



Expediente Médico Infantil

Nacimiento
a
18
años

Nombre

Chequeos de niño sano

Los chequeos regulares de salud y chequeos de salud oral son muy importantes para la salud y desarrollo de su hijo. Este registro de salud de la niñez, junto a la cartilla de vacunación, le ayudará a hacer un seguimiento de información importante de salud sobre su hijo.

Mantener cada sección actualizada le proporcionará un registro útil y a la mano del historial de salud de su hijo. Estos registros le proveerán información valiosa en una emergencia y durante la vida de su hijo. Manténgalos en un sitio seguro en casa y llévelos con usted cuando viaje.

Prepárese para los chequeos de salud

Usted recibirá las cartas de CHILD Profile en el correo que le recordarán pedir las citas para los chequeos. Estas cartas también le darán información sobre el crecimiento y desarrollo de su hijo, la seguridad, nutrición y vacunas recomendadas. Antes de cada chequeo, escriba cualquier pregunta que pueda tener sobre la salud de su hijo y desarrollo y llévelas con usted. Asegúrese de preguntar si las vacunas de su hijo están al día. **Lleve este folleto y la cartilla de vacunación con usted cuando vaya con el doctor, enfermera o dentista de su hijo.**

Registro de nacimiento

Nombre _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___

Hora de nacimiento _____

Peso al nacer _____ lb. _____ oz.

Estatura al nacer _____

Lugar de nacimiento _____

Ciudad/Estado _____

Notas _____

Información para emergencias

En caso de una emergencia llame al 911

En caso de intoxicación llame al 1-800-222-1222

Otros contactos importantes _____

Alergias _____

Necesidades médicas especiales _____

Chequeos de niño sano

E = estatura

E% = percentil de estatura

P = peso

P% = percentil de peso

CC = circunferencia de la cabeza

IMC = Indice de Masa Corporal

IMC% = percentil de IMC

1-2
semanas
de edad

Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ E% _____ P _____ P% _____ CC _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

1
mes

Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ E% _____ P _____ P% _____ CC _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

2**meses****Chequeo de salud**

Fecha_____

Doctor/Clínica_____

Dirección/Teléfono_____

E_____E%_____P_____P%_____CC_____

Notas _____

Lesiones/enfermedades_____

4**meses****Chequeo de salud**

Fecha_____

Doctor/Clínica_____

Dirección/Teléfono_____

E_____E%_____P_____P%_____CC_____

Notas _____

Lesiones/enfermedades_____

6**meses****Chequeo de salud**

Fecha_____

Doctor/Clínica_____

Dirección/Teléfono_____

E_____E%_____P_____P%_____CC_____

Notas _____

Lesiones/enfermedades_____

9**meses****Chequeo de salud**

Fecha_____

Doctor/Clínica_____

Dirección/Teléfono_____

E_____E%_____P_____P%_____CC_____

Notas _____

Lesiones/enfermedades_____

1
año

Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ E% _____ P _____ P% _____ CC _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Es recomendable que la primera consulta dental se haga al año de edad o en un plazo de 6 meses después de que le brota el primer diente. Hable con el dentista sobre la prevención de las caries con fluoruro y selladores.

Chequeo de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____

15
meses

Chequeo de salud

Fecha_____

Doctor/Clínica_____

Dirección/Teléfono_____

E_____E%_____P_____P%_____CC_____

Notas _____

Lesiones/enfermedades_____

18
meses

Chequeo de salud

Fecha_____

Doctor/Clínica_____

Dirección/Teléfono_____

E_____E%_____P_____P%_____CC_____

Notas _____

Lesiones/enfermedades_____

2
años

La consulta de los dos años es un buen momento para verificar si su niño ya tiene todas las vacunas recomendadas.

Hable con el médico, la enfermera o el personal de la clínica sobre las vacunas que le faltan. Algunos doctores querrán hacer una cita cuando su niño tenga 2½ años. Este es un buen momento para hablar de cualquier pregunta que tenga sobre desarrollo de su niño. Pregunte a su doctor o clínica si debería hacer una cita a los 2½ años.

Chequeo de salud

Fecha _____ Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ CC _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral

Fecha _____ Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____



Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral

 Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____

5
años

Los niños que hayan sido vacunados de conformidad con el programa de vacunación recomendado, reunirán los requisitos para entrar a la escuela. Los padres tendrán que proporcionar una copia del expediente de vacunación de su niño. Pídale más información al médico, a la enfermera o la clínica.

Chequeo de salud

Fecha: _____

Doctor/Clinica: _____

Dirección/Teléfono: _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas: _____

Lesiones/enfermedades: _____

Chequeo de salud oral

Fecha: _____

Dentista/Clinica: _____

Dirección/Teléfono: _____

Servicios que recibió: _____



Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clínica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral Fecha _____

Dentista/Clínica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____

11
años

Hay muchas vacunas recomendadas para su hijo entre los 11 a 12 años de edad. Pida una cita para un chequeo de salud de su hijo a esta edad. Usted también puede preguntar sobre las vacunas en una visita física para deportes u otra visita médica.

Chequeo de salud Fecha _____

Doctor/Clínica _____

Dirección/Teléfono _____

E_____P_____IMC_____IMC%_____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral Fecha _____

Dentista/Clínica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____

12
años

Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____

14
años

Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____

16
años

Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____

17
años

Si su hijo ha recibido todas las vacunas recomendadas, él o ella cumplirán con los requerimientos de vacunas para la universidad, las fuerzas armadas y empleos futuros.

Asegúrese de preguntar sobre vacunas adicionales para viajar que pueda necesitar.

Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clínica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral

Fecha _____

Dentista/Clínica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____

18
años

Chequeo de salud

Fecha _____

Doctor/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/enfermedades _____

Chequeo de salud oral

 Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____

Family Health Hotline

1.800.322.2588

1.877.833.6399 (relevarador tty)



programas de WithinReach

www.ParentHelp123.org



CHILD Profile es
un servicio del
Departamento
de Salud de
Washington.

325-0109S
DOH 950-146S
May 2011



Dear Colleague,

The Washington State Department of Health (DOH) provides print-ready files (PDFs) of health education materials. To ensure that the original quality of the piece is maintained, please read and follow the instructions below and the specifications included for professional printing.

- **Use the latest version.** DOH materials are developed using the most current information available, are checked for clinical accuracy, and are field tested with the intended audience to ensure they are clear and readable. DOH programs make periodic revisions to educational materials, so please check this web site to be sure you have the latest version. DOH assumes no responsibility for the use of this material or for any errors or omissions.
- **Do not alter.** We are providing this artwork with the understanding that it will be printed without alterations and copies will be free to the public. Do not edit the text or use illustrations or photographs for other purposes without first contacting us. Please do not alter or remove the DOH logo, publication number or revision date. If you want to use a part of this publication for other purposes, contact the Office of Health Promotion first.
- **For quality reproduction:** Low resolution PDF files are intended for black and white or color desktop printers. They work best if you are making only one or two copies. High resolution PDF files are intended for reproducing large quantities and are set up for use by professional offset print shops. The high resolution files also include detailed printing specifications. Please match them as closely as possible and insist on the best possible quality for all reproductions.

If you have questions, contact:
Office of Health Promotion
P.O. Box 47833 Olympia, WA 98504-7833
(360) 236-3736

Sincerely,
Health Education Resource Exchange Web Team