



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 ()



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

--

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 ()