CONTROL SOMATOMÉTRICO
DIRECCIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL

Nombre del Becario _____ Expediente _____ Peso al Nacer_____

MES	PESO	TALLA	PERIMETRO CEFALICO	PERCENTILES			OBSERVACIONES
				P - E	T - E	P - T	

Responsable del Área Médica

Enfermera Responsable

Enfermera Responsable

Fecha de actualización: 24 de Abril de 2012 V.01 Código: DJ-AI-SG-RE-95