

Mi Tarjeta para la Cartera Luego del Nacimiento

Mi Nombre:

Di a luz el (fecha):

Di a luz en el siguiente hospital:

Mi fecha de revisión luego de dar a luz:

Mi proveedor obstétrico:

Teléfono de mi proveedor obstétrico:

**Vea el Reverso para
Información Adicional**



**¡Tome una foto con su
teléfono y guárdela en
caso de emergencia!**



Mi Información de Salud Luego de Dar a Luz

Tuve las siguientes complicaciones:

Mis medicamentos posparto:

Mi plan de seguimiento posparto:
