PERS

**SECRETARIA DE SEGURIDAD PÚBLICA**

**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**

**CLAVE 20NDI0057F**

**FORMATO DE IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE DEL NIÑO:

EDAD:

SEXO:

FECHA DE NACIMIENTO:

SALA DE ATENCIÓN

FECHA DE INGRESO:

FECHA ACTUAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LAS FOTOS QUE AL MARGEN APARECEN SON LAS ÚNICAS LEGALMENTE AUTORIZADAS POR LA MADRE PARA RECOGER A LA HORA DE SALIDA DEL CENDI A SU HIJO; ADEMÁS DE ELLA MISMA.**

NOMBRE DE LA MADRE:

FIRMA:

NOMBRE DEL PADRE:

FIRMA:

F OTO 1ER AUTORIZADO

F OTO 2DO AUTORIZADO

F OTO 2DO AUTORIZADO

NOMBRE:

NOMBRE Y TELEFONO NOMBRE Y TELEFONO NOMBRE Y TELEFONO

TELE

**SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA**

**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**

**CLAVE: 20ND10057F**

**CICLO ESCOLAR 2016 – 2017**

**Foto**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL ÁREA DE PEDAGOGÍA**

**DATOS GENERALES**

**Alumno(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Curp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo de sangre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señas particulares: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Algún tipo de alergia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamento que le causa alergia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del derecho habiente o Tutor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. de Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Área de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Curp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del segundo tutor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. de Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Área de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Curp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EN CASO DE NO LOCALIZAR A LOS RESPONSABLES LLAMAR A:**

**NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NÚMERO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA**

**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**

**CICLO ESCOLAR 2016-2017**

**ESTUDIO-SOCIOECONOMICO**

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I.- **DATOS DE IDENTIFICACION:**

Nombre de la persona con derecho al servicio del CENDI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del niño (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil de los Padres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad de la Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_

Edad del Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio Particular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Celular de la madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Celular del Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II.-ECONOMIA FAMILIAR**

Ocupación del proveedor económico:

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Horario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación de la madre:

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Horario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONTROL DE INGRESOS Y EGRESOS MENSUALES

INGRESOS

|  |  |
| --- | --- |
| PADRE |  |
| MADRE |  |
| OTROS |  |
| TOTAL |  |

EGRESOS

|  |  |
| --- | --- |
| ALIMENTACIÓN |  |
| RENTA |  |
| LUZ Y AGUA |  |
| COMBUSTIBLE |  |
| TRANSPORTE |  |
| EDUCACIÓN |  |
| DIVERSIONES |  |
| OTROS | $ |

ESTRUCTURA FAMILIAR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE | EDAD | PARENTESCO | ESCOLARIDAD | OCUPACION | ESTADO CIVIL | RELIGION |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**VI.- VIVIENDA**

**Tipo de Zona**: Urbana\_\_\_\_\_ Suburbana\_\_\_\_ Rural\_\_\_\_

Casa sola\_\_\_\_ Propia \_\_\_\_ Rentada \_\_\_\_\_Prestada \_\_\_ Depto. Popular\_\_\_ Casa proletariada\_\_\_\_\_

Vecindad \_\_\_\_\_ Cuarto \_\_otros \_\_\_\_\_ casa familiar\_\_\_\_\_\_\_

No. De dormitorios\_\_\_\_\_\_\_\_ Cocina\_\_\_\_\_\_\_ Sala\_\_\_\_\_ Comedor \_\_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Mobiliario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aparatos Eléctricos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Material de construcción**:

Concreto\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lamina\_\_\_\_\_\_\_\_ Madera \_\_\_\_\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipo de Transporte**: Taxi\_\_\_\_\_\_ Camión\_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_\_Automóvil propio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SALUD**

**SERVICIOS MEDICOS CON LOS QUE CUENTA LA FAMILIA**

IMSS ( ) ISSSTE ( ) CENTRO DE SALUD ( ) MEDICO PRIVADO ( ) OTROS ( )

**DINAMICA FAMILIAR:**

1. Organización y funcionamiento
2. Comunicación:
3. Roles\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Autoridad
5. Limites\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

f) Expresión de afectos:

|  |
| --- |
|  |

Diagnostico social

Realizo Entrevista Nombre y firma del entrevistado

 .

