

# FORMULARIOS DE REGISTRO Y TARJETA PARA LA MADRE

Curso Clínico



# TARJETA PARA LA MADRE



**Clínica u Hospital**

## CUÁNDO VOLVER DE INMEDIATO A LA INSTITUCIÓN DE SALUD

TRAIGA AL NIÑO ENFERMO



Si no puede beber



Si empeora



Si desarrolla fiebre

TRAIGA AL NIÑO CON DIARREA



Si aparece sangre en las heces



Si tiene dificultad para beber

TRAIGA AL NIÑO CON TOS



Si tiene dificultad para respirar

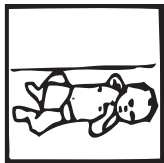


Si tiene respiración rápida

TRAIGA AL NIÑO MENOR DE DOS MESES



Si no toma el pecho



Cualquiera de los signos anteriores

## DAR LÍQUIDOS A TODOS LOS NIÑOS ENFERMOS

- A todos los niños enfermos se les debe dar leche materna con más frecuencia y líquidos abundantes como sopas, coladas, jugos, compotas de frutas, yogurt, leche o agua limpia.
- SI EL NIÑO TIENE DIARREA, LOS LÍQUIDOS LE PUEDEN SALVAR LA VIDA:
  - Administre Suero de Rehidratación Oral después de cada deposición y todo lo que el niño quiera recibir.
  - Dé leche materna con más frecuencia y durante más tiempo.
  - Dé líquidos a base de alimentos como sopas de papa con carne o pollo, plátano colí, agua de arroz, agua de coco, aguas de frutas naturales, coladas de cereal o yogurt.
  - Si el niño vomita espere 10 minutos y continúe dando los líquidos a cucharaditas más despacio.

## RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO ENFERMO

- Dé el pecho con más frecuencia de día y de noche. Continúe con la comida normal pero en pequeñas cantidades y más frecuentemente.
- Ofrezca alimentos suaves y sin grasa como puré de papa, plátano, verduras, arroz y compotas naturales de fruta.
- Ofrezca una comida extra hasta 2 semanas después de la mejoría de la enfermedad.
- Recuerde que el apetito mejorará a medida que el niño se recupera. Insístale con dedicación y cariño para que coma; recuerde que la enfermedad hace que el niño pierda el apetito.

**Nunca deje a un niño solo ni cuidado de otros niños.**

**La gran mayoría de los accidentes ocurren en un segundo y este segundo hace parte del minuto que la madre pensó que lo podía dejar solo.**



Ministerio de Salud y Protección Social  
República de Colombia

de cero  
a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

SCP  
Sociedad Colombiana  
de Pediatría



Organización  
Panamericana  
de la Salud

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



aiapi

# ALIMENTACIÓN NORMAL DEL NIÑO

## Hasta los seis meses de edad



- Dar el pecho todas las veces que el niño quiera de día y de noche.
- No dar ningún otro alimento o líquido.

## Seis meses a ocho meses de edad



- Dar el pecho todas las veces que el niño quiera de día y de noche. Iniciar alimentos complementarios en papillas o puré, como:
  - Frutas: Papaya, banano, mango, guayaba, granadilla, manzana, pera
  - Verduras como ahuyama, espinacas, zanahoria.
  - Cereales: Arroz, harina de avena, maíz, soya.
  - Tubérculos: papa, yuca, ñame.
- Carne de res o pollo y una vez a la semana hígado y pajarilla. Yema de Huevo diaria.
- Dar los alimentos complementarios mencionados 3 veces al día. Si el niño no recibe leche materna debe darle leche por lo menos 4 veces al día.

## Nueve meses a once meses de edad



- Continuar administrando el pecho ANTES de los otros alimentos.
- Dar todos los días 3 porciones de los alimentos anteriores y además:
  - Otras hortalizas y verduras como acelgas, remolacha, etc.
  - harina de trigo o plátano fortificada con micronutrientes.
  - Carne de res, pollo, vísceras, pescado, fríjol o lenteja.
- Utilice aceite vegetal en la preparación.
- Además dar frutas, coladas, compotas, o galletas 2 veces al día entre las comidas. Si el niño no recibe leche materna debe darle mínimo 3 porciones de leche por día.

## Mayor de un año de edad



- Dar porciones adecuadas de los alimentos anteriores, aumentando la variedad y la consistencia.
- Debe recibir la misma alimentación que come la familia 3 comidas al día, incluyendo alimentos de todos los grupos anteriores.
- Además 2 veces al día dé entre las comidas 2 refrigerios nutritivos como compotas, coladas, galletas, productos lácteos, etc.
- Debe recibir también leche 3 porciones al día.
- La alimentación al pecho después de los otros alimentos.

