

El diario de mi bebé



eocco

Estamos felices de poder ayudarle a cuidar de su recién nacido. Este diario le ayudará a dar seguimiento al progreso de su bebé día a día.



eooco

EASTERN OREGON
COORDINATED CARE
ORGANIZATION

Este diario pertenece a:



(ponga aquí la foto de su bebé)

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	
	I/D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:

Fecha: _____

Despertó a las: _____ AM / PM



Alimentaciones

Hora	Pecho	Biberón
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	
	I / D	



Siestas

De las hh:mm A las hh:mm



Cambio de Pañal

Hora Mojado Sucio

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Tiempo boca abajo

De las hh:mm A las hh:mm



Notas:



¿Tiene preguntas?

Servicio de atención al cliente: 888-788-9821.
(usuarios de TTY, marcar al 711).

Nuestro horario de oficinas es de lunes a viernes
de 7:30 a.m. to 5:30 p.m., hora del Pacífico.

Correo electrónico: EOCCOMedical@eocco.com

También nos puede visitar en línea en www.eocco.com.

Usted puede obtener es documento en otro idioma, impreso en letra grande o en otro formato que sea el mejor para usted. Llame al 888-788-9821, TTY 711.

Eastern Oregon Coordinated Care Organization debe seguir las leyes de derechos civiles estatales y federales. No podemos tratar de forma injusta a ninguna persona en ninguno de nuestros servicios y programas basados en edad, color, discapacidad, identidad de género, estado marital, origen nacional, raza, religión, sexo u orientación sexual. ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda en su idioma sin costo alguno para usted. Llame al 888-788-9821 (TTY: 711).

