REPORTE DE ENFERMEDAD
DIRECCIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL

CAI No.	Fecha:	Hora:	Sala:

Nombre del becario:	

Cómo inició la enfermedad:	

Nombre y firma de la Asistente Educativa:	

Área Médica

Fecha:	Hora:

Motivo de Consulta:	Diagnóstico:

Recomendaciones:

Nombre, firma del médico y No. de cédula profesional	Nombre, firma de la enfermera y No. de cédula profesional

Nombre y firma del beneficiario:	

Fecha de actualización: 24 de Abril de 2012 V.01 Código: DJ-AI-SG-RE-107