**NOTA : EN EL CONCEPTO DINAMICA FAMILIAR, SERÁ ELABORADA Y REVISADA POR PARTE DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL, AL MOMENTO DE ENTREGAR SU DOCUMENTACION.**

Oaxaca de Juárez, Oax, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_

**SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA**

**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**

**CICLO ESCOLAR 2016-2017**

**SOLICITUD DE ANALISIS CLINICOS**

**FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE:**

**EDAD:**

**FAVOR DE REALIZAR LOS SIGUIENTES ESTUDIOS:**

**1.- B H C**

**2.- EXAMEN GENERAL DE ORINA**

**3.- EXUDADO FARINGEO**

**4.- CPS SERIADO**

**5.- GRUPO Y RH**

**ATENTAMENTE**

**Dr. LUIS LEONARDO GARCÍA FLORES**

**MEDICO GENERAL CENDI-SSP**

**CED.PROF.2702355**

**SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA**

**LA SECRETARIA DE S CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**

**CICLO ESCOLAR 2016-2017**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO**

**AREA MÉDICA**

LOS QUE SUSCRIBIMOS SR.

Y SRA.

PADRES DEL NIÑO (A)

DE \_\_ AÑOS DE EDAD QUE CURSA EN EL AREA DE:

AUTORIZAMOS QUE SE LE BRINDE ATENCION MÉDICA A NUESTRO HIJO (A) CUANDO ASI LO REQUIERA, COMO EN EL CASO DE UNA HERIDA QUE AMERITA SUTURA QUIRURGICA O MANEJO DE SEGUNDO NIVEL, EN DONDE ES NECESARIO SALIR DE LA INSTITUCION PARA ACUDIR A LA UNIDAD MEDICA DE SALUD: IMSS, ISSTE, SSA, ENTRE OTRAS, PARA SU MANEJO ADECUADO Y OPORTUNO.

**ATENTAMENTE**

**SR**.  **Y SRA**

**SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA**

**LA SECRETARIA DE S CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**

**CICLO ESCOLAR 2016-2017**

**HISTORIA CLINICA PEDIATRICA**

**IDENTIFICACION PERSONAL**

FECHA ACTUAL;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_Sexo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Religión:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

PADRE: Edad:\_\_\_\_\_\_\_ fuma?\_\_\_\_\_ con qué frecuencia?\_\_\_\_\_\_ consume alcohol?\_\_\_ con qué Frecuencia?\_\_\_\_\_\_\_\_ tipo de sangre:\_\_\_\_\_\_\_ padece alguna enfermedad?\_\_\_\_\_\_\_ cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cuanto tiempo le dedica exclusivamente a su niño para platicar o jugar con él?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grado de estudios?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ocupación?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

MADRE: Edad:\_\_\_\_\_\_\_ fuma?\_\_\_\_\_ con qué frecuencia?\_\_\_\_\_\_ consume alcohol?\_\_\_\_ con qué frecuencia?\_\_\_\_\_\_\_\_ tipo de sangre:\_\_\_\_\_\_\_ padece alguna enfermedad?\_\_\_\_\_\_\_ cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cuanto tiempo le dedica exclusivamente a su niño para platicar o jugar con él?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grado de estudios?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ocupación?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

Tiene algún método de planificación familiar y cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cuantos embarazos ha tenido?\_\_\_\_ abortos?\_\_\_\_\_ partos?\_\_\_\_\_ cesáreas?\_\_\_\_ número de hijos vivos?\_\_\_\_\_ en caso de hijos muertos de que murieron?\_\_\_\_\_\_\_\_ de los hijos vivos alguno de ellos está enfermo y que enfermedad tiene?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIENE ALGUN FAMILIAR MATERNO O PATERNO QUE HAYA PADECIDO LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? EN CASO AFIRMATIVO FAVOR DE ESPESIFICAR QUIEN:

CANCER: De donde y Quien?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HIPERTENCION ARTERIAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DIABETES MELLITUS?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OBESIDAD?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ENFERMEDADES DEL CORAZON?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MALFORMACIONES CONGENITAS?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CONVULSIONES O EPILEPSIA?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ASMAS?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NIÑOS CON RETRAZO MENTAL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HIPERTIROIDISMO O HIPOTIROIDISMO?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TUBERCULOSIS?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OTRASENFERMEDADES?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

A) PERINATALES.

