

CONTROL
Odontológico
Efector:

Fecha:

____ / ____ / ____

Profesional que me
recibió:

FECHA Y LUGAR DEL CONTROL ODONTOLÓGICO:



Concurrí al Control Odontológico

Firma de la beneficiaria: _____

Aclaración: _____

Firma y Sello del Profesional: _____

1° Ecografía

Lugar de realización:

Fecha:

____ / ____ / ____

2° Ecografía

Lugar de realización:

Fecha:

____ / ____ / ____

2° Ecografía

Fecha de realización:

____ / ____ / ____

Efector:

Firma de la beneficiaria:

Aclaración:

Firma y sello del profesional

1° Ecografía

Fecha de realización:

____ / ____ / ____

Efector:

Firma de la beneficiaria:

Aclaración:

Firma y sello del profesional

VACUNA
ANTITETANICA
Vacunatorio:

Fecha:

____ / ____ / ____

VACUNA CONTRA
LA RUBEOLA / DOBLE
VIRAL
Vacunatorio:

Fecha:

____ / ____ / ____

Me aplicaron la
VACUNA CONTRA LA RUBEOLA

Fecha de colocación:

____ / ____ / ____

Firma de la beneficiaria:

Aclaración:

Firma y sello del Profesional:

Me aplicaron la
VACUNA ANTITETANICA

Fecha de colocación:

____ / ____ / ____

Firma de la beneficiaria:

Aclaración:

Firma y sello del Profesional:

CONSEJERÍA

Fecha:

____ / ____ / ____

Profesional que me
recibió:

CONSEJERÍA



Me brindaron información sobre el cuidado de mi salud sexual y reproductiva (Métodos anticonceptivos, donde obtenerlos gratuitamente, cual es el tiempo prudente que debo esperar para quedar nuevamente embarazada), y el cuidado de la salud de mi hijo (Lactancia Materna, Controles Periódicos, como reducir el Riesgo de Muerte Súbita y cuales son los Signos o Síntomas de Alarma por los que debo concurrir urgente al Centro de Salud)

Firma de la beneficiaria: _____

Aclaración: _____

Firma y Sello del Profesional: _____
