

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

PLAN DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

N° de Historia Clínica	<input type="text"/>	N° Afiliación SIS u otro Seguro :	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>
Nombres	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección /Referencia	<input type="text"/>		
Madre, Padre o adulto referente		Edad	<input type="text"/>
		DNI	<input type="text"/>

N°	FECHA	PROBLEMAS CRÓNICOS	OBSERVACIONES

N°	FECHA	PROBLEMAS AGUDOS	FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIONES

		GRUPOS DE EDAD					
N°	PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL	12 a 14 años			15 a 17 años		
		Fecha			Fecha		
		12	13	14	15	16	17
1	EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO FÍSICO Y ESTADO NUTRICIONAL						
2	EVALUACION DE LA AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA AUDITIVA						
3	EVALUACIÓN FÍSICO POSTURAL						
4	EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL Y DE HABILIDADES SOCIALES (CIA)						
5	IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN						
6	EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SEXUAL (TANNER)						
7	TAMIZAJE DE VIOLENCIA						
8	DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES						
9	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA						
10	INMUNIZACIONES						
11	CONSEJERA INTEGRAL						
12	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA MORBILIDAD						
13	ATENCION Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA						
14	SESIONES EDUCATIVAS						
15	VISITA FAMILIAR INTEGRAL						
16	SUPLEMENTACIÓN DE SULFATO FERROSO + ACIDO FÓLICO						
17	DESPARACITACIÓN						
18	RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

FECHA: día mes año HCL: _____

DATOS GENERALES

Apellidos	Nombres		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad: _____
Lugar de Nacimiento:		Procedencia:	DNI:	Rh
G° de Instrucción	Centro Educativo	Estado civil	Religión:	Ocupación:
Acompañante	G° de Parentesco del acompañante	Dirección (domicilio actual)		Teléfono

ANTECEDENTE PERSONALES

PERINATALES	Si <input type="checkbox"/>	no se <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
CRECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESARROLLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INMUNIZACIONES					
VACUNAS	DOSIS / FECHA				
	1°	2°	3°	4°	5°
DT					
SR					
HB					
FA					

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD Si ☐ No ☐ ESPECIFIQUE _____

	Si	no se	No
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOBA/ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSF. SANGUINEAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USO DE MEDICINAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO DE DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTERVEN. QUIRURGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCIDENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASTORNOS PSICOLÓGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HOSPITALIZACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTE FAMILIARES

	Si	no se	No
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBESIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIPERLIPIDEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFARTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASTORNO PSICOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MADRE ADOLESCENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALTRATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIVE CON	Si	No
MADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERMANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAREJAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REFERENTE ADULTO _____

GRADO DE INSTRUCCION DE PADRES O REFERENTES ADULTOS

	Padre	Madre	Otro
ANALFABETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTE PSICOSOCIALES

EDUCATIVOS	Si	No
ESTUDIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DE ACUERDO A LA EDAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NIVEL		
NO ESCOLARIZADO	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA <input type="checkbox"/>
SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR <input type="checkbox"/>
BAJO RENDIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESERCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REPITENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LABORALES	Si	No
TRABAJAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REMUNERADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIEMPO COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDAD INICIO TRABAJO	_____	
TIPO DE TRABAJO	_____	

VIDA SOCIAL	Si	No
ERES ACEPTADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERES IGNORADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIENES AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIENES PAREJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HACES DEPORTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORGANIZAC. JUVENILES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HABITOS	Si	No	Frecuencia
EJERCICIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
TABACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ALCOHOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
CONDUCE VEHIC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
TELEVISION (Horas/día)	_____		
VIDEO JUEGOS (Horas/día)	_____		
INTERNET(horas/día)	_____		

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

	Años	SI	NO	N°	SI	NO	Especificar
MENARQUIA / ESPERMARQUIA	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
EDAD INICIO RELACIÓN SEXUAL	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ABUSO SEXUAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
EMBARAZOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
HIJOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ABORTOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
USA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
SABE COMO PREVENIR UN EMBARAZO NO DESEADO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
SABE COMO PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

OBSERVACIONES

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE							
SEGUIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVO PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS							
		12 a 14 años			15 a 17 años		
		Fecha			Fecha		
		12	13	14	15	16	17
EVALUACION NUTRICIONAL	Dosaje de Hemoglobina						
	Administración de sulfato Ferroso mas ácido fólico						
	Perímetro Abdominal						
	Talla / Edad						
	Indice de Masa Corporal (IMC)						
	Consejería en alimentación saludable						
EVALUACION DEL DESARROLLO SEXUAL SEGÚN TANNER	Desarrollo de la mama						
	Desarrollo del pene						
	Desarrollo del vello pubiano						
EVALUACION POSTURAL	Columna						
	Rodilla						
	Pie						
EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA AUDITIVA	Agudeza visual OD						
	Agudeza visual OI						
	Agudeza auditiva OD						
	Agudeza auditiva OI						
DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	Determinación de Hematocrito						
	Dosaje de Colesterol						
	Dosaje de Glucosa						
	Examen de orina completo (determinación de proteína en orina)						
EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES	Previniendo la violencia						
	Comunicación						
	Control de ira						
	Autoestima						
	Toma de decisiones						
	Valores						
	Asertividad						
	Calificación total						
APELLIDOS Y NOMBRE:							

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE							
SEGUIMIENTO DE LA PROVISION DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES-SEGUIMIENTO DE RIESGOS							
		12 a 14 años			15 a 17 años		
		Fecha			Fecha		
		12	13	14	15	16	17
EVALUACIÓN DE COLERA IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN	Cólera						
	Irritabilidad						
	Agresión						
	Calificación total						
TAMIZAJE DE VIOLENCIA	Violencia familiar						
	Violencia sexual						
	Violencia política						
ESCOLARIDAD	Asistencia a la escuela/colegio						
	Rendimiento escolar						
	Deserción escolar						
HABITOS	Uso del tiempo libre						
	Sedentarismo						
	Uso de alcohol						
	Uso de tabaco						
	Uso de drogas						
	Pertenencia a Pandillas						
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Pareja / enamorado(a)						
	Relaciones sexuales						
	Conducta sexual de riesgo						
	Dos o más parejas						
	Sexo sin protección						
	RS con personas del mismo sexo						
	RS con personas del otro sexo						
	Uso de método anticonceptivo						
	Conocimiento para prevenir embarazo no deseado						
	Conocimiento para prevenir la transmisión de ITS-VIH/SIDA						
APELLIDOS Y NOMBRES:							

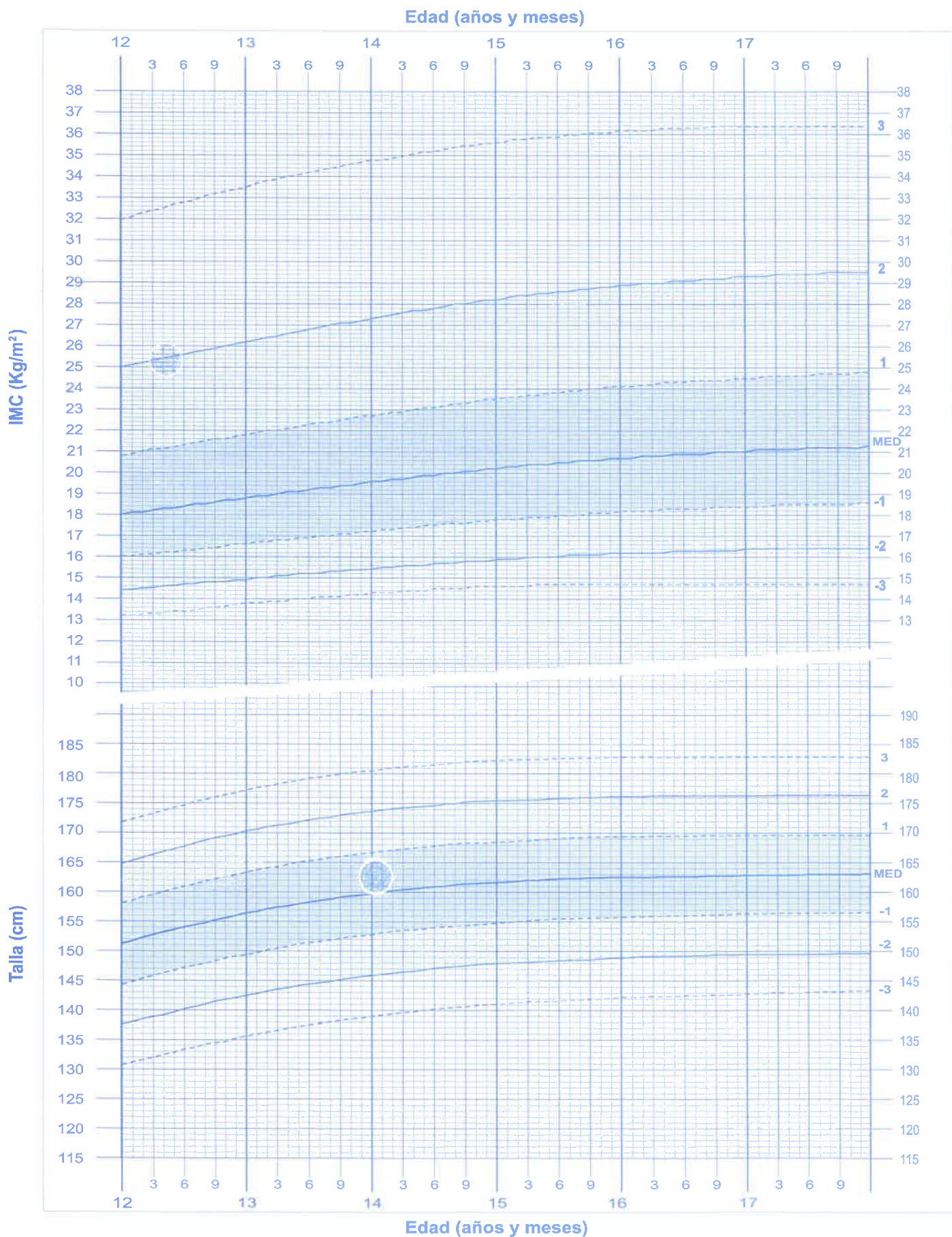
GRÁFICA DEL CRECIMIENTO CORPORAL OMS 2007