1.- Fue su hijo(a) un niño (a) planeado?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.- Fue su hijo(a) un niño(a) deseado?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en caso de responder no especifique el motivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.- Cuantos meses duro su embarazo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.- Acudió al médico durante su embarazo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cuantas veces?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.- Detectaron problemas durante su embarazo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en caso de responder si describa cuáles?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.- Tomo usted durante su embarazo hierro, calcio y ácido fólico?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.-En que institución de salud fue atendido el nacimiento de su niño(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.- Tuvo su hijo (a) valoración pediátrica durante su nacimiento?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.- Nació su hijo (a) por vía cesárea o parto?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en caso de responder cesárea explicar el motivo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.- Durante su parto o cesárea existió algún problema?\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en caso de responder si cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11.- Al momento de nacer respiro y lloro en forma inmediata?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12.-En caso de no haber respirado de inmediato al nacer cuanto tiempo tardo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 13.- Padeció alguna enfermedad durante sus primeros 30 días de vida?\_\_\_\_\_\_\_ si es afirmativo descríbalo brevemente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14.- Le administraron medicamentos los primeros 30 días de vida?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15.- Cuánto peso y midió al nacer?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B) ALIMENTACION.

1.- Le dio seno materno?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuánto tiempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.- Si no le dio seno materno explique los motivos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.- Qué tipo de leche le dio en lugar de seno materno?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.- Qué tipo de leche toma actualmente?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.- A qué edad empezó sus alimentos como las papillas?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.- En caso de ser mayor de 1 año de edad se integró a la alimentación de la familia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Come bien su hijo(a)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.- Consume con frecuencia alimentos chatarras?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. VACUNAS

1.- Tiene todas las vacunas su hijo(a)? \_\_\_\_\_\_ Ha presentado alguna complicación con la aplicación de sus vacunas?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HA PADECIDO LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? (Tache con una X según sea el caso)

VARICELA SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

SARAMPION SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

RUBEOLA SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

BRONCONEUMONIA SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

DESHIDRATACION SEVERA SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

HEPATITIS SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

FIEBRE TIFOIDEA SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

ASMA SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

PAPERAS SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

FIEBRE REUMATICA SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

1. DESARROLLO PSICOMOTOR:

1.- A qué edad empezó a sonreír?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.- A qué edad se sentó solo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3.- A qué edad camino solo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4.- A qué edad sostuvo la cabeza?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5.-A qué edad empezó a gatear?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6.- A qué edad ya le retiro los pañales porque ya avisaba para efectuar sus necesidades de orinar o evacuar?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_7.- A qué edad empezó a decir sus primeras palabras completas?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8.- A qué edad empezó a vestirse solo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

1.- Su hijo(a) es alérgico a algún medicamento, planta, objeto o picadura de insecto?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.- Le han transfundido sangre a su hijo(a) y por qué?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3.- Le ha picado algún animal ponzoñoso a su hijo(a)?\_\_\_\_\_\_\_\_Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qué tratamiento recibió?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4.- Han operado a su hijo(a)?\_\_\_\_\_ De que la operaron? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_y en qué consistió?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5.- Tuvo alguna complicación en la operación?\_\_\_\_\_\_ Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6.- Se ha fracturado algún hueso su hijo(a) \_\_\_\_\_ Qué hueso se fracturo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.-Qué problemas de salud le preocupan de su hijo(a) en estos momentos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.-Se encuentra en estos momentos tomando medicamento su hijo(a) \_\_\_\_\_\_\_\_ Cuáles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9.- Sabe usted el tipo de sangre de su hijo(a)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 10.- El manejo de la salud de su hijo(a) ha sido bajo tratamiento: (favor de subrayarlo).

HOMEOPATICO REMEDIOS CASEROS MÉDICO PEDRIATRA

11.- En caso de ser tratado con médico pediatra, favor de anotar su nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 12.- Fecha en que recibió su último tratamiento de desparasitación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 13.- Fecha de última vez que recibió tratamiento con antibiótico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SITEMAS:

