

**1º CONTROL
DE SALUD
de mi niño / niña**

Fecha: _____
/ /

Profesional que me
recibió: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL NIÑO/NIÑA: _____

D.N.I.: _____

Entre los primeros **7 y 15 días** de vida de mi niño/niña,
le realizaron el **PRIMER CONTROL** de salud.

En el HOSPITAL, ¿A su hijo/hija le realizaron la prueba para la prevención de enfermedades metabólicas (screening metabólico) y la prueba para la detección de la sordera (hipoacusia)?

Fecha: _____

Firma y Sello del Profesional: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Aclaración: _____



**2º CONTROL
DE SALUD
de mi niño / niña**

Fecha: _____
/ /

Profesional que me
recibió: _____

Fecha en que se realizó
efectivamente el control: _____

Firma del padre/madre/
tutor: _____

Aclaración: _____

Firma y Sello del
Profesional: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL NIÑO/NIÑA: _____

D.N.I.: _____

Antes de cumplir el **1º MES** de vida a mi
niño/niña, le realizaron el
SEGUNDO CONTROL de SALUD

DE 1 A 6 MESES: 1 CONTROL CADA MES



El niño/niña será
controlado el día:

____/____/____

Hora: _____

**3º CONTROL
DE SALUD
de mi niño / niña**

Fecha: _____
/ /

Profesional que me
recibió: _____

Fecha en que se realizó
efectivamente el control: _____

Firma del padre/madre/
tutor: _____

Aclaración: _____

Firma y Sello del
Profesional: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL NIÑO/NIÑA: _____

D.N.I.: _____

Al **2º MES** de vida a mi niño/niña,
le realizaron el
TERCER CONTROL de SALUD

DE 1 A 6 MESES: 1 CONTROL CADA MES



El niño/niña será
controlado el día:

____/____/____

Hora: _____

**4º CONTROL
DE SALUD
de mi niño / niña**

Fecha: _____
/ /

Profesional que me
recibió: _____

Fecha en que se realizó
efectivamente el control: _____

Firma del padre/madre/
tutor: _____

Aclaración: _____

Firma y Sello del
Profesional: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL NIÑO/NIÑA: _____

D.N.I.: _____

Al **3º MES** de vida a mi niño/niña,
le realizaron el
CUARTO CONTROL de SALUD

DE 1 A 6 MESES: 1 CONTROL CADA MES



El niño/niña será
controlado el día:

____/____/____

Hora: _____