

Fecha:..../..../.....

Afiliado

N°		Sexo(M-F)	<input type="checkbox"/>	Tipo y N° Doc.	
Apellido y Nombre			Fecha Nac.	.../.../.....	

PN		(gr)	Apgar		/		EG		(semanas)
Peso		(grs.)	Talla		(cm.)	Perímetro Cefálico		(cm.)	

Observación del Niño Durante la Consulta

Mira a los Ojos	<input type="checkbox"/>	Se conecta	<input type="checkbox"/>	Está atento	<input type="checkbox"/>	Actitud pasiva	<input type="checkbox"/>	Inquieto	<input type="checkbox"/>	Esquiva la mirada	<input type="checkbox"/>
Irritable	<input type="checkbox"/>	Llanto	<input type="checkbox"/>	Responde a consignas	<input type="checkbox"/>						

Valoración del Desarrollo Infantil

Desarrollo motor acorde a la edad	<input type="checkbox"/>	Interactúa durante las comidas	<input type="checkbox"/>	Interactúa en baño y vestimenta	<input type="checkbox"/>
Vocalización	<input type="checkbox"/>	Reacción	<input type="checkbox"/>	Iniciativa	<input type="checkbox"/>

Alimentación

Materna	<input type="checkbox"/>	ó	Fórmula	<input type="checkbox"/>	ó	Mixta	<input type="checkbox"/>	Semisolidos	<input type="checkbox"/>	Sulf. Ferroso	<input type="checkbox"/>	Vitam. ACD	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	---	---------	--------------------------	---	-------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------	--------------------------	------------	--------------------------

FEI:	Vacunas:	OEA OD:	OEA OI:	Eco. de Caderas:	Fondo de Ojo:
Normal	<input type="checkbox"/>	Completas	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>
Anormal	<input type="checkbox"/>	Incompletas	<input type="checkbox"/>	Anormal	<input type="checkbox"/>
		Normal	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>
		Anormal	<input type="checkbox"/>	Anormal	<input type="checkbox"/>

Observaciones

Factura en:	La Plata	<input type="checkbox"/>	Ensenada	<input type="checkbox"/>
-------------	----------	--------------------------	----------	--------------------------