MUJERES (12 a < 18 años) ÍNDICE DE MASA CORPORAL / EDAD Y TALLA / EDAD
Mediana y desviación estándar



NOMBRE: _____

HC: _____



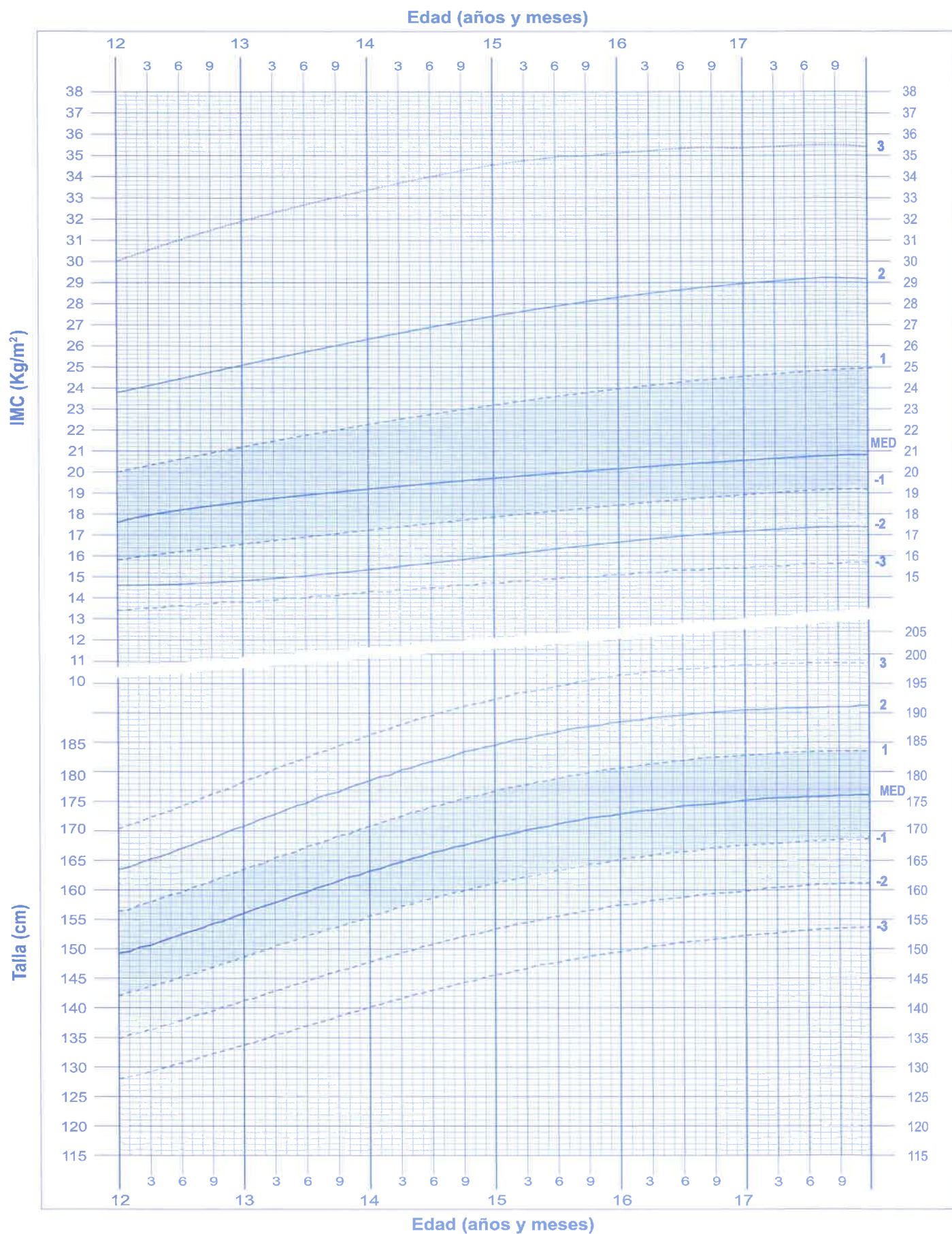
GRÁFICA DEL CRECIMIENTO CORPORAL OMS 2007

VARONES (12 a < 18 años) ÍNDICE DE MASA CORPORAL / EDAD Y TALLA / EDAD
Mediana y desviación estándar



NOMBRE: _____

HC: _____



FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

NOMBRE:				N° Historia Clínica:						
CONSULTA										
FECHA:		HORA:		EDAD:		Tiempo de enfermedad:				
Motivo de Consulta:										
Funciones biológicas:		Sed:	Sueño:	Orina:	Estado de ánimo:	Apetito:	Deposiciones:			
		Secreción o lesión en genitales:		Fiebre en últimos 15 días:		Tos por más de 15 días:				
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA F.U.R.: G: P: F.U.Parto: Tamizaje CaCU IVAA: PAP: USO DE MAC VIF POSITIVO		EXAMEN FÍSICO:								
		T°:	°C	PA:	/	mmHg.	FC:	x min.	FR:	x min.
		Peso:	kgr.	Talla:	m.	P. Abdominal:	cm.	IMC:		
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)										
				TRATAMIENTO:						
PLAN DE TRABAJO:				Ex. Auxiliares:						
				Referencia (lugar y motivo):						
Cita:				Interconsulta (MOTIVO)						
Atendido por:				Firma y Sello:						

CONSULTA										
FECHA:		HORA:		EDAD:		Tiempo de enfermedad:				
Motivo de Consulta:										
Funciones biológicas:		Sed:	Sueño:	Orina:	Estado de ánimo:	Apetito:	Deposiciones:			
		Secreción o lesión en genitales:		Fiebre en últimos 15 días:		Tos por más de 15 días:				
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA F.U.R.: G: P: F.U.Parto: Tamizaje CaCU IVAA: PAP: USO DE MAC VIF POSITIVO		EXAMEN FÍSICO:								
		T°:	°C	PA:	/	mmHg.	FC:	x min.	FR:	x min.
		Peso:	kgr.	Talla:	m.	P. Abdominal:	cm.	IMC:		
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)										
				TRATAMIENTO:						
				Ex. Auxiliares:						
Cita:				Referencia (lugar y motivo):						
Atendido por:				Interconsulta (MOTIVO)						
				Firma y Sello:						



GOBIERNO REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
CURSO DE VIDA ADOLESCENTE



FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

NOMBRE:						N° Historia Clínica:								
CONSULTA														
FECHA:			HORA:		EDAD:		Tiempo de enfermedad:							
Motivo de Consulta:														
Funciones biológicas:			Sed:		Sueño:		Orina:		Estado de ánimo:		Apetito:		Deposiciones:	
			Secreción o lesión en genitales:				Fiebre en últimos 15 días:				Tos por más de 15 días:			
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA			EXAMEN FÍSICO:											
F.U.R.:			T°: °C		PA: / mmHg.		FC: x min.		FR:		x min.			
G: P:			Peso: kgr.		Talla: m.		P. Abdominal: cm.				IMC:			
F.U.Parto:														
Tamizaje CaCU														
IVAA: PAP:														
USO DE MAC														
VIF POSITIVO														
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)						TRATAMIENTO:								
PLAN DE TRABAJO:						Ex. Auxiliares:								
						Referencia (lugar y motivo):								
Cita:						Interconsulta (MOTIVO)								
Atendido por:						Firma y Sello:								
CONSULTA														
FECHA:			HORA:		EDAD:		Tiempo de enfermedad:							
Motivo de Consulta:														
Funciones biológicas:			Sed:		Sueño:		Orina:		Estado de ánimo:		Apetito:		Deposiciones:	
			Secreción o lesión en genitales:				Fiebre en últimos 15 días:				Tos por más de 15 días:			
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA			EXAMEN FÍSICO:											
F.U.R.:			T°: °C		PA: / mmHg.		FC: x min.		FR:		x min.			
G: P:			Peso: kgr.		Talla: m.		P. Abdominal: cm.				IMC:			
F.U.Parto:														
Tamizaje CaCU														
IVAA: PAP:														
USO DE MAC														
VIF POSITIVO														
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)						TRATAMIENTO:								
						Ex. Auxiliares:								
Cita:						Referencia (lugar y motivo):								
Atendido por:						Interconsulta (MOTIVO)								
						Firma y Sello:								

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

NOMBRE:						N° Historia Clínica:						
CONSULTA												
FECHA:			HORA:			EDAD:			Tiempo de enfermedad:			
Motivo de Consulta:												
Funciones biológicas:			Sed:		Sueño:		Orina:		Estado de ánimo:		Deposiciones:	
			Secreción o lesión en genitales:			Fiebre en últimos 15 días:			Tos por más de 15 días:			
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA F.U.R.: G: P: F.U.Parto: Tamizaje CaCU IVAA: PAP: USO DE MAC VIF POSITIVO			EXAMEN FÍSICO:									
			T°: °C		PA: / mmHg.		FC: x min.		FR: x min.			
			Peso: kgr.		Talla: m.		P. Abdominal: cm.				IMC:	
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)												
						TRATAMIENTO:						
PLAN DE TRABAJO:						Ex. Auxiliares:						
						Referencia (lugar y motivo):						
Cita:						Interconsulta (MOTIVO)						
Atendido por:						Firma y Sello:						

CONSULTA												
FECHA:			HORA:			EDAD:			Tiempo de enfermedad:			
Motivo de Consulta:												
Funciones biológicas:			Sed:		Sueño:		Orina:		Estado de ánimo:		Deposiciones:	
			Secreción o lesión en genitales:			Fiebre en últimos 15 días:			Tos por más de 15 días:			
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA F.U.R.: G: P: F.U.Parto: Tamizaje CaCU IVAA: PAP: USO DE MAC VIF POSITIVO			EXAMEN FÍSICO:									
			T°: °C		PA: / mmHg.		FC: x min.		FR: x min.			
			Peso: kgr.		Talla: m.		P. Abdominal: cm.				IMC:	
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)												
						TRATAMIENTO:						
						Ex. Auxiliares:						
Cita:						Referencia (lugar y motivo):						
Atendido por:						Interconsulta (MOTIVO)						
						Firma y Sello:						

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

NOMBRE:						N° Historia Clínica:						
CONSULTA												
FECHA:			HORA:			EDAD:			Tiempo de enfermedad:			
Motivo de Consulta:												
Funciones biológicas:			Sed:		Sueño:		Orina:		Estado de ánimo:		Apetito:	
			Secreción o lesión en genitales:		Fiebre en últimos 15 días:				Tos por más de 15 días:			
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA F.U.R.: G: P: F.U.Parto: Tamizaje CaCU IVAA: PAP: USO DE MAC VIF POSITIVO			EXAMEN FÍSICO:									
			T°: °C		PA: / mmHg.		FC: x min.		FR:		x min.	
			Peso: kgr.		Talla: m.		P. Abdominal: cm.				IMC:	
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)						TRATAMIENTO:						
PLAN DE TRABAJO:						Ex. Auxiliares:						
						Referencia (lugar y motivo):						
Cita:						Interconsulta (MOTIVO)						
Atendido por:						Firma y Sello:						

CONSULTA												
FECHA:			HORA:			EDAD:			Tiempo de enfermedad:			
Motivo de Consulta:												
Funciones biológicas:			Sed:		Sueño:		Orina:		Estado de ánimo:		Apetito:	
			Secreción o lesión en genitales:		Fiebre en últimos 15 días:				Tos por más de 15 días:			
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA F.U.R.: G: P: F.U.Parto: Tamizaje CaCU IVAA: PAP: USO DE MAC VIF POSITIVO			EXAMEN FÍSICO:									
			T°: °C		PA: / mmHg.		FC: x min.		FR:		x min.	
			Peso: kgr.		Talla: m.		P. Abdominal: cm.				IMC:	
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)						TRATAMIENTO:						
						Ex. Auxiliares:						
Cita:						Referencia (lugar y motivo):						
Atendido por:						Interconsulta (MOTIVO)						
						Firma y Sello:						

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

NOMBRE:				N° Historia Clínica:					
CONSULTA									
FECHA:		HORA:		EDAD:		Tiempo de enfermedad:			
Motivo de Consulta:									
Funciones biológicas:		Sed:	Sueño:	Orina:	Estado de ánimo:		Apetito:		
		Secreción o lesión en genitales:		Fiebre en últimos 15 días:		Tos por más de 15 días:			
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA F.U.R.: G: P: F.U.Parto: Tamizaje CaCU IVAA: PAP: USO DE MAC VIF POSITIVO		EXAMEN FÍSICO:							
		T°: °C		PA: / mmHg.		FC: x min.		FR: x min.	
		Peso: kgr.		Talla: m.		P. Abdominal: cm.		IMC:	
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)									
				TRATAMIENTO:					
PLAN DE TRABAJO:									
				Ex. Auxiliares:					
				Referencia (lugar y motivo):					
Cita:				Interconsulta (MOTIVO)					
Atendido por:				Firma y Sello:					

CONSULTA									
FECHA:		HORA:		EDAD:		Tiempo de enfermedad:			
Motivo de Consulta:									
Funciones biológicas:		Sed:	Sueño:	Orina:	Estado de ánimo:		Apetito:		
		Secreción o lesión en genitales:		Fiebre en últimos 15 días:		Tos por más de 15 días:			
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA F.U.R.: G: P: F.U.Parto: Tamizaje CaCU IVAA: PAP: USO DE MAC VIF POSITIVO		EXAMEN FÍSICO:							
		T°: °C		PA: / mmHg.		FC: x min.		FR: x min.	
		Peso: kgr.		Talla: m.		P. Abdominal: cm.		IMC:	
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)									
				TRATAMIENTO:					
				Ex. Auxiliares:					
				Referencia (lugar y motivo):					
Cita:				Interconsulta (MOTIVO)					
Atendido por:				Firma y Sello:					

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

NOMBRE:						N° Historia Clínica:		
CONSULTA								
FECHA:		HORA:		EDAD:		Tiempo de enfermedad:		
Motivo de Consulta:								
Funciones biológicas:		Sed:	Sueño:	Orina:	Estado de ánimo:	Apetito:	Deposiciones:	
		Secreción o lesión en genitales:		Fiebre en últimos 15 días:		Tos por más de 15 días:		
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA F.U.R.: G: P: F.U.Parto: Tamizaje CaCU IVAA: PAP: USO DE MAC VIF POSITIVO		EXAMEN FÍSICO:						
		T°: °C		PA: / mmHg.		FC: x min.		FR: x min.
		Peso: kgr.		Talla: m.		P. Abdominal: cm.		IMC:
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)				TRATAMIENTO:				
PLAN DE TRABAJO:				Ex. Auxiliares:				
				Referencia (lugar y motivo):				
Cita:				Interconsulta (MOTIVO)				
Atendido por:				Firma y Sello:				

CONSULTA								
FECHA:		HORA:		EDAD:		Tiempo de enfermedad:		
Motivo de Consulta:								
Funciones biológicas:		Sed:	Sueño:	Orina:	Estado de ánimo:	Apetito:	Deposiciones:	
		Secreción o lesión en genitales:		Fiebre en últimos 15 días:		Tos por más de 15 días:		
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA F.U.R.: G: P: F.U.Parto: Tamizaje CaCU IVAA: PAP: USO DE MAC VIF POSITIVO		EXAMEN FÍSICO:						
		T°: °C		PA: / mmHg.		FC: x min.		FR: x min.
		Peso: kgr.		Talla: m.		P. Abdominal: cm.		IMC:
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)				TRATAMIENTO:				
				Ex. Auxiliares:				
Cita:				Referencia (lugar y motivo):				
Atendido por:				Interconsulta (MOTIVO)				
				Firma y Sello:				

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

NOMBRE:						N° Historia Clínica:						
CONSULTA												
FECHA:			HORA:			EDAD:			Tiempo de enfermedad:			
Motivo de Consulta:												
Funciones biológicas:			Sed:		Sueño:		Orina:		Estado de ánimo:		Deposiciones:	
			Secreción o lesión en genitales:			Fiebre en últimos 15 días:			Tos por más de 15 días:			
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA F.U.R.: G: P: F.U.Parto: Tamizaje CaCU IVAA: PAP: USO DE MAC VIF POSITIVO			EXAMEN FÍSICO:									
			T°: °C		PA: / mmHg.		FC: x min.		FR: x min.			
			Peso: kgr.		Talla: m.		P. Abdominal: cm.		IMC:			
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)												
						TRATAMIENTO:						
PLAN DE TRABAJO:												
						Ex. Auxiliares:						
						Referencia (lugar y motivo):						
Cita:						Interconsulta (MOTIVO)						
Atendido por:						Firma y Sello:						

CONSULTA												
FECHA:			HORA:			EDAD:			Tiempo de enfermedad:			
Motivo de Consulta:												
Funciones biológicas:			Sed:		Sueño:		Orina:		Estado de ánimo:		Deposiciones:	
			Secreción o lesión en genitales:			Fiebre en últimos 15 días:			Tos por más de 15 días:			
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA F.U.R.: G: P: F.U.Parto: Tamizaje CaCU IVAA: PAP: USO DE MAC VIF POSITIVO			EXAMEN FÍSICO:									
			T°: °C		PA: / mmHg.		FC: x min.		FR: x min.			
			Peso: kgr.		Talla: m.		P. Abdominal: cm.		IMC:			
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)												
						TRATAMIENTO:						
						Ex. Auxiliares:						
						Referencia (lugar y motivo):						
Cita:						Interconsulta (MOTIVO)						
Atendido por:						Firma y Sello:						

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

NOMBRE:						N° Historia Clínica:						
CONSULTA												
FECHA:			HORA:			EDAD:			Tiempo de enfermedad:			
Motivo de Consulta:												
Funciones biológicas:			Sed:		Sueño:		Orina:		Estado de ánimo:		Apetito:	
			Secreción o lesión en genitales:		Fiebre en últimos 15 días:				Tos por más de 15 días:			
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA F.U.R.: G: P: F.U.Parto: Tamizaje CaCU IVAA: PAP: USO DE MAC VIF POSITIVO			EXAMEN FÍSICO:									
			T°: °C		PA: / mmHg.		FC: x min.		FR: x min.			
			Peso: kgr.		Talla: m.		P. Abdominal: cm.				IMC:	
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)						TRATAMIENTO:						
PLAN DE TRABAJO:						Ex. Auxiliares:						
						Referencia (lugar y motivo):						
Cita:						Interconsulta (MOTIVO)						
Atendido por:						Firma y Sello:						

