



Ten esta lista a la mano para llevar el control de tus chequeos y citas con el médico así como las de tu familia.

| VISITA   | MIEMBRO FAM. | FECHA | LUGAR | HORA | NOTAS |
|--|--------------|-------|-------|------|-------|
| Examen Físico (incluye análisis de sangre)   | Papá         |       |       |      |       |
|  | Mamá         |       |       |      |       |
|  | Hijo/a 1     |       |       |      |       |
|  | Hijo/a 2     |       |       |      |       |
|  | Abuelo/a     |       |       |      |       |
|  | Otro         |       |       |      |       |
| Dentista   | Papá         |       |       |      |       |
|  | Mamá         |       |       |      |       |
|  | Hijo/a 1     |       |       |      |       |
|  | Hijo/a 2     |       |       |      |       |
|  | Abuelo/a     |       |       |      |       |
|  | Otro         |       |       |      |       |
| Mamograma (mujeres a partir de los 40)   | Mamá         |       |       |      |       |
|  | Abuela       |       |       |      |       |
|  | Otro         |       |       |      |       |
| Papanicolaou   | Mamá         |       |       |      |       |
|  | Abuela       |       |       |      |       |
|  | Otro         |       |       |      |       |
| Colonoscopia (hombres y mujeres a partir de los 50)  | Papá         |       |       |      |       |
|  | Mamá         |       |       |      |       |
|  | Abuelo/a     |       |       |      |       |
|  | Otro         |       |       |      |       |
| Chequeo de la Vista  | Papá         |       |       |      |       |
|  | Mamá         |       |       |      |       |
|  | Hijo/a 1     |       |       |      |       |
|  | Hijo/a 2     |       |       |      |       |
|  | Abuelo/a     |       |       |      |       |
|  | Otro         |       |       |      |       |
| Chequeo de la Próstata (hombres a partir de los 50 con historial familiar de cáncer de próstata) | Papá         |       |       |      |       |
|  | Abuelo       |       |       |      |       |
|  | Otro         |       |       |      |       |
|  | Otro         |       |       |      |       |



| VISITA  | MIEMBRO FAM. | FECHA | LUGAR | HORA | NOTAS                           |
|---|--------------|-------|-------|------|---------------------------------|
| Chequeo de vacunas  | Papá         |       |       |      | Traiga su tarjeta de vacunación |
|   | Mamá         |       |       |      | Traiga su tarjeta de vacunación |
|   | Hijo/a 1     |       |       |      | Traiga su tarjeta de vacunación |
|   | Hijo/a 2     |       |       |      | Traiga su tarjeta de vacunación |
|   | Abuelo/a     |       |       |      | Traiga su tarjeta de vacunación |
|   | Otro         |       |       |      | Traiga su tarjeta de vacunación |
| Densidad Ósea<br>(mujeres a partir de los 65, hombres 70) | Papá         |       |       |      |                                 |
|   | Mamá         |       |       |      |                                 |
|   | Abuelo       |       |       |      |                                 |
|   | Abuela       |       |       |      |                                 |
|   | Otro         |       |       |      |                                 |