1.-Cree usted que su hijo(a) tiene buena visión?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.- Cree usted que su hijo(a) tiene buena percepción de los sonidos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3.- Ha detectado hasta el momento algún problema en su lenguaje?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4.- Tiene algún problema en su piel?\_\_\_\_\_\_ Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5.- Ha padecido anemia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cómo se la corrigieron?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.- Tiene alguna alteración en su conducta y han estudiado la causa?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7.- Tiene algún hábito su hijo (a)?\_\_\_\_\_\_\_ Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8.- Tiene algún tic su hijo(a)?\_\_\_\_\_\_ Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9.- Ha percibido usted en algún momento mal olor de la boca de su hijo(a)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 10.- Padece con frecuencia de la garganta?\_\_\_\_\_ Qué tratamiento ha recibido?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 11.- Padece con frecuencia de tos su hijo(a) y ha encontrado la causa?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 12.- Tiene alguna hernia su hijo(a)?\_\_\_\_\_\_\_\_ En dónde?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 13.- Es un niño(a) estreñido(a)?\_\_\_\_\_ Qué tratamiento a recibido?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 14.- Con frecuencia se enferma de diarrea?\_\_\_\_\_\_ Por qué?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 15.- Realiza su hijo(a) alguna actividad relacionada con el deporte?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARA NIÑOS MAYORES DE 3 AÑOS:

16.- Ha percibido mal olor en la orina de su hijo(a) alguna vez?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 17.- Ha tenido alguna vez ardor para orinar su hijo(a)?\_\_\_\_\_\_ Ha recibido tratamiento?\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 18.- Ha tenido alguna vez su niño infección en su pene?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 19.- Ha enseñado a su hijo a cuidar y limpiar sus genitales?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARA NIÑAS MAYORES DE 3 AÑOS:

20.- Ha identificado flujo en su niña alguna vez?\_\_\_\_\_ Ha recibido tratamiento?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 21.- Ha enseñado a su hija a cuidar y limpiar sus genitales?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

22.- Algún comentario que desee escribir de su hijo(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EXPLORACION FISICA**

(**ESTA SECCIÓN SERÁ CUBIERTA EN EL AREA MÉDICA DEL CENDI, EN EL MOMENTO DE ENTREGAR SUS ESTUDIOS MEDICOS QUE LE SOLICITO DICHA AREA)**

**SIGNOS VITALES:**

PESO: TALLA: PC: PT: PIE: FR: FC:

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTADO NUTRICIONAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CABEZA:

CUELLO:

TORAX:

ABDOMEN:

BRAZOS:

PIERNAS:

GENITALES:

AGUDEZA VISUAL:

SISTEMA NERVIOSO:

**ATENTAMENTE**

**DR. LUIS LEONARDO GARCÍA FLORES**

**MÉDICO DEL CENDI CED. PROF. 2702355**

**SECRETARIA DE SEGURIDAD PÚBLICA**

**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**

**CICLO ESCOLAR 2016-2017**

**SERVICIO DE ODONTOLOGIA**

**FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AREA DE ADSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CEPILLOS DENTALES ORAL B STAGES ETAPA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1 VASO PEQUEÑO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1 CAJA DE GASAS DE 100 SOBRES ESTERILIZADA DE 7.5 X 5 CM. L- I, L-II**

**CONSULTA DENTAL: (SI) (NO)**

**NOTA: FAVOR DE TRAER SUS CEPILLOS Y VASO DEBIDAMENTE MARCADOS CON EL NOMBRE DEL NIÑO (A).**

**ATENTAMENTE**

**ODONTOLA DEL CENDI**

**C.D. MINERVA L. PRADO PEREZ**

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

CICLO ESCOLAR 2017-2018

**CARTA COMPROMISO**

OAXACA DE JUAREZ, OAXACA A LOS \_\_\_\_\_DIAS DEL MES DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_DEL AÑO 20\_\_\_

Los suscritos, padres del (a) alumno (a):

Solicitamos su inscripción al área de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para el ciclo escolar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comprometiéndonos a aceptar los siguientes acuerdos:

1. Aceptar el reglamento Interno y las disposiciones que emanen del mismo.
2. Aceptación de uso y porte del uniforme escolar diario y deportivo.
3. Acatar las observaciones que nos realicen las diferentes áreas de este CENDI.
4. Aceptar las indicaciones que nos realice la encargada de la sala a la que ingresa nuestro hijo (a) y llevarlas a cabo.
5. Aceptar la visita domiciliaria cuando así se requiera
6. Presentar el tarjetón a la hora de pedir a su hijo(a) en el filtro
7. De conformidad en que al finalizar el ciclo escolar, no será devuelto el material de aseo y el material didáctico.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORIZO LA INSCRIPCION

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LIC. MARIELA Y. MONTES GONZALEZ

COORDINADORA DEL CENDI SSP