

**9º 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.: _____

A los **10 MESES** de vida a mi niño/niña,
le realizaron el
NOVENO CONTROL de SALUD

DE 6 A 12 MESES: 1 CONTROL CADA 2 MESES



El niño/niña será
controlado el día:

____/____/____

Hora: _____

**10º 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.: _____

A los **12 MESES** de vida a mi niño/niña,
le realizaron el
DÉCIMO CONTROL de SALUD

DE 6 A 12 MESES: 1 CONTROL CADA 2 MESES



El niño/niña será
controlado el día:

____/____/____

Hora: _____