CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA BY FIFA
ÁREA DE ENFERMERÍA
HOJA CLÍNICA DE RECIÉN NACIDO

FECHA: _____
NUMERO DE PACIENTE: _____
FOLIO: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ **FECHA:** _____

NOMBRE DEL PADRE _____ **HORA:** _____

DIRECCIÓN: _____ **FOLIO:** _____

SOMATOMETRÍA ***HUELLA PLANTAR***

P.C.: _____

P.T.: _____

P.A. _____

SEXO: _____

TALLA: _____

S.I.: _____

PIE: _____

PESO: _____

NOTA MÉDICA