## UN HIJO SANO Y FELIZ

- Dígale muchas veces al día cuanto lo ama.
- Acaríciela o acarícielo.
- Acepte que puede equivocarse y fallar.
- Aliéntela o alíentelo o a intentar las cosas de nuevo.
- Escúchelo sus razones y motivos son importantes.
- Dígale lo orgulloso que se siente de él.
- No existe ninguna razón para maltratarlo.
- Los golpes no educan sólo generan miedo.
- Si usted fue maltratado en la infancia, esto no justifica que usted lo repita con sus hijos.

**LO MÁS IMPORTANTE PARA SU HIJO ES TENER UNA FAMILIA QUE LO QUIERA Y TENGA TIEMPO PARA ÉL. CUÍDELO, CONSIÉNTALO, QUIÉRALO Y AYÚDELO A ESTAR SALUDABLE, VACÚNELO Y LLÉVELO A TODAS LAS CONSULTAS**

# AIEPI – ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

FECHA: DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA \_\_\_\_\_ URGENCIAS \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL \_\_\_\_\_ CONTROL \_\_\_\_\_  
 NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO (F) \_\_\_\_\_ (M) \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (Barrio o vereda) \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO/CELULAR \_\_\_\_\_

## MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:

¿Cómo fue el embarazo? Y ¿Cuánto duro? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_

PESO al nacer \_\_\_\_\_ gr. TALLA al nacer \_\_\_\_\_ cm. ¿Presentó algún problema neonatal? \_\_\_\_\_

Enfermedades previas y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEMPERATURA \_\_\_\_\_ °C FC \_\_\_\_\_ /min. FR \_\_\_\_\_ /min. TALLA \_\_\_\_\_ cm. PESO \_\_\_\_\_ Kg PC: \_\_\_\_\_ cm. IMC \_\_\_\_\_

### VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL

No puede beber o tomar del pecho \_\_\_\_\_ Letárgico o inconsciente \_\_\_\_\_

vomita todo \_\_\_\_\_ convulsiones \_\_\_\_\_ OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**ENFERMEDAD MUY GRAVE**

### ¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Desde hace \_\_\_\_\_ días Respiraciones por minuto \_\_\_\_\_ Respiración Rápida \_\_\_\_\_  
 Primer episodio de sibilancias: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Tiraje subcostal SaO<sub>2</sub> <92% (90% altura >2.500msnm) \_\_\_\_\_  
 Sibilancias recurrentes: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Tiraje supraclavicular \_\_\_\_\_  
 Cuadro gripal últimos 3 días: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Estridor Sibilancias \_\_\_\_\_  
 Antecedente prematuridad: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Apnea Incapacidad para hablar o beber \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: Somnoliento Confuso Agitado

**CRUP GRAVE  
 BRONQUIOLITIS GRAVE  
 SIBILANCIA (RECURRENTE) GRAVE  
 CRUP  
 BRONQUIOLITIS  
 SIBILANCIA (RECURRENTE)  
 NEUMONÍA GRAVE  
 NEUMONÍA  
 TOS O RESFRIADO**

### ¿TIENE DIARREA? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Desde hace \_\_\_\_\_ días Letárgico o comatoso \_\_\_\_\_  
 ¿Hay sangre en las heces? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Intranquilo o irritable \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene vómito? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Ojos Hundidos \_\_\_\_\_  
 # Vómitos en las últimas 4h. \_\_\_\_\_ Bebe mal o no puede beber \_\_\_\_\_  
 #Diarreas en las últimas 24 h. \_\_\_\_\_ Bebe ávidamente con sed \_\_\_\_\_  
 #Diarreas en las últimas 4 h. \_\_\_\_\_ Pliegue cutáneo: Inmediato \_\_\_\_\_ Lento \_\_\_\_\_ Muy Lento \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**DESHIDRATACIÓN GRAVE  
 ALGÚN GRADO DESHIDRATACIÓN  
 ALTO RIESGO DESHIDRATACIÓN  
 SIN DESHIDRATACIÓN  
 DIARREA PERSISTENTE GRAVE  
 DIARREA PERSISTENTE  
 DISENTERÍA**

### ¿TIENE FIEBRE? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Desde hace \_\_\_\_\_ días Rigidez de nuca Apariencia de enfermo grave \_\_\_\_\_  
 Si >5 días: Todos los días SI \_\_\_ NO \_\_\_ Manifestaciones de sangrado Aspecto tóxico \_\_\_\_\_  
 Fiebre >38°C SI \_\_\_ NO \_\_\_ Respuesta social: Normal Inadecuada Sin respuesta \_\_\_\_\_  
 Fiebre >39°C SI \_\_\_ NO \_\_\_ Piel: Pálida Moteada Cenicienta Azul \_\_\_\_\_  
**Vive o visitó en los últimos 15 días** Erupción cutánea generalizada Dolor abdominal \_\_\_\_\_  
 Zona Dengue (altura <2.200m) SI \_\_\_ Cefalea Mialgias Artralgias Dolor retroocular \_\_\_\_\_  
 Zona Malaria: Urbana \_\_\_ Rural \_\_\_ Postración P. torniquete (+) Lipotimia hepatomegalia Disminución diuresis: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Pulso rápido y fino Llenado capilar >2 seg. Ascitis \_\_\_\_\_  
 LABORATORIOS: CH leucocitos >15.000 <4.000 Neutrófilos >10.000 Plaquetas <100.000 \_\_\_\_\_  
 Parcial de Orina compatible con infección Gota gruesa positiva \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**ENF. FEBRIL DE RIESGO ALTO  
 ENF. FEBRIL RIESGO INTERMEDIO  
 ENF. FEBRIL DE RIESGO BAJO**

**MALARIA COMPLICADA  
 MALARIA**

**DENGUE GRAVE  
 DENGUE CON SIGNOS ALARMA  
 PROBABLE DENGUE**

### ¿TIENE PROBLEMA DE OÍDO? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Tiene dolor de oído?: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Tumefacción dolorosa detrás de la oreja \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene supuración?: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Hace \_\_\_\_\_ días Tímpano Rojo y Abombado \_\_\_\_\_  
 N° episodios previos: \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ meses Supuración de oído \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**MASTOIDITIS  
 OTITIS MEDIA CRÓNICA  
 OTITIS MEDIA RECURRENTE  
 OTITIS MEDIA AGUDA  
 NO TIENE OTITIS**

### ¿TIENE UN PROBLEMA DE GARGANTA? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Tiene dolor de garganta?: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Ganglios del cuello crecidos y dolorosos \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: Amígdalas eritematosas \_\_\_\_\_  
 Exudado blanquecino-amarillento en amígdalas \_\_\_\_\_

**FARINGOAMIGDALITIS  
 ESTREPTOCÓCICA  
 FARINGOAMIGDALITIS VIRAL  
 NO TIENE FARINGOAMIGDALITIS**

# AIEPI – ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

## EN SEGUIDA, VERIFICAR LA SALUD BUCAL

¿Tiene dolor al comer-masticar? SI\_\_\_ NO\_\_\_  
 ¿Tiene dolor en diente? SI\_\_\_ NO\_\_\_  
 ¿Trauma en cara o boca? SI\_\_\_ NO\_\_\_  
 ¿Tienen padres/hermanos caries? SI\_\_\_ NO\_\_\_  
 ¿Cuándo le limpia boca? Mañana SI\_\_\_ NO\_\_\_  
 Mediodía: SI\_\_\_ NO\_\_\_ Noche: SI\_\_\_ NO\_\_\_  
 ¿Cómo supervisa limpieza? Le limpia los  
 Dientes: SI\_\_\_ NO\_\_\_ Niño solo SI\_\_\_ NO\_\_\_  
 ¿Qué utiliza? Cepillo: SI\_\_\_ NO\_\_\_  
 Crema: SI\_\_\_ NO\_\_\_ Seda: SI\_\_\_ NO\_\_\_  
 ¿Utiliza chupo o biberón? SI\_\_\_ NO\_\_\_  
 ¿Cuándo fue la última consulta odontológica: \_\_\_\_\_

Inflamación dolorosa del labio No involucra surco  
 Enrojecimiento Inflamación encía Localizado  
 Generalizado  
 Deformación contorno de encía Exudado-pus  
 Vesículas Úlceras Placas: encía lengua paladar  
 Fractura Movilidad Desplazamiento  
 Extrusión Intrusión Avulsión  
 Herida: mucosa bucal encía lengua  
 Manchas blancas Cafés  
 Caries cavitacionales Placa bacteriana  
 OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

## VERIFICAR EL CRECIMIENTO:

Emaciación visible SI\_\_\_ NO\_\_\_ Peso/Edad: DE: \_\_\_\_\_  
 Edema en ambos pies SI\_\_\_ NO\_\_\_ (Solo en menores 2 años)  
 Apariencia: \_\_\_\_\_  
 IMC/Edad: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ Talla/ Edad: DE: \_\_\_\_\_  
 >2 Obesidad  
 >1 a ≤2 Sobrepeso  
 Tendencia Peso: Ascendente  
 Horizontal  
 Descendente  
 Peso/Talla: DE: \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

<-3 Desnutrición global severa  
 <-2 a ≥-3 Desnutrición global  
 <-1 a ≥-2 Riesgo de Desnutrición  
 ≤1 a ≥-1 Peso adecuado para edad  
 <-2 Desnutrición crónica o  
 Retraso crecimiento  
 ≥-2 a <-1 Riesgo DNT con bajo P/T  
 ≥-1 Talla adecuada /edad  
 <-3 Desnutrición Aguda Severa  
 ≥-3a <-2 DNT Aguda-Peso bajo/Talla  
 ≥-2 a <-1 Riesgo DNT con bajo P/T  
 ≥-1 a ≤1 Peso adecuado para Talla  
 >1 a ≤2 Sobrepeso  
 >2 Obesidad

## VERIFICAR SI TIENE ANEMIA

Ha recibido hierro en los últimos 6 meses: Palidez palmar: Intensa Leve  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Palidez conjuntival: Intensa  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

## EN SEGUIDA, VERIFICAR SI TIENE MALTRATO

¿Cómo se produjeron las lesiones? \_\_\_\_\_  
 Lesiones en cráneo: Fracturas - Hematomas  
 Hemorragias retinianas  
 ¿El niño relata maltrato? SI\_\_\_ NO\_\_\_  
 ¿Cuál? Físico\_\_\_ Sexual\_\_\_ Negligencia\_\_\_  
 Quemaduras: Áreas cubiertas por ropa  
 Patrón simétrico, límite bien demarcado  
 ¿Testigo relata maltrato? SI\_\_\_ NO\_\_\_ Denota el objeto con que fue quemado  
 ¿Cuál? Físico\_\_\_ Sexual\_\_\_ Negligencia\_\_\_ En espalda, dorso manos o nalgas  
 ¿Quién? \_\_\_\_\_  
 Equimosis - Hematomas - Laceraciones -  
 Mordiscos - Cicatrices lejos de la prominencia oseó  
 ¿Hay incongruencia para explicar un Trauma significativo? SI\_\_\_ NO\_\_\_ Con patrón del objeto agresor - Diferente evolución  
 ¿Existe incongruencia entre lesion - edad En niños que no deambulan - Sugestivas de maltrato  
 - desarrollo del niño? SI\_\_\_ NO\_\_\_ Fracturas: Costillas - Huesos largos - Espirales  
 ¿Hay diferentes versiones? SI\_\_\_ NO\_\_\_ Oblicuas - Metafisarias - Esternon  
 ¿Es tardía la consulta? SI\_\_\_ NO\_\_\_ Escápula - Menor de 5 años  
 ¿Con qué frecuencia se ve obligado a Trauma visceral Trauma grave  
 Pegarle a su hijo? \_\_\_\_\_ Lesión física sugestiva \_\_\_\_\_  
 ¿Qué tan desobediente es su hijo que se Sangrado vaginal o anal traumático  
 ve obligado a pegarle? \_\_\_\_\_ Trauma genital: Laceración aguda o equimosis himen  
 Comportamiento anormal de los padres: Laceración perianal desde esfínter  
 Desespero - impaciencia - intolerancia Ausencia himen Himen cicatrizado  
 Agresividad en la consulta Cicatriz navicular Ano dilatado  
 ¿Está descuidado el niño es su salud? SI\_\_\_ NO\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_ Hallazgo semen Flujo genital  
 ¿Está descuidado el niño en su higiene? SI\_\_\_ NO\_\_\_ Protección - Alimentación - Niño de calle Cuerpo extraño en vagina o ano  
 Protección - Alimentación - Niño de calle Vesículas o verrugas en genitales  
 Factor de riesgo: Discapacitado Juego con contenido sexual - boca en genitales  
 Hiperactivo, \_\_\_\_\_ VIH - Gonorrea - Sífilis - Trichomona vaginalis >1a  
 ¿Actitud anormal del niño? SI\_\_\_ NO\_\_\_ Chlamydia Trachomatis >3 a. - Condilomatosis  
 Temeroso - Retraído - Rechazo adulto - Deprimido - Evita contacto visual - Trastorno sueño -  
 Trastorno alimentario - Problemas psicossomáticos - Conductas regresivas - Desarrollo estancado  
 Violencia intrafamiliar - Familia caótica - Cuidadores adictos  
 OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

**CELULITIS FACIAL**  
**ENFERMEDAD BUCAL GRAVE**  
**TRAUMA BUCODENTAL**  
**ESTOMATITIS**  
**ENFERMEDAD DENTAL Y GINGIVAL**  
**ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL**  
**BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL**

**OBESO**  
**SOBREPESO**  
**DESNUTRICIÓN SEVERA**  
**DESNUTRICIÓN**  
**RIESGO DESNUTRICIÓN**  
**ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL**

**ANEMIA SEVERA**  
**ANEMIA**  
**NO TIENE ANEMIA**

**MALTRATO FÍSICO MUY GRAVE**  
**ABUSO SEXUAL**  
**MALTRATO FÍSICO**  
**SOSPECHA ABUSO SEXUAL**  
**MALTRATO EMOCIONAL, NEGLIGENCIA O ABANDONO**  
**NO HAY SOSPECHA MALTRATO**

# AIEPI – ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

## EN SEGUIDA, EVALUAR EL DESARROLLO

Tiene algún antecedente importante

Para el desarrollo: \_\_\_\_\_

Realiza 1 2 3 4 condiciones para la edad

Ausencia de 1 2 3 4 condiciones para la edad

Ausencia de 1 2 3 4 condiciones del grupo anterior

Tiene algún factor de riesgo: \_\_\_\_\_

Perímetro cefálico: \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ DE <-2DE >+2DE

Alteraciones fenotípicas: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

## VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN (Marque con una X las dosis ya aplicadas)

BCG 1 Hepatitis B: RN 1 2 3

DPT: 1 2 3 R1 R2

VOP 1 2 3 R1 R2

Haemophilus influenza tipo b: 1 2 3 R1 R2

Rotavirus: 1 2

Streptococo Neumoniae: 1 2 3

Influenza: Última dosis: \_\_\_\_\_

SRP: 1 2 Fiebre Amarilla: Edad \_\_\_\_\_

Otras vacunas:

## COMPLETAR EXAMEN FÍSICO:

## EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DE TODOS LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS y los clasificados como ANEMIA y/o CUALQUIERA DE LAS ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO

¿Recibe leche materna? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces en 24 horas? \_\_\_\_\_ ¿Recibe pecho en la noche? \_\_\_\_\_

¿Se extrae la leche? \_\_\_\_\_ ¿Cómo la guarda y administra? \_\_\_\_\_

¿El menor de 6 meses recibe otra leche o alimentos? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ ¿Con qué? \_\_\_\_\_ ¿Quién le da de comer? \_\_\_\_\_

### El niño mayor de 6 meses recibe:

¿Cuántas comidas y meriendas recibió el día de ayer? \_\_\_\_\_

¿De qué tamaño son las porciones que recibió ayer? \_\_\_\_\_

¿Cuántas comidas de consistencia espesa recibió el día de ayer? \_\_\_\_\_

¿Comió alimentos de origen animal ayer? Carne / Pescado / menudencias / aves / huevo

¿Consumió ayer productos lácteos? \_\_\_\_\_

¿Comió legumbres o semillas ayer? \_\_\_\_\_

¿Comió vegetales o frutas de color rojo o anaranjado Y hojas de color verde oscuro ayer? \_\_\_\_\_

¿Agrego una pequeña cantidad de aceite a la comida del niño ayer? \_\_\_\_\_

¿Quién le dio la comida ayer al niño? \_\_\_\_\_

¿El niño come de su propio plato o come de la olla o plato familiar? \_\_\_\_\_

¿El niño recibe alguna suplementación de vitaminas y minerales? \_\_\_\_\_

SI ESTA ENFERMO: ¿Qué ha comido durante la enfermedad? \_\_\_\_\_

SI ES OBESO: ¿Son los padres o hermanos obesos? \_\_\_\_\_

¿El niño hace ejercicio? \_\_\_\_\_

¿Está asistiendo a un programa nutricional? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

PROBABLE RETRASO  
DESARROLLO  
RIESGO PROBLEMA  
DESARROLLO  
DESARROLLO NORMAL CON  
FACTOR DE RIESGO  
DESARROLLO NORMAL

Vacunas pendientes:

Próximas vacunas:

A los \_\_\_\_\_ (meses-años)

OTRO PROBLEMA DETECTADO  
DIAGNÓSTICO:

PROBLEMA DETECTADO:

RECOMENDACIONES:



# ATENCIÓN INTEGRADA DE LA EMBARAZADA Y EL RECIÉN NACIDO

FECHA: DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____ HORA: _____	Nº HISTORIA CLÍNICA: _____
INSTITUCIÓN _____	madre: documento de identidad: TI: _____ CC: _____
MUNICIPIO: _____	#: _____
NOMBRE DE LA MADRE: _____	CONSULTA EXTERNA _____ URGENCIAS _____
MOTIVO DE CONSULTA / Enfermedad Actual /revisión por sistemas: _____	CONSULTA INICIAL: _____ CONTROL: _____
_____	TELÉFONO: _____
_____	DIRECCIÓN: _____
_____	MUNICIPIO: _____
<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:</b>	EDAD: _____ años. PESO: _____ Kg. TALLA: _____ Mt
GESTACIONES : _____ PARTOS: _____ CESÁREAS: _____ ABORTOS: _____	IMC: _____ TA: _____/_____
ESPONTÁNEO: _____ PROVOCADO: _____ HIJO NACIDO MUERTO/EN 1º SEMANA: _____	FC: _____/min. FR: _____/min. : _____ °C
HIJOS PREMATUROS _____ HIJOS < 2500 gr _____ HIJOS >4000 gr _____	HEMOCLASIFICACIÓN: _____ Coombs _____
HIJOS MALFORMADOS _____	FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: _____/_____/_____
HIPERTENSIÓN/PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA en el último embarazo: NO _____ SI _____	FECHA PROBABLE DE PARTO: _____/_____/_____
FECHA ÚLTIMO PARTO _____ CIRUGÍAS TRACTO REPRODUCTIVO: NO _____ SI _____	EDAD GESTACIONAL: _____
OTRO ANTECEDENTE : _____	

## VERIFICAR EL RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL:

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Ha tenido control prenatal? SI _____ NO _____ # _____</li> <li>▪ ¿Percibe movimientos fetales? SI _____ NO _____</li> <li>▪ ¿Ha tenido fiebre recientemente? SI _____ NO _____</li> <li>▪ ¿Le ha salido líquido por la vagina? SI _____ NO _____</li> <li>▪ ¿Ha tenido flujo vaginal? SI _____ NO _____</li> <li>▪ ¿Padece alguna enfermedad? SI _____ NO _____</li> <li>▪ ¿Cuál? _____</li> <li>▪ ¿Recibe algún medicamento? SI _____ NO _____</li> <li>▪ ¿Cuál? _____</li> <li>▪ ¿Cigarrillo? SI _____ NO _____</li> <li>▪ ¿Bebidas alcohólicas? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____</li> <li>▪ ¿Consumo drogas? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____</li> <li>▪ ¿Ha sufrido violencia o maltrato? SI _____ NO _____ Explique: _____</li> <li>▪ ¿Inmunización toxoide tetánico? SI _____ #dosis: _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altura uterina: _____ cm</li> <li>▪ No correlación con edad gestacional</li> <li>▪ Embarazo múltiple</li> <li>▪ Presentación anómala: Podálico Transverso</li> <li>▪ Palidez palmar: Intensa Leve</li> <li>▪ Edema: Cara Manos Pies</li> <li>▪ Convulsiones Visión borrosa</li> <li>▪ Pérdida conciencia Cefalea intensa</li> <li>▪ Signos enfermedad transmisión sexual</li> <li>▪ Cavidad bucal: Sangrado Inflamación Caries Halitosis</li> <li>▪ Hto: _____ Hb: _____ Toxoplasma: _____</li> <li>▪ VDRL 1: _____ VDRL 2: _____</li> <li>▪ VIH 1: _____ VIH 2: _____</li> <li>▪ HEPATITIS B: _____ Otro: _____</li> <li>▪ Ecografía _____</li> </ul>	<p><b>GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE</b></p> <p><b>GESTACIÓN DE ALTO RIESGO</b></p> <p><b>GESTACIÓN DE BAJO RIESGO</b></p>
OBSERVACIONES: _____		

