

5º 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 **4º MES** de vida a mi niño/niña,
le realizaron el
QUINTO CONTROL de SALUD

DE 1 A 6 MESES: 1 CONTROL CADA MES



El niño/niña será
controlado el día:

____/____/____

Hora: _____

6º 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 **5º MES** de vida a mi niño/niña,
le realizaron el
SEXTO CONTROL de SALUD

DE 1 A 6 MESES: 1 CONTROL CADA MES

El niño/niña será
controlado el día:

____/____/____

Hora: _____

7º 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 **6º MES** de vida a mi niño/niña,
le realizaron el
SÉPTIMO CONTROL de SALUD

DE 1 A 6 MESES: 1 CONTROL CADA MES



El niño/niña será
controlado el día:

____/____/____

Hora: _____

8º 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 **8º MES** de vida a mi niño/niña,
le realizaron el
OCTAVO CONTROL de SALUD

DE 6 A 12 MESES: 1 CONTROL CADA 2 MESES



El niño/niña será
controlado el día:

____/____/____

Hora: _____