Aclaración:

Cl: