



documento de Salud Infantil

**Presente siempre este documento
cada vez que consulte a su pediatra o enfermera
o acuda a un centro sanitario.**

**Es confidencial y solo debe ser
presentado ante profesionales sanitarios.**

**CONSERVE ESTE DOCUMENTO
CONTIENE INFORMACIÓN ÚTIL
PARA TODA LA VIDA**

Elaborado por:

**Dirección General de Salud Pública
Departamento de Sanidad**



El nacimiento de vuestro bebé es un momento especial para vosotros. Comenzáis una etapa llena de ilusión en el cuidado de su salud, su crecimiento y su educación; apasionante tarea en la que contaréis con la colaboración del Gobierno de Aragón.

Este Documento de Salud Infantil os va a acompañar durante toda su infancia. En él los profesionales sanitarios van a recoger los datos más importantes referidos a su salud y desarrollo, vacunas administradas y otras observaciones de interés, por lo que será muy útil que lo conservéis siempre.

Departamento de Sanidad



Teléfonos de interés

Urgencias sanitarias	061
Urgencias toxicológicas	915620420
Centro de Salud	
Hospital de referencia	
Salud Pública de Huesca	974293200
Salud Pública de Teruel	978641157
Salud Pública de Zaragoza	976715000

Otros teléfonos

Datos del niño

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento **Día** **Mes** **Año**

Sexo **Varón** **Mujer**

Nº de tarjeta Sanitaria

Lugar de nacimiento

Domicilio N°

Localidad C.P.

Provincia

Teléfono Móvil

Datos de la familia o tutores

Padre o tutor

Madre o tutora

Cambios de domicilio

Condicionantes de salud

Alergias

Enfermedades de especial interés/enfermedades anteriores

Medicación continuada

Antecedentes familiares de interés

Otros

Embarazo

Control del embarazo ☐ sí ☐ no

Grupo sanguíneo de la madre: _____

Ecografías perinatales: _____

Hallazgos destacables en la gestación: _____

Medicación: _____

Parto

Centro Sanitario

Semanas de gestación _____

☐ Eutócico☐ Distócico☐ Vaginal☐ Cesárea☐ Cefálico☐ Nalgas☐ Fórceps☐ Ventosa

Nacimiento

Recién nacido

Peso al nacer **gr** Peso al alta **gr**Longitud **cm** Perímetro cefálico **cm**Test de Apgar **1^{er} min** **5° min** Grupo sanguíneo **Rh** Resumen del estado neonatal:

Cribado neonatal

PRUEBA	RESULTADO
Despistaje de hipoacusia	
Despistaje de enfermedades endocrino metabólicas	
Despistaje de cardiopatías congénitas críticas	

Alimentación

El alimento ideal durante los primeros meses de vida es la leche materna que aporta todos los nutrientes necesarios para el desarrollo del niño y además, le proporciona defensas contra muchas enfermedades infecciosas.

Duración de la lactancia materna exclusiva

Alimentación durante el primer año de vida

Indicar edad a la que se introduce cada alimento o suplemento

ALIMENTO	EDAD DE INTRODUCCIÓN
Lactancia artificial	
Cereales	
Pescado	
Huevos	
Suplementos	

Niño y Adolescente

Fecha	Edad	Peso (kg)	Talla (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Fontanela

control y seguimiento del

Niño y Adolescente

Fecha	Edad	Peso (kg)	Talla (cm)	Tensión arterial

control y seguimiento del **Niño y Adolescente**

Observaciones	Fecha y hora del próximo control	

Inmunizaciones sistemáticas

Escribir el **lote** y **laboratorio** del inmunógeno que se administra o pegar etiqueta

Inmunógeno	Dosis	Edad inmunización	Lote
VRS	Dosis única	En campaña	
HEPATITIS B	Solo GGRR	Al nacer	
HEXAVALENTE Hep B, Polio, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hib	Primera	2 meses	
NEUMOCOCO	Primera	2 meses	
MENINGOCOCO B	Primera	2 meses	
ROTAVIRUS	Primera	2 meses	
HEXAVALENTE Hep B, Polio, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hib	Segunda	4 meses	
NEUMOCOCO	Segunda	4 meses	
MENINGOCOCO B	Segunda	4 meses	
MENINGOCOCO ACWY	Primera	4 meses	
ROTAVIRUS	Segunda	4 meses	
NEUMOCOCO	Tercera	6 meses	
ROTAVIRUS	Tercera (Según vacuna utilizada)	6 meses	

Inmunizaciones 1

* O identificación del sanitario que administra el inmunógeno.

Laboratorio	Fecha inmunización	Centro de inmunización*

Inmunizaciones sistemáticas

Escribir el **lote** y **laboratorio** del inmunógeno que se administra o pegar etiqueta

Inmunógeno		Dosis	Edad inmunización	Lote
HEXAVALENTE Hep B, Polio, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hib		Tercera	11 meses	
NEUMOCOCO		Cuarta	11 meses	
MENINGOCOCO B		Tercera	12 meses	
MENINGOCOCO ACWY		Segunda	12 meses	
TRIPLE VÍRICA Sarampión, Rubeola, Parotiditis		Primera	12 meses	
VARICELA		Primera	15 meses	
TRIPLE VÍRICA	TETRAVÍRICA	Segunda	3 años	
VARICELA		Segunda	3 años	
DTPa Polio Difteria, Tétanos, Tosferina, Polio		Cuarta	6 años	
MENINGOCOCO ACWY		Tercera	12 años	
V. PAPILOMA HUMANO		Dosis única	12 años	
DIFTERIA TÉTANOS		Quinta	14 años	

Inmunizaciones 2

* O identificación del sanitario que administra el inmunógeno.

[illegible]

Inmunizaciones sistemáticas

Escribir el lote y laboratorio del inmunógeno que se administra o pegar etiqueta

Inmunógeno	Dosis	Edad inmunización	Lote

Inmunizaciones 3

* O identificación del sanitario que administra el inmunógeno.

Laboratorio	Fecha inmunización	Centro de inmunización*

Otras inmunizaciones

Escribir el lote y laboratorio del inmunógeno que se administra o pegar etiqueta

Inmunógeno	Dosis	Edad inmunización	Lote

Inmunizaciones 4

* O identificación del sanitario que administra el inmunógeno.

[illegible]

Otras pruebas / informaciones

Prueba	Fecha	Centro	Resultado-observaciones

Otras pruebas / informaciones

Prueba	Fecha	Centro	Resultado-observaciones

Más información en:

www.aragon.es/vacunas

- * En este documento se utiliza el masculino como genérico para facilitar la lectura; pero en todos los casos se refiere a niños y niñas.

