



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:
