

Delegación:

## Formulario Para Plan Materno - Infantil

Nombre y Apellido del Afiliado: Nro. de beneficiario a cargo:  
 Numero de afiliado: Madre:  
 Fecha de Nacimiento: Padre:  
 Provincia: Mail de contacto:  
 Teléfono de contacto:

### Estudios y vacunas:

Detección de Fenilcetonuria: Detección de Enf. Fibroquística :  
 Detección de Hipotiroidismo: 1° Dosis de vacuna antituberculosa:  
 1ª Dosis de hepatitis B:

### Malformaciones: Si No (tachar lo que no corresponde)

Cardiacas: Neurológicas: Osteomuscular:  
 Digestivas: Urogenital: Otros:

### Antecedentes Obstétricos y Neonatales

Tipo de parto: (tachar lo que no corresponda) Natural Cesárea  
 Peso de nacimiento: Prematuro: Si No Semanas de Gestación:  
 Talla: APGAR 1/10:  
 Perímetro cefálico: Internación en neonatología: Si No Días de Internación:

### Datos de Medico Tratante

Nombre y Apellido:  
 Nº de matricula Nacional: Nº de matricula Provincial:  
 Teléfono de contacto:  
 Mail de contacto:  
 Lugar y fecha:

Firma y sello del medico: