



REGISTRO DE SALUD INFANTIL

Nacimiento a
18 años

Nombre

Revisiones médicas de su niño

Las revisiones regulares de salud física y bucal son muy importantes para la salud y desarrollo de su niño. Este registro de salud de la niñez, junto con el registro de vacunación, le ayudarán a realizar un seguimiento informado sobre la salud de su niño.

Mantenga cada sección actualizada para tener un registro útil y a la mano del historial de salud de su niño. Estos registros le proveerán información valiosa en una emergencia y a lo largo de la vida de su niño. Guárdelos en un sitio seguro en casa y llévelos con usted cuando viaje.

Prepárese para las revisiones médicas

Recibirá envíos del Departamento de Salud para recordarle que haga citas para las revisiones médicas. También le darán información acerca del crecimiento, desarrollo, seguridad, nutrición y las vacunas recomendadas para su niño. Antes de cada revisión, escriba cualquier pregunta que tenga sobre la salud y el desarrollo de su niño y llévelas con usted. Asegúrese de preguntar si su niño está al día con sus vacunas.

Lleve este folleto y el registro de vacunación a las visitas médicas y dentales de su niño.

También puede acceder en línea a los registros de vacunación de su niño en **myirmobile.com**.

Registro de nacimiento

Nombre _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___

Hora de nacimiento _____

Peso al nacer _____ lb. _____ oz.

Estatura al nacer _____

Lugar de nacimiento _____

Ciudad/Estado _____

Notas _____

Revisiones médicas de rutina.

E = estatura E% = percentil de estatura P = peso
P% = percentil de peso CC = circunferencia de la cabeza
IMC = índice de masa corporal IMC% = percentil de IMC



Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ E% _____ P _____ P% _____ CC _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____



Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ E% _____ P _____ P% _____ CC _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____



Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ E% _____ P _____ P% _____ CC _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____



Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ E% _____ P _____ P% _____ CC _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

6
meses

Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ E% _____ P _____ P% _____ CC _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

9
meses

Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ E% _____ P _____ P% _____ CC _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

1
año

Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ E% _____ P _____ P% _____ CC _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

Se recomienda que **la primera consulta dental** se haga al año de edad o a los seis meses después de que le brote el primer diente. Hable con su dentista sobre la prevención de las caries con fluoruro y selladores.

Revisión de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____

15
meses

Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ E% _____ P _____ P% _____ CC _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

18
meses

Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ E% _____ P _____ P% _____ CC _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

Notas _____

2
años

La revisión médica de los dos años es un buen momento para verificar si su niño ya tiene todas las vacunas recomendadas.

Hable con el médico, la enfermera o el personal de la clínica sobre las vacunas que le faltan. Algunos médicos querrán hacer una cita cuando su niño tenga 2.5 años. Este es un buen momento para hablar de cualquier pregunta que tenga sobre el desarrollo de su niño. Pregunte a su médico o en la clínica si debería hacer una cita a los 2.5 años.

Revisión médica

Fecha _____ Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ CC _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

Revisión de salud oral

Fecha _____ Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Revisión médica

Fecha_____

Médico/Clinica_____

Dirección/Teléfono_____

E_____P_____IMC_____IMC%_____

Notas_____

Lesiones/Enfermedades_____

Revisión de salud oral Fecha_____

Dentista/Clinica_____

Dirección/Teléfono_____

Servicios que recibió_____

Notas_____



Revisión médica

Fecha_____

Médico/Clinica_____

Dirección/Teléfono_____

E_____P_____IMC_____IMC%_____

Notas_____

Lesiones/Enfermedades_____

Revisión de salud oral Fecha_____

Dentista/Clinica_____

Dirección/Teléfono_____

Servicios que recibió_____

Notas_____



Los niños vacunados conforme al plan de vacunación recomendado, reunirán los requisitos para entrar a la escuela.

Hable con su médico, enfermera, clínica para obtener más información. También puede acceder en línea a los registros de vacunación de usted y de su familia. Visite **myirmobile.com**.

Revisión médica Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

Revisión de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

Revisión de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

Revisión de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

Revisión de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Pregúntele al médico o a la farmacia de su hijo sobre las vacunas recomendadas para su hijo de 9 años.

Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

Revisión de salud oral

Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

Revisión de salud oral

Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____

11
años

Hay muchas vacunas recomendadas para su niño de los 11 a 12 años de edad.

Programa una revisión médica para su niño a esta edad. También puede pedir

información sobre las vacunas durante una revisión médica deportiva u otra visita médica.

Revisión médica Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

Revisión de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____

12
años

Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

Revisión de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

Revisión de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

Revisión de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

Revisión de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____



Revisión médica

Fecha _____

Médico/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

E _____ P _____ IMC _____ IMC% _____

Notas _____

Lesiones/Enfermedades _____

Revisión de salud oral Fecha _____

Dentista/Clinica _____

Dirección/Teléfono _____

Servicios que recibió _____

Notas _____

17
años

Si su adolescente ha recibido todas las vacunas recomendadas, cumplirá con los requisitos de vacunación para la universidad, la armada y empleos futuros.

Asegúrese de preguntar sobre que otras vacunas puede necesitar para viajar.

Revisión médica Fecha_____

Médico/Clínica_____

Dirección/Teléfono_____

E_____P_____IMC_____IMC%_____

Notas_____

Lesiones/Enfermedades_____

Revisión de salud oral Fecha_____

Dentista/Clínica_____

Dirección/Teléfono_____

Servicios que recibió_____

Notas_____

18
años

Ahora que su adolescente tiene 18 años, podrá registrarse en MyIR para tener acceso a sus propios registros de vacunación en línea.

Para registrarse, pídale que visite **myirmobile.com**.

Revisión médica Fecha_____

Médico/Clínica_____

Dirección/Teléfono_____

E_____P_____IMC_____IMC%_____

Notas_____

Lesiones/Enfermedades_____

Revisión de salud oral Fecha_____

Dentista/Clínica_____

Dirección/Teléfono_____

Servicios que recibió_____


Notas_____

The logo for WithinReach features the word "WithinReach" in a sans-serif font. Above the letter "i" in "Within" is a dotted arc of dots, suggesting a path or connection.

Llame a la línea de Help Me Grow Washington
al **1-800-322-2588** (servicio TTY 711)
o visite **www.ParentHelp123.org**



Mírame Crecer Washington es un programa del
Departamento de Salud del estado de Washington.

 Síguenos en Facebook en @MirameCreceerWA

 Visítenos en www.miramecrecerwa.org

Para solicitar este documento en otro formato, llame al
1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de
audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington)
o enviar un email a doh.information@doh.wa.gov.

©2024 Mírame Crecer Washington
950-146S Febrero 2024