CONSULTA												
FECHA:			HORA:			EDAD:			Tiempo de enfermedad:			
Motivo de Consulta:												
Funciones biológicas:			Sed:		Sueño:		Orina:		Estado de ánimo:		Apetito:	
			Secreción o lesión en genitales:		Fiebre en últimos 15 días:				Tos por más de 15 días:			
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA F.U.R.: G: P: F.U.Parto: Tamizaje CaCU IVAA: PAP: USO DE MAC VIF POSITIVO			EXAMEN FÍSICO:									
			T°: °C		PA: / mmHg.		FC: x min.		FR: x min.			
			Peso: kgr.		Talla: m.		P. Abdominal: cm.				IMC:	
DIAGNÓSTICO: (CIE 10)						TRATAMIENTO:						
						Ex. Auxiliares:						
Cita:						Referencia (lugar y motivo):						
Atendido por:						Interconsulta (MOTIVO)						
						Firma y Sello:						

FICHA DE EVALUACIÓN ODONTO-ESTOMATOLÓGICA

NOMBRES Y APELLIDOS:				Gestante:	SI	NO	H. CL:
D.N.I.:				Edad Paciente:			Fecha:
Ocupación:				Tipo de Seguro:			Edad Gestacional:
DIRECCIÓN:				Celular:			F.P.P:
Peso:	Talla:	P.A:	Apoderado:	Menor de Edad:			SIS Otro:
				SI NO			
ANTECEDENTES FAMILIARES Y/O PERSONALES:				Celular:			

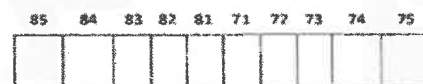
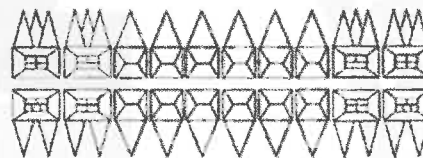
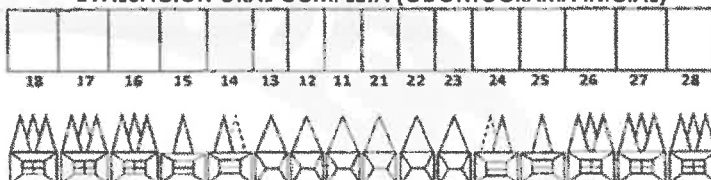
INTRAORAL

Labios:	Normal	Alterada
Carrillos:	Normal	Alterada
Paladar:	Normal	Alterada
Encía:	Normal	Alterada
Lengua:	Normal	Alterada
Piso de Boca:	Normal	Alterada
Oclusión:	Normal	Alterada

EXTRAORAL

A.T.M:	Normal	Alterada
Ganglios:	Normal	Alterada
Piel:	Normal	Alterada
Músculos:	Normal	Alterada
Línea Media:	Normal	Alterada

EVALUACIÓN ORAL COMPLETA (ODONTOGRAMA INICIAL)



Especificaciones:

Observaciones:

INDICE CPD / ceod:

Índice de Prevalencia de Caries Dental

Dent. Decidua (20): ceo-d	C:	e:	O:	Total:	d:
Dent. Permanente (28): CPO-D	C:	p:	O:	Total:	D:
CPD ó ceod Promedio	Bajo	Medio	Moderado		
Total Evaluados	1.2 a 2.6	2.7 a 4.4	4.5 a 4.6		

*C: Cariado / e: extraído / p: perdido / o: obturado

RIESGO DE CARIES

Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 v/día
Estado de higiene (IHO-s)	Buena 0 a 1.2	Regular 1.3 a 3	Mala 3.1 a 6
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-s) **



SUMA 6 PIEZAS/6

INDICE DE PB Y PC

IHO-s

Placa blanda *

Piezas

Placa calcificada**

D

P

5.5 (v) 1.6 (v)

5.1 (v) 1.1 (v)

6.5 (v) 2.6 (v)

7.5 (L) 3.6 (L)

7.1 (v) 3.1 (v)

8.5 (L) 4.6 (L)

** A partir de adolescente

Paquetes Preventivos

1 Sesión

2 sesión

Instrucción de H.O

Asesoría Nutricional

Profilaxis dental

Aplicación de Flúor

Aplicación de sellantes

Nº Piezas:

EXÁMENES AUXILIARES:

DIAGNÓSTICOS / CIE-10:

o Caries en Esmalte (K020), Piezas:

o Caries en Dentina (K021), Piezas:

o Pulpitis (K040), Piezas:

o Necrosis Pulpar (K041), Piezas:

o Otros:

PLAN DE TRATAMIENTO:

o Tratamiento Preventivo:

o Tratamiento Recuperativo:

o Tratamiento Especializado:

o Otros:

* Aplica a grupo niño

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

❖ 1° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 2° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 3° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 4° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 5° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

OBSERVACIONES:



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

❖ 6° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 7° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 8° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 9° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 10° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

OBSERVACIONES: _____

EVALUACIÓN FINAL:

INTRAORAL

Labios:	Normal		Alterada	
Carrillos:	Normal		Alterada	
Paladar:	Normal		Alterada	
Encía:	Normal		Alterada	
Lengua:	Normal		Alterada	
Piso de Boca:	Normal		Alterada	
Oclusión:	Normal		Alterada	

EXTRAORAL

A.T.M:	Normal		Alterada	
Ganglios:	Normal		Alterada	
Piel:	Normal		Alterada	
Músculos:	Normal		Alterada	
Línea Media:	Normal		Alterada	

ÍNDICE CPOD / ceod:

Índice de Prevalencia de Caries Dental

Dent. Decidua (20): ceo-d	C:	e:	O:	Total:	d:
Dent. Permanente (28): CPO-D	C:	p:	O:	Total:	D:
CPOD ó ceod Promedio	Bajo	Medio	Moderado		
Total Evaluados	1.2 a 2.6	2.7 a 4.4	4.5 a 4.6		

*C: Cariado / e: extraído / p: perdido / o: obturado

RIESGO DE CARIES

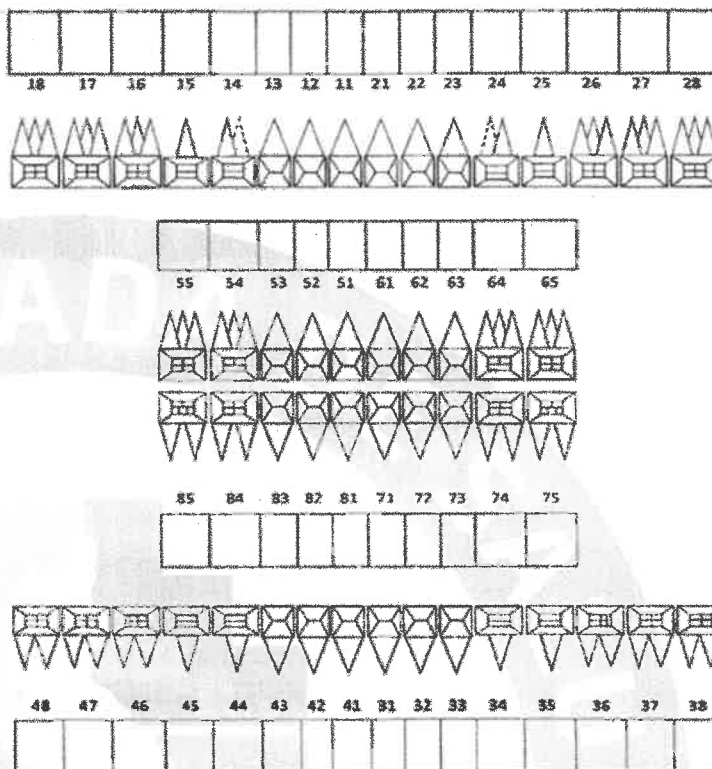
Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 v/día
Estado de higiene (IHO-s)	Buena 0 a 1.2	Regular 1.3 a 3	Mala 3.1 a 6
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-s) **	Placa blanda *	Piezas		Placa calcificada**
		D	P	
		5.5 (v)	1.6 (v)	
		5.1 (v)	1.1 (v)	
		6.5 (v)	2.6 (v)	
		7.5 (L)	3.6 (L)	
		7.1 (v)	3.1 (v)	
SUMA 6 PIEZAS/6		8.5 (L)	4.6 (L)	
ÍNDICE DE PB Y PC				
IHO-s				

* Aplica a grupo niño

** A partir de adolescente

ODONTOGRAMA FINAL



Especificaciones:

Observaciones:

Marcar

ABO

Persona SBU

Libre de foco séptico

Con presencia de foco séptico

Especificar:

Tratamiento Recuperativo	Nº Restauraciones realizadas:	
	Nº Exodoncias:	
Tratamiento Especializado	Destartraje (indicar nº sesiones)	
	Especificar:	

Nota: Esta parte será registrado al finalizar el Plan de Tratamiento

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

NOMBRES Y APELLIDOS:		Gestante:	SI	NO	Edad Gestacional:
Edad Paciente:					F.P.P:
Nº Historia Clínica:	Fecha:	Tipo de Seguro:	SIS	Otro:	

REGIÓN Y SUB REGIÓN: _____ RED/RIS: _____ ESTABLECIMIENTO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: _____

EDAD: _____ SEXO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO: ☐ N° CELULAR PADRES: _____

