Gobierno de México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

SINBA-SIS-29-P

PROGRAMA: SALUD DE LA INFANCIA
REGISTRO DE CAPACITACIÓN DE MADRES,PADRES Y/O CUIDADOR

FECHA: ___ (DÍA) ___ (MES) ___ (AÑO)

NOMBRE DE LA UNIDAD:

CLUES:

TEMA DE LA CAPACITACIÓN: EDA´S ☐ IRA´S ☐ PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN ☐ ESTIMULACIÓN TEMPRANA ☐ OBESIDAD Y SOBREPESO ☐ CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO ☐ LACTANCIA MATERNA ☐

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA CAPACITADA	DOMICILIO (Calle, Número, Localidad)	NOMBRE Y APELLIDOS DEL MENOR DE 5 AÑOS	TIPO DE ASISTENTE		ACREDITÓ (SI o No)
			INICIAL	REFUERZO	

SIS-2025

2025 Año de La Mujer Indígena