## VERIFICAR EL RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL:

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Ha tenido contracciones? SI _____ NO _____</li> <li>▪ ¿Ha tenido hemorragia vaginal? SI _____ NO _____</li> <li>▪ ¿Le ha salido líquido por la vagina? SI _____ NO _____</li> <li>▪ ¿De qué color? _____</li> <li>▪ ¿Ha tenido dolor de cabeza severo? SI _____ NO _____</li> <li>▪ ¿Ha tenido visión borrosa? SI _____ NO _____</li> <li>▪ ¿Ha tenido convulsiones? SI _____ NO _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contracciones en 10 minutos # _____</li> <li>▪ FC Fetal _____ x minuto</li> <li>▪ Dilatación cervical _____</li> <li>▪ Presentación: Cefálico Podálico Otra _____</li> <li>▪ Edema: Cara Manos Pies</li> <li>▪ Hemorragia vaginal</li> <li>▪ Hto: _____ Hb: _____ Hepatitis b _____</li> <li>▪ VDRL antes del parto: _____ VIH _____</li> </ul>	<p><b>PARTO CON RIESGO INMINENTE</b></p> <p><b>PARTO DE ALTO RIESGO</b></p> <p><b>PARTO DE BAJO RIESGO</b></p>
OBSERVACIONES _____		

## ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS

FECHA NACIMIENTO: DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____ HORA: _____	PRETÉRMINO
NOMBRE: _____ SEXO: FEMENINO _____ MASCULINO _____	ATÉRMINO
PESO: _____ Kg. TALLA: _____ cm PC: _____ cm FC: _____ T: _____ °C	POSTÉRMINO
EDAD GESTACIONAL: _____ Semanas. APGAR: 1 minuto: _____/10 5 minutos: _____/10	PEG - AEG - GEG
10 minutos: _____/10 20 MINUTOS: _____/10	BPN - MBPN - EBPN
OBSERVACIONES: _____	

## VERIFICAR LA NECESIDAD DE REANIMACIÓN

Prematuro	Meconio	No respiración o No llanto	Hipotónico	<b>REANIMACIÓN</b>
Apnea	Jadeo	Respiración dificultosa	Cianosis persistente	
Bradycardia	Hipoxemia			
REANIMACIÓN: Estimulación Ventilación con presión positiva Compresiones torácicas Intubación Medicamentos:				
<b>CUIDADOS RUTINARIOS</b>				

## VERIFICAR RIESGO NEONATAL: PRIMERA VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Ruptura prematura de membranas: SI _____ NO _____	Respiración: Normal Anormal	<b>ALTO RIESGO AL NACER</b>
Tiempo: _____ horas Líquido: _____	Llanto: Normal Anormal	
Fiebre materna: SI _____ NO _____ Tiempo _____	Vitalidad Normal Anormal	
Corioamnionitis FC: _____/min.	Taquicardia Bradicardia	
Infección intrauterina: TORCH / SIDA	Palidez Ictericia Plétora Cianosis	
Madre <20 años: _____ Historia de ingesta de:	Anomalías congénitas: SI _____ NO _____	
Alcohol _____ Cigarrillo _____ Drogas _____	¿Cuál? _____	<b>MEDIANO RIESGO AL NACER</b>
Antecedente de violencia o maltrato: SI _____ NO _____	Lesiones debidas al parto: _____	
OTRAS ALTERACIONES: _____		<b>BAJO RIESGO AL NACER</b>



# ATENCIÓN INTEGRADA AL LACTANTE MENOR DE DOS MESES

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA: DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 SEXO: FEM. \_\_\_\_\_ MASC. \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ días CONSULTA: EXT. \_\_\_\_\_ URG: \_\_\_\_\_ INICIAL \_\_\_\_\_ CONTROL \_\_\_\_\_  
 NOMBRE ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONOS: \_\_\_\_\_  
 MOTIVO DE CONSULTA y ENFERMEDAD ACTUAL: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTE DE EMBARAZO PARTO DE IMPORTANCIA: \_\_\_\_\_

PESO AL NACER: \_\_\_\_\_ gr. TALLA AL NACER: \_\_\_\_\_ cm EDAD GESTACIONAL: \_\_\_\_\_ Semanas. HEMOCLASIFICACIÓN: \_\_\_\_\_  
 PESO: actual \_\_\_\_\_ gr. TALLA: \_\_\_\_\_ cm PC: \_\_\_\_\_ cm FC: \_\_\_\_\_ /min FR: \_\_\_\_\_ /m in T°: \_\_\_\_\_ °C

## EVALUAR Y CLASIFICAR AL LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD

### VERIFICAR SI TIENE UNA ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL

- ¿Puede beber o tomar el pecho?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - ¿Ha tenido vómito? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - ¿Vomita todo? \_\_\_\_\_
  - ¿Tiene dificultad para respirar?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_
  - ¿Ha tenido fiebre? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - ¿Ha tenido hipotermia? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - ¿Ha tenido convulsiones? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - ¿Cuántos pañales ha orinado en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_
- Se mueve solo al estímulo -Letárgico -"Se ve o luce mal"  
 -Irritable -Palidez -Cianosis  
 -Ictericia precoz o importante por clínica o bilirrubinas  
 -FR  $\geq 60$  o  $< 30$  por min -FC  $> 180$  o  $< 100$  por minuto  
 -Apneas -Aleteo nasal -Quejido -Estridor  
 -Sibilancia -Tiraje subcostal grave -Supuración de oído  
 -Secreción purulenta conjuntival -Edema palpebral  
 -Pústulas o vesículas en piel: -Muchas o extensas  
 -Pocas y localizadas  
 -Secreción purulenta ombligo -Eritema periumbilical  
 -Placas blanquecinas en la boca  
 -Equimosis -Petequias -Hemorragia  
 -Distensión abdominal -Llenado capilar  $> 3$  seg.  
 -Fontanela abombada

### ¿TIENE EL NIÑO DIARREA?

- ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_ días
- ¿Hay sangre en las heces? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Estado general: Letárgico o comatoso  
 Intranquilo o irritable  
 Ojos hundidos  
 Pliegue cutáneo: Inmediato Lento

ENFERMEDAD GRAVE

INFECCIÓN LOCAL

NO TIENE ENFERMEDAD GRAVE NI INFECCIÓN LOCAL

DESHIDRATACIÓN NO DESHIDRATACIÓN D. PROLONGADA DIARREA CON SANGRE

### VERIFICAR EL CRECIMIENTO Y LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN:

- ¿Tiene alguna dificultad para alimentarse?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
  - ¿Ha dejado de comer? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_ días
  - ¿Se alimenta con leche materna? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - ¿La ofrece en forma exclusiva? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - ¿Cuántas veces en 24 horas? \_\_\_\_\_
  - ¿Recibe otra leche, otro alimento o bebida?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - ¿Cuáles y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
  - ¿Cómo prepara la otra leche? \_\_\_\_\_
  - ¿Qué utiliza para alimentarlo? \_\_\_\_\_
  - ¿Utiliza chupo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- \*PESO/EDAD \_\_\_\_\_ DE  
 \*PESO/TALLA \_\_\_\_\_ DE  
 \*Si es  $< 7$  días: Pérdida peso \_\_\_\_\_ %  
 \*Tendencia peso: Ascendente  
 Descendente Horizontal  
**\*EVALUAR EL AGARRE:**  
 Tiene la boca bien abierta  
 Toca el seno con el mentón  
 Labio inferior volteado hacia afuera  
 Se ve más areola por encima del labio  
**\*EVALUAR POSICIÓN:**  
 Cabeza y cuerpo del niño derechos  
 Dirección al pecho/nariz frente pezón  
 Hijo frente madre: barriga con barriga  
 Madre sostiene todo el cuerpo  
**\*EVALUAR SUCCIÓN:** lenta y profunda con pausas

PROBLEMA SEVERO DE ALIMENTACIÓN

PESO MUY BAJO

PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

PESO BAJO O RIESGO

ADECUADAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y PESO ADECUADO

### VERIFICAR SI EXISTE PROBLEMA EN EL DESARROLLO

- ¿Son parientes los padres? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - ¿Hay un familiar con problema mental o físico? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - ¿Quién cuida al niño? \_\_\_\_\_
  - ¿Cómo ve el desarrollo del niño? \_\_\_\_\_
  - Antecedente importante en embarazo, Parto o neonatal: \_\_\_\_\_
  - Alteración fenotípica \_\_\_\_\_
- PC: \_\_\_\_\_ cm PC/E: \_\_\_\_\_ DE  
 -El menor de 1 mes realiza:  
 \*Reflejo de Moro \*Reflejo Cócleo-palpebral  
 \*Reflejo de succión \*Brazos y piernas flexionadas  
 \*Manos cerradas  
 -De 1 a 2 meses de edad:  
 \*Vocaliza \*Movimiento de piernas alternado  
 \*Sonrisa social \*Sigue objetos en la línea media

PROBABLE RETRASO EN EL DESARROLLO

RIESGO DE PROBLEMA O CON FACTORES DE RIESGO

DESARROLLO NORMAL

