

Fecha:...../..../.....

**Afiliado**

Nº		Sexo(M-F)	<input type="checkbox"/>	Tipo y Nº Doc.	<input type="text"/>
Apellido y Nombre	<input type="text"/>			Fecha Nac.	..../..../....

PN	<input type="text"/>	(gr)	Apgar	<input type="text"/>	/	EG	<input type="text"/>	(semanas)
Peso	<input type="text"/>	(grs.)	Talla	<input type="text"/>	(cm.)	Perímetro Cefálico	<input type="text"/>	(cm.)

**Observación del Niño Durante la Consulta**

Mira a los Ojos	<input type="checkbox"/>	Se conecta	<input type="checkbox"/>	Está atento	<input type="checkbox"/>	Actitud pasiva	<input type="checkbox"/>	Inquieto	<input type="checkbox"/>	Esquiva la mirada	<input type="checkbox"/>
Irritable	<input type="checkbox"/>	Llanto	<input type="checkbox"/>	Responde a consignas	<input type="checkbox"/>						

**Valoración del Desarrollo Infantil**

Desarrollo motor acorde a la edad	<input type="checkbox"/>	Interactúa durante las comidas	<input type="checkbox"/>	Interactúa en baño y vestimenta	<input type="checkbox"/>
Vocalización	<input type="checkbox"/>	Reacción	<input type="checkbox"/>	Iniciativa	<input type="checkbox"/>

**Alimentación**

Materna	<input type="checkbox"/>	ó Fórmula	<input type="checkbox"/>	ó Mixta	<input type="checkbox"/>	Semisolidos	<input type="checkbox"/>	Sulf. Ferroso	<input type="checkbox"/>	Vitam. ACD	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------	--------------------------	------------	--------------------------

FEI:	Vacunas:	OEA OD:	OEA OI:	Eco. de Caderas:	Fondo de Ojo:
Normal <input type="checkbox"/>	Completas <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>
Anormal <input type="checkbox"/>	Incompletas <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

**Observaciones**

Factura en:	La Plata	<input type="checkbox"/>	Ensenada	<input type="checkbox"/>
-------------	----------	--------------------------	----------	--------------------------