DIRECCIÓN: _____

Lea al Paciente:

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las personas, en todas las oportunidades de contacto, si están en esta situación, para participar con ellos en la solución de sus problemas, por favor, conteste a estas preguntas:

Pregunte y Marque con un aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observe en el / la Joven

Si es adulto (a):	Si es adulto (a):	Si es adulto (a):	Si es adulto (a):
<p>¿Alguna vez un miembro de tu familia le insulta, le golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Quién? _____</p> <p>Si es padre o madre de familia:</p> <p>¿Su hijo es muy desobediente?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>FÍSICO</p> <p><input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables</p> <p><input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras</p> <p><input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables</p> <p><input type="checkbox"/> Marca de mordeduras</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).</p> <p>PSICOLÓGICO</p> <p><input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.</p> <p><input type="checkbox"/> Retraimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Llanto frecuente.</p> <p><input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.</p> <p><input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.</p> <p><input type="checkbox"/> Tartamudeo.</p> <p><input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.</p> <p><input type="checkbox"/> Ausentismo escolar</p> <p><input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde</p> <p><input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico</p> <p><input type="checkbox"/> Aislamiento de personas</p> <p><input type="checkbox"/> Intento de suicidio</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.</p> <p>SEXUALES</p> <p><input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)</p> <p><input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazo precoz</p> <p><input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.</p> <p><input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual</p> <p>NEGLIGENCIA</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente</p> <p><input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.</p> <p>ESTADO CON VF <input type="checkbox"/> SIN VF <input type="checkbox"/></p> <p>ATENDIDO POR: _____ FECHA: _____</p> <p>NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____</p> <p>FIRMA: _____</p>	<p>¿Alguna vez un miembro de tu familia te insulta, le golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Quién? _____</p> <p>Si es padre o madre de familia:</p> <p>¿Su hijo es muy desobediente?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>FÍSICO</p> <p><input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables</p> <p><input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras</p> <p><input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables</p> <p><input type="checkbox"/> Marca de mordeduras</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).</p> <p>PSICOLÓGICO</p> <p><input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.</p> <p><input type="checkbox"/> Retraimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Llanto frecuente.</p> <p><input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.</p> <p><input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.</p> <p><input type="checkbox"/> Tartamudeo.</p> <p><input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.</p> <p><input type="checkbox"/> Ausentismo escolar</p> <p><input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde</p> <p><input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico</p> <p><input type="checkbox"/> Aislamiento de personas</p> <p><input type="checkbox"/> Intento de suicidio</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.</p> <p>SEXUALES</p> <p><input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)</p> <p><input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazo precoz</p> <p><input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.</p> <p><input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual</p> <p>NEGLIGENCIA</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente</p> <p><input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.</p> <p>ESTADO CON VF <input type="checkbox"/> SIN VF <input type="checkbox"/></p> <p>ATENDIDO POR: _____ FECHA: _____</p> <p>NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____</p> <p>FIRMA: _____</p>	<p>¿Alguna vez un miembro de tu familia le insulta, te golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Quién? _____</p> <p>Si es padre o madre de familia:</p> <p>¿Su hijo es muy desobediente?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>FÍSICO</p> <p><input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables</p> <p><input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras</p> <p><input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables</p> <p><input type="checkbox"/> Marca de mordeduras</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).</p> <p>PSICOLÓGICO</p> <p><input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.</p> <p><input type="checkbox"/> Retraimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Llanto frecuente.</p> <p><input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.</p> <p><input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.</p> <p><input type="checkbox"/> Tartamudeo.</p> <p><input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.</p> <p><input type="checkbox"/> Ausentismo escolar</p> <p><input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde</p> <p><input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico</p> <p><input type="checkbox"/> Aislamiento de personas</p> <p><input type="checkbox"/> Intento de suicidio</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.</p> <p>SEXUALES</p> <p><input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)</p> <p><input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazo precoz</p> <p><input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.</p> <p><input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual</p> <p>NEGLIGENCIA</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente</p> <p><input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.</p> <p>ESTADO CON VF <input type="checkbox"/> SIN VF <input type="checkbox"/></p> <p>ATENDIDO POR: _____ FECHA: _____</p> <p>NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____</p> <p>FIRMA: _____</p>	<p>¿Alguna vez un miembro de tu familia le insulta, te golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Quién? _____</p> <p>Si es padre o madre de familia:</p> <p>¿Su hijo es muy desobediente?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>FÍSICO</p> <p><input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables</p> <p><input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras</p> <p><input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables</p> <p><input type="checkbox"/> Marca de mordeduras</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).</p> <p>PSICOLÓGICO</p> <p><input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.</p> <p><input type="checkbox"/> Retraimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Llanto frecuente.</p> <p><input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.</p> <p><input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.</p> <p><input type="checkbox"/> Tartamudeo.</p> <p><input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.</p> <p><input type="checkbox"/> Ausentismo escolar</p> <p><input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde</p> <p><input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico</p> <p><input type="checkbox"/> Aislamiento de personas</p> <p><input type="checkbox"/> Intento de suicidio</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.</p> <p>SEXUALES</p> <p><input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)</p> <p><input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazo precoz</p> <p><input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.</p> <p><input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual</p> <p>NEGLIGENCIA</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.</p> <p><input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente</p> <p><input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.</p> <p>ESTADO CON VF <input type="checkbox"/> SIN VF <input type="checkbox"/></p> <p>ATENDIDO POR: _____ FECHA: _____</p> <p>NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____</p> <p>FIRMA: _____</p>

REGIÓN Y SUB REGIÓN: _____ RED/RIS: _____ ESTABLECIMIENTO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: _____

EDAD: _____ SEXO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO ☐ N° CELULAR PADRES: _____

DIRECCIÓN: _____

Lea al Paciente:

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las personas, en todas las oportunidades de contacto, si están en esta situación, para participar con ellos en la solución de sus problemas, por favor, conteste a estas preguntas:

Pregunte y Marque con un aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observe en el / la Joven

Si es adulto (a):	SI	NO	Si es adulto (a):	SI	NO	Si es adulto (a):	SI	NO	Si es adulto (a):	SI	NO
¿Alguna vez un miembro de tu familia le insulta, le golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez un miembro de tu familia te insulta, le golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez un miembro de tu familia le insulta, le golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez un miembro de tu familia le insulta, le golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Quién?			¿Quién?			¿Quién?			¿Quién?		
Si es padre o madre de familia:	SI	NO	Si es padre o madre de familia:	SI	NO	Si es padre o madre de familia:	SI	NO	Si es padre o madre de familia:	SI	NO
¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FÍSICO			FÍSICO			FÍSICO			FÍSICO		
<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables			<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables			<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables			<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables		
<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras			<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras			<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras			<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras		
<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables			<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables			<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables			<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables		
<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras			<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras			<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras			<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras		
<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.			<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.			<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.			<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.		
<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.			<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.			<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.			<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.		
<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).			<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).			<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).			<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).		
<input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).			<input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).			<input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).			<input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).		
PSICOLÓGICO			PSICOLÓGICO			PSICOLÓGICO			PSICOLÓGICO		
<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.			<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.			<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.			<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.		
<input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.			<input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.			<input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.			<input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.		
<input type="checkbox"/> Retraimiento.			<input type="checkbox"/> Retraimiento.			<input type="checkbox"/> Retraimiento.			<input type="checkbox"/> Retraimiento.		
<input type="checkbox"/> Llanto frecuente.			<input type="checkbox"/> Llanto frecuente.			<input type="checkbox"/> Llanto frecuente.			<input type="checkbox"/> Llanto frecuente.		
<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.			<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.			<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.			<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.		
<input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.			<input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.			<input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.			<input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.		
<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.			<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.			<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.			<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.		
<input type="checkbox"/> Tartamudeo.			<input type="checkbox"/> Tartamudeo.			<input type="checkbox"/> Tartamudeo.			<input type="checkbox"/> Tartamudeo.		
<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar			<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar			<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar			<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar		
<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.			<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.			<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.			<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.		
<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar			<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar			<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar			<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar		
<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde			<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde			<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde			<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde		
<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico			<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico			<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico			<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico		
<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas			<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas			<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas			<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas		
<input type="checkbox"/> Intento de suicidio			<input type="checkbox"/> Intento de suicidio			<input type="checkbox"/> Intento de suicidio			<input type="checkbox"/> Intento de suicidio		
<input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.			<input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.			<input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.			<input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.		
SEXUALES			SEXUALES			SEXUALES			SEXUALES		
<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)			<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)			<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)			<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)		
<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.			<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.			<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.			<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.		
<input type="checkbox"/> Embarazo precoz			<input type="checkbox"/> Embarazo precoz			<input type="checkbox"/> Embarazo precoz			<input type="checkbox"/> Embarazo precoz		
<input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.			<input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.			<input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.			<input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.		
<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual			<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual			<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual			<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual		
NEGLIGENCE			NEGLIGENCE			NEGLIGENCE			NEGLIGENCE		
<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.			<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.			<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.			<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.		
<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.			<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.			<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.			<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.		
<input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente			<input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente			<input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente			<input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente		
<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño			<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño			<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño			<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño		
<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo			<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo			<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo			<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo		
<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.			<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.			<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.			<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.		
ESTADO CON VF <input type="checkbox"/> SIN VF <input type="checkbox"/>			ESTADO CON VF <input type="checkbox"/> SIN VF <input type="checkbox"/>			ESTADO CON VF <input type="checkbox"/> SIN VF <input type="checkbox"/>			ESTADO CON VF <input type="checkbox"/> SIN VF <input type="checkbox"/>		
ATENDIDO POR _____ FECHA _____			ATENDIDO POR _____ FECHA _____			ATENDIDO POR _____ FECHA _____			ATENDIDO POR _____ FECHA _____		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____		
FIRMA: _____			FIRMA: _____			FIRMA: _____			FIRMA: _____		

