



Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos

División de Apoyo Familiar y de la Primera Infancia

Oficina de Licencias de Cuidado Infantil

Declaración de salud pediátrica

Nombre del bebé/niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

EVALUACIÓN:

Afecciones médicas conocidas: _____

Alergias (específicas): _____

Medicamentos especiales: _____

Vacunas actuales: _____

Restricciones: _____

Comentarios: _____

He examinado _____ y no encuentro riesgos inusuales para su salud ni para otros niños en el entorno de la guardería.

(EN LETRA DE IMPRENTA: Nombre del profesional médico)

(Firma del profesional médico)

Fecha:

CONSULTE:

ARM 37.95.128