

Cuide Su Salud

MANTENERSE SALUDABLE ~~_____~~ ÉXITO EN
TODO EL AÑO ~~_____~~ LA ESCUELA

Asegúrese que su hijo(a) se encuentra saludable y listo(a) para aprender con cuidado preventivo. Use esta tarjeta para llevar un registro de la información importante sobre el cuidado de la salud y mantener un expediente de los exámenes periódicos.

www.allinforhealth.org/getcare

EL NOMBRE de mi hijo(a):

.....

COBERTURA MÉDICA:

Plan de cobertura médica:

.....

No. de póliza:

.....

Teléfono:

.....



Asegúrate,
para el
bienestar de
tu familia

UN PROYECTO DE "THE CHILDREN'S PARTNERSHIP"



ALERGIAS:

.....

.....

.....



MEDICAMENTOS:

.....

.....

.....

Farmacia:

.....

Dirección:

.....

Teléfono:

.....



**Asegúrate, para el
bienestar de tu familia**

UN PROYECTO DE "THE CHILDREN'S PARTNERSHIP"

PARA MÁS INFORMACIÓN VISITE:

www.allinforhealth.org/getcare

© The Children's Partnership, febrero 2016



EL DOCTOR PRIMARIO de mi hijo(a):

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Visita para examen
anual de salud:

Fecha y hora:



EL DENTISTA de mi hijo(a):

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Visita para examen
dental semi-anual:

Fecha y hora:



OTRO:

Oculista, proveedor de servicios de salud mental, u otro especialista

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Visita para examen:

Fecha y hora:



OTRAS NOTAS:

.....

.....

.....

.....

.....