|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CENTRO DE ATENCIÓN  | CODIGO |  |  |  |  |  |
| 1. **DATOS DEL PACIENTE**
 | No DNI |  |  |  |  |  |  |
| **APELLIDOS NOMBRE** | **Fecha nacimiento**Dia mes año | **PROGRAMAS ESPECIALES**JUNTOS SI NOAT. IN. P.INF. SI NOSEG. ALIMENTARIA SI NO |
|  |  |  |  |  | **SEXO** |
| **Nacionalidad**Colombiano si No  |  **ETNIA** Mestizo negro Indígena raizal Otro |  Mf |
| SISBEN: 1 2 3 ESTRATO: |
| **domicilio** | Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comuna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Barrio\_\_\_\_\_\_\_Vereda\_\_\_\_\_\_\_ teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **ANTECEDENTES PERINATALES**
 | sin datos pasar a numeral 3 | **Parto institucional**: si no  |
| **PATOLOGIA EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO**no si fórcepscesárea podálicaParto vaginal normal | **EDAD GESTACIONAL AL NACER** SemanasMenor 37s Mayor 41s | **PESO AL NACER**< de 2500g >4000g | **TALLA cms.****PERIMETRO** **CEFALICO** Cms. | **APGAR****(minuto)**1O  5O Deprimido No si Reanimación No siTSH si no | **PATOLOGIA DEL RECIEN NACIDO**  **NINGUNA**  respiratoria HIVMalformaciones  infección congénita TORCHInfección adquiridaIctericiaProblemas neurológicosOtros Especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Egreso del RN sano con patología |
| **CONTROL PRENATAL SI NO** |
| 1. **ANTECEDENTES**
 | **sin datos pasar a numeral 4** |
| **PERSONALES** | **si** | **no** | **ANTECEDENTES FAMILIARES** |
|  | padre | madre | hermano |  | padre | madre | hermano |
| Medicamentos/drogas |  |  | cardiovasculares<55años |  |  |  | Alergias |  |  |  |
| Tabaco/alchol/tatuajes |  |  | diabtes |  |  |  | Adicciones/tabaquismo |  |  |  |
| infectocontagiosas\* |  |  | hta |  |  |  | infectocontagiosas |  |  |  |
| traumatismos |  |  | asma |  |  |  | Otras\*\* |  |  |  |
| Otras patologías\* |  |  | Trast. mentales |  |  |  | Especificar\*\* |
| Esp0ecificar\* | Malformaciones genéticas\*\* |  |  |  |
| 1. **MADURACIÓN Y DESARROLLO (COLOCAR edad meses)**
 | **sin datos pasar s numeral 5** |
| primeras palabras \_\_\_\_\_\_\_\_ sostuvo cabeza \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ se volteó \_\_\_\_\_\_\_\_\_ gateó \_\_\_\_\_\_\_\_primeros pasos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sonrisa social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ reconoce los padres \_\_\_\_\_\_\_ reconoce otras personas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ juegos otros niños \_\_\_\_\_\_\_Primeros trazos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dibujo figura humana \_\_\_\_\_\_\_ número de palabras actual \_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **4.1 Escolaridad** | Nnormal repetidor  | **desarrollo puberal y/o menarcal:**  | **Tanner** |
| **Observaciones:** |
| **4.2 asistencia control de crecimiento y desarrollo** |  **Si no Número de controles al año\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Observaciones:** |
| 1. **VACUNAS (COLOCAR FECHAS)**
 |
|  | **Dosis única/RN** | **2 meses** | **4 meses** | **6 meses** | **1 año** | **18 meses** | **5 años** |
| Hb |  |  |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |  |  |
| Pentavalente DPT,Hb,Hemophilus influenzae |  |  |  |  |  |  |  |
| Polio |  |  |  |  |  |  |  |
| Fiebre amarilla |  |  |  |  |  |  |  |
| Triple viral |  |  |  |  |  |  |  |
| DPT |  |  |  |  |  |  |  |
| TV Triple viral |  |  |  |  |  |  |  |
| **observaciones** |
| 1. **FAMILIA**
 |
| **INTEGRANTES DEL HOGAR HERMANOS**Madre padre hermanos abuelos tíos vivos muertosMadrastra padrastro otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ protección desescolariazados  |
