	ONTROL E SALUD niño / niña
Fecha:	1
Profesio recibió:	onal que me

Fecha en que se realizó efectivamente el control
Firma del padre/madre/ tutor: Aclaración:
Firma y Sello del Profesional:

Firma del padre/madre/ tutor:

Aclaración:

NOMBRE Y APELLIDO DEL NIÑO/NIÑA:
D.N.I.:
A los 10 MESES de vida a mi niño/niña, le realizaron el NOVENO CONTROL de SALUD



El niño/niña será controlado el día: Hora:

DE 6 A 12 MESES: 1 CONTROL CADA 2 MESES

	10	CC	N	T	ROL
IV	у —г	DE	SA	L	rol UD
de	mi	ni	ño	I	niña

Fecha:

Profesion recibió:

al que me	Firma y Sello de Profesional:
1	

Fecha en que se realizó efectivamente el control: NOMBRE Y APELLIDO DEL NIÑO/NIÑA:

D.N.I.:

A los 12 MESES de vida a mi niño/niña, le realizaron el

DÉCIMO CONTROL de SALUD



El niño/niña será controlado el día:

Hora:

DE 6 A 12 MESES: 1 CONTROL CADA 2 MESES