



Plan Seguimiento de Salud

(Para ser completado cuando sea necesario, pero que no pasen más de 2 días después de saber la condición.)

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Inscripción: _____

Fecha	Se Necesita Seguimiento	Plan de Acción	Persona(s) Principalmente Responsable(s)

Firma del Padre o Madre: _____

Firma del Personal: _____

Fecha	Se Necesita Seguimiento	Plan de Acción	Persona(s) Principalmente Responsable(s)

Firma del Padre o Madre: _____

Firma del Personal: _____