

CITAS DE WIC

N.º DE ID. DEL HOGAR _____

CÓDIGO DE LA CLÍNICA _____

FECHA	HORA	MOTIVO DE LA VISITA		
		Cert./ cert. interm.	Nutrición/ lactancia materna	Emisión del beneficio
ENE				
FEB				
MAR				
ABR				
MAY				
JUN				
JUL				
AGO				
SEP				
OCT				
NOV				
DIC				