



Diagnóstico para Ingreso
Dirección de Centros de Atención Infantil
Centro de Asistencia Infantil Comunitario

Municipio _____ Comunidad _____

Responsable Municipal del CAIC: _____

Responsable del CAIC _____

Ciclo Escolar: _____ Turno Matutino Vespertino

NOMBRE DEL MENOR _____

SEXO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

ÁREA MÉDICA

CITA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

OBSERVACIONES: _____

FIRMA MÉDICO: _____

ÁREA PSICOLOGÍA

CITA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

OBSERVACIONES: _____

FIRMA PSICÓLOGO: _____

ÁREA DE TRABAJO SOCIAL

CITAS: _____

E. S. F.: _____

ENTREGA DE

DOCUMENTOS: _____

DIAGNÓSTICO: _____

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DEL T. S.: _____

COORDINACIÓN: _____

MATERIAL SOLICITADO: ACTA DE NACIMIENTO () HOJA DE NACIMIENTO () CARTILLA DE VACUNACIÓN ()
FOTOGRAFÍAS NIÑO () PADRES () TUTOR () CARTA DE TRABAJO () SOLICITUD () EXAMEN MÉDICO ()
COPIA DE AFILIACIÓN IMSS () COMPROBANTE DE INGRESOS ()

Fecha de actualización: 26 de Abril de 2012 V.01 Código: DJ-AI-SG-RE-122