



# Ficha de Diagnóstico

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia  
Centros de Atención Infantil (CAI)

NOMBRE DEL NIÑO (A) \_\_\_\_\_  
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.: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES :

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 ( )