SRQ

Primero aplique el cuestionario y luego sume las respuestas positivas: "SI"

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD: FECHA:

DEPRESION / ANSIEDAD	1	¿Tienes frecuentes dolores de cabeza?	SI	NO
	2	¿Tienes mal apetito?	SI	NO
	3	¿Duermes Mal?	SI	NO
	4	¿Te asustas con facilidad?	SI	NO
	5	¿Sufres de temblor de manos?	SI	NO
	6	¿Te sientes nervioso, tenso o aburrido?	SI	NO
	7	¿Sufres de mala digestion?	SI	NO
	8	¿No puedes pensar con claridad?	SI	NO
	9	¿Te sientes triste?	SI	NO
	10	¿Lloras con mucha frecuencia?	SI	NO
	11	¿Tienes dificultad para disfrutar tus actividades diarias?	SI	NO
	12	¿Tienes dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
	13	¿Tienes dificultad para hacer tu trabajo (sufres con tu trabajo)?	SI	NO
	14	¿Eres incapaz de desempeñar un papel util en tu vida?	SI	NO
	15	¿Has perdido interes en las cosas?	SI	NO
	16	¿Sientes que eres una persona inutil?	SI	NO
	17	¿Has tenido la idea de acabar con tu vida?	SI	NO
	18	¿Te sientes cansado todo el tiempo?	SI	NO
	19	¿Tienes sensaciones desagradables en tu estomago?	SI	NO
	20	¿Te cansas con facilidad?	SI	NO
PUNTAJE	Si la suma de respuestas positivas es 11 o mas se considera un CASO			
PSICOSIS	21	¿Sientes que alguien ha tratado de herirte de alguna forma?	SI	NO
	22	¿Eres una persona mucho mas importante de lo que piensan los demas?	SI	NO
	23	¿Has notado interferencias o algo raro en tus pensamientos?	SI	NO
	24	¿Oyes voces sin saber de donde vienen, o que otras personas no pueden oirlas?	SI	NO
PUNTAJE	Basta 1 respuesta Positiva para que se considere un CASO			
EPILEPSIA	25	¿Has tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimiento de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o perdida de conocimiento?	SI	NO
PUNTAJE	La repuesta positiva indica que se trata de un CASO			
ALCOHOLISMO	26	¿Alguna vez le ha parecido a tu familia, tus amigos, tu medico o tu sacerdote que estabas bebiendo demasiado licor?	SI	NO
	27	¿Alguna vez has querido dejar de beber pero no has podido?	SI	NO
	28	¿Has tenido alguna vez dificultades en el trabajo o estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo o lugar de estudio o faltar a ellos?	SI	NO
	29	¿Has estado en riñas o te han detenido estando borracho?	SI	NO
	30	¿Te ha parecido alguna vez que has bebido demaciado?	SI	NO
PUNTAJE	Basta 1 respuesta Positiva para que se considere un CASO			

SRQ

Primero aplique el cuestionario y luego sume las respuestas positivas: "SI"

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD:

FECHA:

DEPRESION / ANSIEDAD	1	¿Tienes frecuentes dolores de cabeza?	SI	NO
	2	¿Tienes mal apetito?	SI	NO
	3	¿Duermes Mal?	SI	NO
	4	¿Te asustas con facilidad?	SI	NO
	5	¿Sufres de temblor de manos?	SI	NO
	6	¿Te sientes nervioso, tenso o aburrido?	SI	NO
	7	¿Sufres de mala digestion?	SI	NO
	8	¿No puedes pensar con claridad?	SI	NO
	9	¿Te sientes triste?	SI	NO
	10	¿Lloras con mucha frecuencia?	SI	NO
	11	¿Tienes dificultad para disfrutar tus actividades diarias?	SI	NO
	12	¿Tienes dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
	13	¿Tienes dificultad para hacer tu trabajo (sufres con tu trabajo)?	SI	NO
	14	¿Eres incapaz de desempeñar un papel util en tu vida?	SI	NO
	15	¿Has perdido interes en las cosas?	SI	NO
	16	¿Sientes que eres una persona inutil?	SI	NO
	17	¿Has tenido la idea de acabar con tu vida?	SI	NO
	18	¿Te sientes cansado todo el tiempo?	SI	NO
	19	¿Tienes sensaciones desagradables en tu estomago?	SI	NO
	20	¿Te cansas con facilidad?	SI	NO
PUNTAJE	Si la suma de respuestas positivas es 11 o mas se considera un CASO			
PSICOSIS	21	¿Sientes que alguien ha tratado de herirte de alguna forma?	SI	NO
	22	¿Eres una persona mucho mas importante de lo que piensan los demas?	SI	NO
	23	¿Has notado interferencias o algo raro en tus pensamientos?	SI	NO
	24	¿Oyes voces sin saber de donde vienen, o que otras personas no pueden oirlas?	SI	NO
PUNTAJE	Basta 1 respuesta Positiva para que se considere un CASO			
EPILEPSIA	25	¿Has tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimiento de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o perdida de conocimiento?	SI	NO
PUNTAJE	La repuesta positiva indica que se trata de un CASO			
ALCOHOLISMO	26	¿Alguna vez le ha parecido a tu familia, tus amigos, tu medico o tu sacerdote que estabas bebiendo demasiado licor?	SI	NO
	27	¿Alguna vez has querido dejar de beber pero no has podido?	SI	NO
	28	¿Has tenido alguna vez dificultades en el trabajo o estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo o lugar de estudio o faltar a ellos?	SI	NO
	29	¿Has estado en riñas o te han detenido estando borracho?	SI	NO
	30	¿Te ha parecido alguna vez que has bebido demaciado?	SI	NO
PUNTAJE	Basta 1 respuesta Positiva para que se considere un CASO			

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

AÑO Y SECCIÓN: _____ **EDAD:** _____ **FECHA:** _____

INSTRUCCIONES

Este cuestionario está diseñado para saber sobre tu estado de ánimo. Usando esta escala que sigue a continuación selecciona tu respuesta marcando con una "X" uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios:

N = NUNCA **RV = RARA VEZ** **AV = A VECES** **AM = A MENUDO** **S = SIEMPRE**

Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuesta mala ni buena, asegúrate de contestar todas.

ESTADO DE ÁNIMO	N	RV	AV	AM	S
1. Soy un (una) renegón (a)	1	2	3	4	5
2. No puedo evitar ser algo tosco (a) con la persona que no me agrada.	1	2	3	4	5
3. Siento como que me hierve la sangre cuando alguien se burla de mí.	1	2	3	4	5
4. Paso mucho tiempo molesto(a), más de lo que la gente cree.	1	2	3	4	5
5. Cuando estoy molesto siendo como si tuviera algo pesado sobre mis hombros.	1	2	3	4	5
6. Me molesta que la gente se acerque mucho a mí alrededor.	1	2	3	4	5
7. Fácilmente me molesto (a) pero se me pasa rápido.	1	2	3	4	5
8. Con frecuencia estoy muy molesto(a) y a punto de explotar.	1	2	3	4	5
9. No me molesto si alguien no me trata bien.	5	4	3	2	1
10. Yo soy muy comprensible con todas las personas.	5	4	3	2	1
11. Yo no permito que cosas sin importancia me molesten.	5	4	3	2	1
12. Es muy común estar muy amargo(a) acerca de algo y luego rápidamente sentirme tranquilo.	1	2	3	4	5
13. Cambio rápidamente de ser capaz de controlar mi amargura a no ser capaz de controlarlo.	1	2	3	4	5
14. Cuando estoy molesto(a) no puedo dejar de gritar, mientras que en otras veces no grito.	1	2	3	4	5
15. Algunas veces me siento bien, y en el minuto siguiente cualquier cosa me molesta.	1	2	3	4	5
16. Hay momentos en las que estoy tan molesto (a) que siento que el corazón me palpita rápidamente y luego de un cierto tiempo me siento bastante relajado(a).	1	2	3	4	5
17. Normalmente me siento tranquilo y de pronto de un momento a otro, me esfuerzo a tal punto que podría ser capaz de golpear cualquier cosa.	1	2	3	4	5
18. Hay épocas en las cuales he estado tan molesto(a) que he explotado todo el día frente a los demás, pero luego me vuelvo más tranquilo.	1	2	3	4	5
19. Pienso que la gente que constantemente fastidia, está buscando un puñete o una cachetada.	1	2	3	4	5
20. Peleo con casi toda la gente que conozco.	1	2	3	4	5
21. Si alguien me levanta la voz le insulto para que se calle.	1	2	3	4	5
22. En ocasiones no puedo controlar mi necesidad de hacer daño a otras personas.	1	2	3	4	5
23. Cuando estoy amargo puedo ser capaz de cachetear a alguien.	1	2	3	4	5
24. Pienso que cualquiera que me insulte o insulte a mi familia está buscando pelea.	1	2	3	4	5
25. Generalmente tengo una buena razón para golpear a alguien.	1	2	3	4	5
26. Si alguien me golpea primero, yo le respondo de igual manera.	1	2	3	4	5
27. Puedo usar los golpes para defender mis derechos si fuera necesario.	1	2	3	4	5
28. Yo golpeo a otro(a) cuando él (ella) me insulta primero.	1	2	3	4	5
29. Se me hace difícil conversar con una persona para resolver un problema.	1	2	3	4	5
30. No puedo evitar discutir con la gente que no está de acuerdo contigo.	1	2	3	4	5
31. Si alguien me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso sobre él(ella).	1	2	3	4	5
32. Cuando la gente me grita, yo también le grito.	1	2	3	4	5
33. Cuando me enoja digo cosas feas.	1	2	3	4	5
34. Generalmente hago amenazas o digo cosas feas que después no cumplo.	1	2	3	4	5
35. Cuando discuto rápidamente alzo la voz.	1	2	3	4	5
36. Aún cuando esté enojado(a), no digo malas palabras, ni maldigo.	5	4	3	2	1
37. Prefiero darle la razón un poco a una persona antes que discutir.	5	4	3	2	1
38. Cuando estoy enojado (a) algunas veces golpeo la puerta.	1	2	3	4	5
39. Yo me podría molestar tanto que podría agarrar el objeto más cercano y romperlo.	1	2	3	4	5
40. A veces expreso mi cólera golpeando sobre la mesa.	1	2	3	4	5
41. Me molesto lo suficiente como para arrojar objetos.	1	2	3	4	5
42. Cuando me molesto mucho boto las cosas.	1	2	3	4	5

¡ GRACIAS POR TU COLABORACIÓN !

