

**INFORME
MEDICO PEDIATRA**

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Semanas de Gestación: _____

Tipo de Parto: _____

Peso al Nacer: _____ lbs.

Talla al Nacer: _____ cms.

Peso Actual: _____ lbs.

Talla Actual: _____ cms.

Test Apgar: _____

Información relevante:

Estado de salud actual:

Lugar y fecha _____

Firma y Sello de Médico Pediatra _____