| **PADRE: A**pellido Nombre:  edad: **TRABAJO si formal informal no ingresos****Da Apoyo en la crianza de los hijos si no**  | **escolaridad:**Primaria Completa si no Secundaria completa si noTecnológica completa si no estudios superiores si Educación no formal analfabetismo |
| **MADRE: A**pellido Nombre: edad: etnia:**TRABAJO si formal informal no ingresos****Recibe apoyo en la crianza si no****Se respeta el tiempo de lactancia si no**  | **escolaridad:**Primaria Completa si no Secundaria completa si noTecnológica completa si no estudios superiores si Educación no formal analfabetismo |
| 1. **VIVIENDA**
 |  |
| **Tipo de vivienda****Propia Piso****Alquilada material****inquilinato tierra****invasión****Paredes:** **material****esterilla****cartón/plástico** | **Agua**  red pública Agua pozo Nacimiento abastecimiento otra**Fuente energía** electricidad gas de pipa gas natural kerosene leña/carbón**alcantarillado**  baño inodoro letrina no tiene**Basuras**  recolección pública depósito abierto **Riesgos sociales**: desplazamiento reclutamiento pandillas delincuencia común abuso sexual migración trabajo infantil consumo de SPA otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **personas que duermen por habitación:** |
| 1. **FAMILIOGRAMA**
 |  |
| MUJER PAREJA ABORTO RELACION VARON HIJOS MUERTE ESTRECHA CONFLICTIVA SEPARACION OBSERVACIONES: |
| COMPETENCIAS PARENTALES PARA LA CRIANZA (Escala de Bayot) | calificación |
| Formas de castigo: |
| FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN ESCALA DE OLSON | Familia extrema rango medio balanceada |
| Conflictos relevantes |
| CONDUCTAS PROSOCIALES (Escala de Myers) | Riesgo alto riesgo medio riesgo bajo |
| **CONSULTA** | **Fecha: dia\_\_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año\_\_\_\_** |
| **MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:** |
| **EDAD** | **SIGNOS VITALES** | **PESO** | **TALLA** | **PERÍMETRO****CEFALICO** | **VACUNACIÓN/****EDAD** | **LACTANCIA****MATERNA** |
| Años Meses | **Frec. cardiaca**:**Frec. Respiratoria**:Aleteo nasal CianosisTirajes:Presión arterial: | <perc.10 >perc. 90Kilos Gramos: | < perc.3 Cms: | +- 2DE Cms: | Si no | **Sin lactancia**Leche de formula Leche de vaca sin pasteurizar Leche pasteurizada**Lactancia si** Exclusiva hasta 6m Pecho+ tete antes 6m Pecho +Alimento Complement. >6mEdad destete |
| **CRECIMIENTO Y DESARROLLO**Si no |
| **ALIMENTACIÓN:**  |
| **REVISIÓN POR SISTEMAS (SÍNTOMAS):** órganos de los sentidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sistema Respiratorios:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sistema gastrointestinal: Cólicos Vómito frecuente: Diarrea: estreñimiento: Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sistema genito-urinarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sistema urológico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_piel y faneras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sistema osteomuscular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **EXAMEN FISICO:** ASPECTOGENERAL  |
| normal **ORGANO O SISTEMA** anormal | OBSERVACIONES |
|  | cabeza y cuello bocaoídos, nariz, gargantaojostóraxAuscultación CardiacaAuscultación pulmonarAbdomenGenitalesExtremidadesPiel y fanerasReflejosTono muscularmarcha |  |  |
| **DIAGNOSTICOS** | TRATAMIENTOS | HALLAZGOS**( +)** |
|  |  | DesnutriciónAnemiaIRA ALTAIRA BAJAEDAObesidad   | MALTRATO Físico Psicológico Negligencia Abuso sexual Desescolarización Niño (a) trabajadoraOtro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  |  |
| RECOMENDACIONES DE PUERICULTURA |
| NOMBRE FIRMA Y CODIGO DE MEDICO TRATANTE |
| Fecha próxima consulta |  |  |  | Referencia no si nterconsulta hospitalización |