Cuestionario de cólera, irritabilidad y agresión

Clasificación de los ítems

GRUPO	ITEMS
Irritabilidad	1 _____ 11
Cólera	12 _____ 18
Agresión	19 _____ 42

Cuadros de Categorías

Grupo Irritabilidad	CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO
	Muy alto	40 a + _____
	Alto	33 a _____ 39
	Promedio	27 a _____ 32
	Bajo	22 a _____ 26
	Muy Bajo	0 a _____ 21

Grupo cólera	CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO
	Muy alto	28 a + _____
	Alto	22 a _____ 27
	Promedio	15 a _____ 21
	Bajo	11 a _____ 14
	Muy Bajo	0 a _____ 10

Grupo agresividad	CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO
	Muy alto	91 a + _____
	Alto	73 a _____ 90
	Promedio	53 a _____ 72
	Bajo	42 a _____ 52
	Muy Bajo	0 a _____ 41

Perfil diagnóstico del cuestionario de Cólera, Irritabilidad y Agresión

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo M () F ()

Colegio: _____ Año de estudio: _____

Nombre de Evaluador: _____

Fecha: _____

CATEGORÍA		Muy Bajo	Bajo	Promedio Bajo	Promedio	Promedio Alto	Alto	Muy Alto
Áreas	Puntaje							
Irritabilidad								
Cólera								
Agresión								

EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES

A continuación encontrarás una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria, señala tu respuesta marcando con una X uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha utilizando los siguientes criterios:
N= Nunca RV = Rara vez AV = A veces AM = A menudo S = Siempre

Recuerda que: tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegurate de contestar todas.

HABILIDADES	N	RV	AV	AM	S	PUN TAJE
1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.	5	4	3	2	1	
2. Si un amigo(a) habla mal de mi persona le insulto.	5	4	3	2	1	
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.	1	2	3	4	5	
4. Si un amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito.	5	4	3	2	1	
5. Agradezco cuando alguien me ayuda.	1	2	3	4	5	
6. Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años.	1	2	3	4	5	
7. Si un amigo(a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.	1	2	3	4	5	
8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.	5	4	3	2	1	
9. Le digo a mi amigo(a) cuando hace algo que no me gusta.	1	2	3	4	5	
10. Si una persona mayor me insulta me defiende sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.	1	2	3	4	5	
11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.	5	4	3	2	1	
12. No hago caso cuando mis amigos(as) me presionan para consumir alcohol.	1	2	3	4	5	
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.	5	4	3	2	1	
14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.	1	2	3	4	5	
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.	1	2	3	4	5	
16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender.	5	4	3	2	1	
17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo.	1	2	3	4	5	
18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.	1	2	3	4	5	
19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.	5	4	3	2	1	
20. Si estoy "nervioso(a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.	1	2	3	4	5	
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.	1	2	3	4	5	
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.	1	2	3	4	5	
23. No me siento contento con mi aspecto físico.	5	4	3	2	1	
24. Me gusta verme arreglado(a).	1	2	3	4	5	
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado(a).	1	2	3	4	5	
26. Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno.	5	4	3	2	1	
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.	1	2	3	4	5	
28. Puedo hablar sobre mis temores.	1	2	3	4	5	
29. Cuando algo me sale mal no sé cómo expresar mi colera.	5	4	3	2	1	
30. Comparto mi alegría con mis amigos(as).	1	2	3	4	5	
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante.	1	2	3	4	5	
32. Puedo guardar los secretos de mis amigos(as).	1	2	3	4	5	
33. Rechazo hacer las tareas de la casa.	5	4	3	2	1	
34. Pienso en varias soluciones frente a un problema.	1	2	3	4	5	
35. Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.	5	4	3	2	1	
36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.	1	2	3	4	5	
37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.	5	4	3	2	1	
38. Hago planes para mis vacaciones.	1	2	3	4	5	
39. Realizo cosas positivas que me ayudaran en mi futuro.	1	2	3	4	5	
40. Me cuesta decir no por miedo a ser criticado.	5	4	3	2	1	
41. Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados(as).	1	2	3	4	5	
42. Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.	1	2	3	4	5	

CUADRO DE ÁREA DE ITEMS DE LAS HABILIDADES SOCIALES

ÁREA DE LA LISTA DE	ITEMS
ASERTIVIDAD	1 al 12
COMUNICACIÓN	13 al 21
AUTOESTIMA	23 al 33
TOMA DE DECISIONES	31 al 42

CATEGORÍA DE LAS HABILIDADES SOCIALES

CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO DE ASERTIVIDAD	PUNTAJE DIRECTO DE COMUNICACIÓN	PUNTAJE DIRECTO DE AUTOESTIMA	PUNTAJE DIRECTO DE TOMA DE DECISIONES	TOTAL
MUY BAJO	0 A 20	MENOR A 19	MENOR A 21	MENOR A 16	MENOR A 88
BAJO	20 A 32	19 A 24	21 A 34	16 A 24	88 A 126
PROMEDIO BAJO	33 A 38	25 A 29	35 A 41	25 A 29	127 A 141
PROMEDIO	39 A 41	30 A 32	42 A 46	30 A 33	142 A 151
PROMEDIO ALTO	42 A 44	33 A 35	47 A 50	34 A 36	152 A 164
ALTO	45 A 49	36 A 39	51 A 54	37 A 40	162 A 173
MUY ALTO	50 A MAS	40 A MAS	55 A MAS	44 A MAS	174 A MAS

Pasos par la calificación e interpretación del listado de habilidades sociales (HHSS)

1. Calificar las respuestas del adolescente comparando con la clave de respuestas
2. Sumar las puntuaciones del numero 1 a 12 correspondientes al área de Asertividad. Luego las preguntas del 13 al 21, que corresponde al área de Comunicación : las preguntas 22 hasta la 33 que corresponden al área de Autoestima y del 34 al 42 que corresponden al área de Toma de Decisiones.

3. Los puntajes obtenidos en cada área son llevados al cuadro de categoría de las HHSS.

4. elaborar el perfil de diagnóstico de las HHSS.

5. La interpretación es la siguiente:

Los puntajes que se ubiquen en la Categoría de Promedio en la suma total de las áreas corresponden a personas que requieren consolidar e incrementar sus habilidades sociales.

Los puntajes que se ubiquen en la categoría Promedio alto en la suma total serán consideradas como personas con adecuadas habilidades sociales.

Los puntajes que se ubiquen en la Categoría Alto y Muy Alto serán considerados como personas competentes en las habilidades sociales.

Por el contrario las personas que se ubiquen en la categoría promedio Bajo, Serán calificados como personas con habilidades sociales muy básicas y que requieren de un mayor incremento y reforzamiento para una mayor competencia.

Y por último los que se ubiquen en la categoría Bajo y Muy Bajo, serán consideradas como personas con déficit de habilidades sociales (autoestima, comunicación, asertividad y toma de decisiones), lo cual lo puede situar como un/una adolescente en riesgo.

TEST AUDIT

Nombre:

Grado de Instrucción: Edad:

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0. Una o 2 1. Tres o 4 2. Cinco o 6 3. De 7 a 9 4. Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado heridos porque usted había bebido?	0. No 2. Si, pero no en el curso del último año 3. Si, el último año.
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0. No 2. Si, pero no en el curso del último año 3. Si, el último año.

INTERPRETACIÓN

A mayor puntuación, mayor intensidad de consumo dependencia.

	Hombres	Mujeres
No problemas relacionados con el alcohol	0 - 7	0 - 5
Bebedor de riesgo	8 - 14	6 - 12
Problemas físico-psíquicos con la bebida y	15 - 19	13 - 17
Dependencia alcohólica	20 a +	18 a +

TEST AUDIT

Nombre:

Grado de Instrucción: Edad:

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0. Una o 2 1. Tres o 4 2. Cinco o 6 3. De 7 a 9 4. Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado heridos porque usted había bebido?	0. No 2. Si, pero no en el curso del último año 3. Si, el último año.
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0. No 2. Si, pero no en el curso del último año 3. Si, el último año.

INTERPRETACIÓN

A mayor puntuación, mayor intensidad de consumo dependencia.

