

**Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
Oficina de Licencias de Cuidado Infantil
Declaración de salud pediátrica**

Nombre del bebé/niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

EVALUACIÓN:

Afecciones médicas conocidas: _____

Alergias (específicas): _____

Medicamentos especiales: _____

Vacunas actuales: _____

Restricciones: _____

Comentarios: _____

He examinado a _____ y no encuentro riesgos inusuales para su salud ni para otros niños en el entorno de la guardería.

(EN LETRA DE IMPRENTA: Nombre del profesional médico)

_____ Fecha: _____

(Firma del profesional médico)

CONSULTE:

ARM 37.95.128