

	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 01 Código: F-AM-03 Fecha : 07/11/2016 Página 1 de 1
	<b>CERTIFICADO DE SALUD PEDIÁTRICO</b>	

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Certifico que el/la niño/a: \_\_\_\_\_

**A) Padece alguna de las siguientes afecciones: (marcar con una X)**

- 1. Enfermedad Congénita, Genética o Mal Formativa. ( )
- 2. Complicaciones relacionadas al Parto. ( )
- 3. Enfermedades Respiratorias. ( )
- 4. Enfermedades Digestivas. ( )
- 5. Enfermedades Neurológicas. ( )
- 6. Enfermedades Cardiovasculares. ( )
- 7. Enfermedades Hematológicas ( )
- 8. Otras: \_\_\_\_\_ ( )

**B) No Padece ninguna afección al momento del examen. ( )**

**Observación:** En caso de presentar alguna afección, favor hacer constar detalladamente las características, tiempo de evolución, estado clínico actual pronóstico y/o secuelas:

---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Profesional

Verificado por: \_\_\_\_\_