	Hombres	Mujeres
No problemas relacionados con el alcohol	0 - 7	0 - 5
Bebedor de riesgo	8 - 14	6 - 12
Problemas físico-psíquicos con la bebida y	15 - 19	13 - 17
Dependencia alcohólica	20 a +	18 a +

VISITA DOMICILIARIA					
FECHA DE LA VISITA:		HORA:		N° H.CL:	
NOMBRES Y APELLIDOS		D.N.I.		EDAD:	
MOTIVO DE LA VISITA:					
ACCIONES REALIZADAS DURANTE LA VISITA:					
ACUERDOS Y COMPROMISOS ASUMIDOS DURANTE LA VISITA:					
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS DURANTE LA VISITA:					
PLAN DE TRABAJO PARA LA PROXIMA VISITA:					
FECHA DE LA PRÓXIMA VISITA DOMICILIARIA:					
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA VISITA:	FIRMA DE QUIEN RECIBE, LA VISITA			OBSERVACIÓN:	

VISITA DOMICILIARIA					
FECHA DE LA VISITA:		HORA:		N° H.CL:	
NOMBRES Y APELLIDOS		D.N.I.		EDAD:	
MOTIVO DE LA VISITA:					
ACCIONES REALIZADAS DURANTE LA VISITA:					
ACUERDOS Y COMPROMISOS ASUMIDOS DURANTE LA VISITA:					
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS DURANTE LA VISITA:					
PLAN DE TRABAJO PARA LA PRÓXIMA VISITA:					
FECHA DE LA PRÓXIMA VISITA DOMICILIARIA:					
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA VISITA:	FIRMA DE QUIEN RECIBE, LA VISITA			OBSERVACIONE:	

NOMBRE Y APELLIDOS:	N° HCL:
---------------------	---------

VISITA DOMICILIARIA					
FECHA DE LA VISITA:		HORA:		N° H.CL:	
NOMBRES Y APELLIDOS		D.N.I.		EDAD:	
MOTIVO DE LA VISITA:					
ACCIONES REALIZADAS DURANTE LA VISITA:					
ACUERDOS Y COMPROMISOS ASUMIDOS DURANTE LA VISITA:					
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS DURANTE LA VISITA:					
PLAN DE TRABAJO PARA LA PROXIMA VISITA:					
FECHA DE LA PRÓXIMA VISITA DOMICILIARIA:					
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA VISITA:	FIRMA DE QUIEN RECIBE, LA VISITA			OBSERVACIÓN:	

VISITA DOMICILIARIA					
FECHA DE LA VISITA:		HORA:		N° H.CL:	
NOMBRES Y APELLIDOS		D.N.I.		EDAD:	
MOTIVO DE LA VISITA:					
ACCIONES REALIZADAS DURANTE LA VISITA:					
ACUERDOS Y COMPROMISOS ASUMIDOS DURANTE LA VISITA:					
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS DURANTE LA VISITA:					
PLAN DE TRABAJO PARA LA PRÓXIMA VISITA:					
FECHA DE LA PRÓXIMA VISITA DOMICILIARIA:					
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA VISITA:	FIRMA DE QUIEN RECIBE, LA VISITA			OBSERVACIONE:	

NOMBRE Y APELLIDOS:		N° HCL:
---------------------	--	---------

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

ANTECEDENTES: _____

1. AGUDEZA VISUAL:

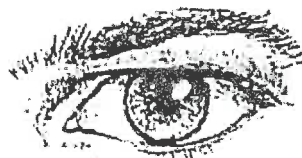
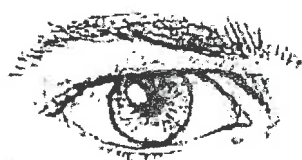
OJO	S/C	C/C	AE
O.D			
O.I			

2. EXAMEN OCULAR EXTERNO: (señale y describa si encuentra alguna alteración)

2.1. EXAMEN EXTERNO DEL OJO

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO



N°		OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
01	PÁRPADOS		
02	PESTAÑAS		
03	CONJUNTIVA		
04	ESCLERÓTICA		
05	CÓRNEA		
06	IRIS		
07	PUPILA		

2.2 REFLEJO LUMINOSO CORNEAL: _____

2.3 REFLEJO ROJO: _____

4. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

5. PLAN DE TRABAJO:

6. DATOS DEL PROFESIONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

PROFESIÓN: _____ EE.SS: _____

Lista de Síntomas Pediátricos

(Pediatric Symptom checklist - PSC)

TAMIZAJE PARA DETECTAR TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO
 DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 3 A 17 AÑOS

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____
 DNI: _____ GRADO ACADÉMICO: _____ FECHA: _____
 NÚMERO DE HERMANOS: _____ LUGAR QUE OCUPA ENTRE HERMANOS: _____
 NOMBRE DEL PADRE/MADRE (INFORMANTE): _____

La salud física y emocional son importantes para cada niño. Los padres son los primeros que notan un problema de la conducta emocional o del aprendizaje de su hijo(a). Ud. puede ayudar a su hijo(a) a obtener el mejor cuidado de su doctor por medio de contestar estas preguntas. Favor de indicar cual frase describe a su hijo(a):

Nº	PREGUNTA	ALTERNATIVAS		
		NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE
	DIMENENCIÓN EMOCIONAL			
1	Se siente triste, infeliz			
2	Se siente sin esperanzas			
3	Se siente mal de sí mismo(a)			
4	Se preocupa mucho			
5	Parece divertirse menos			
	DIMENCIÓN DE ATENCIÓN			
6	Es inquieto(a), incapaz de sentarse tranquilo(a)			
7	Sueña despierto demasiado			
8	Se distrae fácilmente			
9	Tiene problemas para concentrarse			
10	Es muy activo(a), tiene mucha energía			
	DIMENCIÓN CONDUCTUAL			
11	Pelea con otros niños			
12	No obedece las reglas			
13	No comprende los sentimientos de otros			
14	Molesta o se burla de otros			
15	Culpa a otros por sus problemas			
16	Se niega a compartir			
17	Toma cosas que no le pertenecen			

NUNCA = 0 Ptos. A VECES = 1 Ptos FRECUENTEMENTE = 2 Ptos.

DIMENCIÓN	PUNTAJE	RIESGO	PREGUNTAS	NIVEL	
Emocional			1 - 5	0-4 no afectación	≥ 5 afectación
Atención			6 - 10	0-6 no afectación	≥ 7 afectación
Conductual			11 - 17	0-6 no afectación	≥ 7 afectación
TOTAL					

OBSERVACIONES: _____

1. ADMINISTRACIÓN Y APLICACIÓN

El Cuestionario es de fácil aplicación. Es realizado por personal de salud capacitado (médico(a), enfermera (o) obstetra trabajadora social, técnico de enfermería) durante el proceso de atención de salud en el servicio respectivo.

El cuestionario contiene 17 ítems y 3 escalas. Cada ítem es puntuado con 0,1 ó 2, según una escala Likert, en tres categorías de respuesta: nunca, a veces, frecuentemente.

La aplicación de este cuestionario será una vez al año en un tiempo aproximadamente de 15 minutos.

2. PUNTUACIÓN

El puntaje va de 0 a 34 puntos.

Punto de corte para PSC-17 es mayor o igual a 15 (tanto la adaptación para padres como para adolescentes):

Puntaje total mayor o igual a 15 indica riesgo de afectación psicosocial.

El puntaje por encima del punto de corte sugiere la necesidad de realizar una evaluación más profunda por un profesional de la salud calificado, indica si el niño, niña o adolescente tiene riesgo de afectación psicosocial.

3. INTERPRETACIÓN

Las dimensiones a evaluar son:

- **Problemas internalizados (DIMENSIÓN EMOCIONAL):** Suma de puntos de pregunta del 1 al 5.
Puntaje mayor o igual a 5 indica riesgo de afectación con síntomas de por ejemplo ansiedad o depresión.
- **Problemas de atención (DIMENSIÓN DE ATENCIÓN):** Suma de puntos de pregunta 6 a la 10.
Puntaje mayor o igual a 7 indica riesgo de afectación de la atención.
- **Problemas externalizados (DIMENSIÓN CONDUCTUAL)** Suma de puntos de pregunta 11 a la 17
Puntaje mayor o igual a 7 indica riesgo de afectación con problemas de conducta.

4. RECOMENDACIONES

SI EL RESULTADO ES POSITIVO	SI EL RESULTADO ES NEGATIVO
Reforzar factores protectores: Felicitar que el adolescente se encuentre acompañado, que esté estudiando y que acuda a controles de forma oportuna.	Reforzar factores protectores: Felicitar que el adolescente se encuentre acompañado, que esté estudiando y que acuda a controles de forma oportuna.
Demostrar empatía y mencionarle que acompañará el proceso y que recibirá apoyo en todo momento.	Brindar recomendaciones sobre qué actividades recreativas puede realizar. (deporte, paseos familiares y/o actividades que disfruten).
Brindar recomendaciones sobre qué actividades recreativas puede realizar. (deporte, paseos familiares y/o actividades que disfruten).	Recomendar que deben existir espacios en los que la familia pueda conversar y compartir.
Recomendar que deben existir espacios en los que la familia pueda conversar y compartir.	Recomendar que se debe evitar situaciones que puedan desencadenar conductas de riesgo en el adolescente (participar o ser testigo de hechos de violencia dentro del hogar).
Comunicarse con un profesional de psicología para hacer la derivación correspondiente e indicar a los padres la importancia de recibir intervención psicológica.	Brindar orientación sobre qué hacer ante cualquier situación de riesgo o sospecha.
Desarrollar actividades que le generen tranquilidad y alegría (como cantar, bailar)	