



**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