



Foto



Datos personales

Soy: Niño: Niña:

Nombre: _____

Nací el día: _____

En el hospital: _____

Al nacer pesé: _____

Al nacer medí: _____

¿Tuve alguna dificultad al nacer?: Sí No

Mi mamá se llama: _____

Su cédula es: _____

Mi mamá tiene: _____ años

Mi papá se llama: _____

Su cédula es: _____

Mi papá tiene: _____ años

Pertenezco al régimen de salud: _____

Mi EPS es: _____

Vivo en la localidad: _____

Mi teléfono y dirección son: _____

Vacunas	Recién nacido	2 meses	4 meses	6 meses	1 año	18 meses	5 años
BCG							
Antipolio							
DPT							
Haemophilus							
Influenza tipo B							
Hepatitis B							
Rotavirus							
Anti-Influenza							
Anti-Neumococo							
Triple Viral							
Fiebre Amarilla							