



INFORMACIÓN DE CONTACTO

Teléfono de mamá:

Teléfono de papá:

Números adicionales:

Números adicionales:



INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del pediatra:

Teléfono del pediatra:

Hospital y número:

Número de emergencia:



MEDICACIÓN

Nombre: _____ dosis: _____ ¿en qué momento? _____

Nombre: _____ dosis: _____ ¿en qué momento? _____

Nombre: _____ dosis: _____ ¿en qué momento? _____



ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN

Leerle un libro: _____ sus libros favoritos son: _____

Juguetes favoritos son: _____

Otros: _____