




Expediente
Médico Infantil
Nacimiento a 18 Años

Nombre



Los chequeos regulares de salud y chequeos de salud oral son muy importantes para la salud y desarrollo de su hijo. Este registro de salud de la niñez, junto a la cartilla de vacunación, le ayudará a hacer un seguimiento de información importante de salud sobre su hijo.

Mantener cada sección actualizada le proporcionará un registro útil y a la mano del historial de salud de su hijo. Estos registros le proveerán información valiosa en una emergencia y durante la vida de su hijo. Manténgalas en un sitio seguro en casa y llévelas con usted cuando viaje.

Prepárese para sus chequeos de salud

Usted recibirá las cartas de CHILD Profile en el correo que le recordarán pedir las citas para los chequeos. Estas cartas también le darán información sobre el crecimiento y desarrollo de su hijo, la seguridad, nutrición y vacunas recomendadas. Antes de cada chequeo, escriba cualquier pregunta que pueda tener sobre la salud de su hijo y desarrollo y llévelas con usted. Asegúrese de preguntar si las vacunas de su hijo están al día. **Lleve este folleto y la cartilla de vacunación con usted cuando vaya con el doctor, enfermera o dentista de su hijo.**

Registro de nacimiento

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Hora de nacimiento: _____

Peso al nacer: _____

Estatura al nacer: _____

Lugar de nacimiento: _____

Ciudad/Estado: _____

Notas: _____

Información para emergencias

En caso de una emergencia llame al 911

En caso de intoxicación llame al 1-800-222-1222

Otros contactos importantes: _____

Alergias: _____

Necesidades médicas especiales: _____

Chequeos de niño sano

E = estatura

E% = percentil de estatura

P = peso

P% = percentil de peso

CC = circunferencia de la cabeza

1 a 2 semanas de edad

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

E: _____ E%: _____ P: _____ P%: _____ CC: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

1 mes

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

E: _____ E%: _____ P: _____ P%: _____ CC: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

2 meses

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

E: _____ E%: _____ P: _____ P% _____ CC: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

4 meses

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

E: _____ E%: _____ P: _____ P% _____ CC: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

6 meses

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

E: _____ E%: _____ P: _____ P% _____ CC: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

9 meses

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

E: _____ E%: _____ P: _____ P% _____ CC: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

1 año

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

E: _____ E%: _____ P: _____ P% _____ CC: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Es recomendable que la primera consulta dental se haga al año de edad o en un plazo de 6 meses después de que le brota el primer diente. Hable con el dentista sobre la prevención de las caries con fluoruro y selladores.

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

15 meses

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clinica: _____

Dirección/Teléfono: _____

E: _____ E%: _____ P: _____ P% _____ CC: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

18 meses

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clinica: _____

Dirección/Teléfono: _____

E: _____ E%: _____ P: _____ P% _____ CC: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

2 años

La consulta de los dos años es un buen momento para verificar si su niño ya tiene todas las vacunas recomendadas. Hable con el médico, la enfermera o el personal de la clínica sobre las vacunas que le faltan.

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

E: _____ E%: _____ P: _____ P%: _____ CC: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

3 años

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

4 años

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

5 años

Los niños que hayan sido vacunados de conformidad con el programa de vacunación recomendado, reunirán los requisitos para entrar a la escuela. Los padres tendrán que proporcionar una copia del expediente de vacunación de su niño. Pídale más información al médico, a la enfermera o la clínica.

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

6 años

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

7 años

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

8 años

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

9 años

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

10 años

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

11 años

Hay muchas vacunas recomendadas para su hijo entre los 11 a 12 años de edad. Pida una cita para un chequeo de salud de su hijo a esta edad. Usted también puede preguntar sobre las vacunas en una visita física para deportes u otra visita médica.

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

12 años

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

13 años

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

14 años

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

15 años

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

16 años

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

17 años

Si su hijo ha recibido todas las vacunas recomendadas, él o ella cumplirán con los requerimientos de vacunas para la universidad, las fuerzas armadas y empleos futuros. Asegúrese de preguntar sobre vacunas adicionales para viajar que pueda necesitar.

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

18 años

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clínica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____

Notas: _____

Family Health Hotline

1.800.322.2588

1.877.833.6399 (releador tty)

programas de WithinReach



www.ParentHelp123.org



CHILD Profile es
un servicio del
Departamento
de Salud de
Washington.

DOH#950-146

325-0109S Rev 8/09