



# FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



HISTORIA CLÍNICA:	N° AFILIACIÓN SIS U OTRO SEGURO:	CUR/DNI:
APELLIDOS:	NOMBRES:	F. DE NAC.:
LUGAR DE NACIMIENTO:	DOMICILIO/REFERENCIA:	SEXO:
MADRE O PADRE, ACOMPAÑANTE O CUIDADOR:	DNI:	GRUPO SANGUÍNEO RH:
	EDAD:	TELÉFONO:
	GRADO DE INSTRUCCIÓN:	Ocupación:
		N° DE AFILIACIÓN U OTRO SEGURO:
PROBLEMAS Y NECESIDADES		

## CONTROLES PARA NIÑOS DE 5 AÑOS

CONTROLES PARA LA EDAD	FECHA (5 años)					
VALORACIÓN NUTRICIONAL FACTORES DE RIESGO	FECHA	PESO TALLA IMC	DIAGNOSTICO NORMAL ( ) RIESGO ( )	EXAMEN DE LAB.	GLUCOSA COLESTEROL TRIGLICERIDOS	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO
DOSAJE DE HEMOGLOBINA	FECHA (5 años)	Suplementación Preventiva		FECHA (7 mes)	FECHA (2 mes)	FECHA (3 mes)
DESCARTE DE PARASITOS (seriado de heces x 3 muestras y test de GRAHAM)	FECHA (solicitud)	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 3	FECHA (resultado)	Positivo Negativo
PROFILAXIS ANTIPARASITARIO	FECHA (5 años)		FECHA (5 años 6 meses)		FECHA (Otro)	
TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR	FECHA (5 años)		DESERCIÓN ESCOLAR	SI NO	BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	SI NO
EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	FECHA	FLUOR BARNIZ	FECHA (1ra)	FECHA (2ra)	TAMIZAJE AGUDEZA VISUAL	FECHA
INMUNIZACIONES	VACUNA CONTRA LA INFLUENCIA	FECHA (1ra dosis)	VACUNA CONTRA LA COVID-19	FECHA	CALENDARIO IRREGULAR/ COMORBILIDAD	FECHA

## CONTROLES PARA NIÑO DE 6 AÑOS

CONTROLES PARA LA EDAD	FECHA (6 años)				FECHA (otro)	
VALORACIÓN NUTRICIONAL FACTORES DE RIESGO	FECHA	PESO TALLA IMC	DIAGNOSTICO NORMAL ( ) RIESGO ( )	EXAMEN DE LAB.	GLUCOSA COLESTEROL TRIGLICERIDOS	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO
DOSAJE DE HEMOGLOBINA	FECHA (6 años)	Suplementación Preventiva		FECHA (1 m)	FECHA (2 m)	FECHA (3 m)
DESCARTE DE PARASITOS (seriado de heces x 3 muestras y test de GRAHAM)	FECHA (solicitud)	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 3	FECHA (resultado)	Positivo Negativo
PROFILAXIS ANTIPARASITARIO	FECHA (6 años)		FECHA (6 años 6 meses)		FECHA (Otro)	
TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR	FECHA (6 años)		DESERCIÓN ESCOLAR	SI NO	BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	SI NO
EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	FECHA	FLUOR BARNIZ	FECHA (1ra)	FECHA (2ra)	TAMIZAJE AGUDEZA VISUAL	FECHA
INMUNIZACIONES	VACUNA CONTRA LA INFLUENCIA	FECHA (1ra dosis)	VACUNA CONTRA LA COVID-19	FECHA	CALENDARIO IRREGULAR/ COMORBILIDAD	FECHA

## CONTROLES PARA NIÑO DE 7 AÑOS

CONTROLES PARA LA EDAD	FECHA (7 años)				FECHA (otro)	
VALORACIÓN NUTRICIONAL FACTORES DE RIESGO	FECHA	PESO TALLA IMC	DIAGNOSTICO NORMAL ( ) RIESGO ( )	EXAMEN DE LAB.	GLUCOSA COLESTEROL TRIGLICERIDOS	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO
DOSAJE DE HEMOGLOBINA	FECHA (7 años)	Suplementación Preventiva		FECHA (1 mes)	FECHA (2 mes)	FECHA (3 mes)
DESCARTE DE PARASITOS (seriado de heces x 3 muestras y test de GRAHAM)	FECHA (solicitud)	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 3	FECHA (resultado)	Positivo Negativo
PROFILAXIS ANTIPARASITARIO	FECHA (7 años)		FECHA (7 años 6 meses)		FECHA (Otro)	
TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR	FECHA (7 años)		DESERCIÓN ESCOLAR	SI NO	BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	SI NO
EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	FECHA	FLUOR BARNIZ	FECHA (1ra)	FECHA (2ra)	TAMIZAJE AGUDEZA VISUAL	FECHA
INMUNIZACIONES	VACUNA CONTRA LA INFLUENCIA	FECHA (1ra dosis)	VACUNA CONTRA LA COVID-19	FECHA	CALENDARIO IRREGULAR/ COMORBILIDAD	FECHA

## CONTROLES PARA NIÑOS DE 8 AÑOS

<b>CONTROLES PARA LA EDAD</b>	FECHA (8 años)									
<b>VALORACIÓN NUTRICIONAL FACTORES DE RIESGO</b>	FECHA	PESO TALLA IMC	DIAGNOSTICO	EXAMEN DE LAB.	GLUCOSA COLESTEROL TRIGLICERIDOS	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO				
			NORMAL( ) RIESGO ( )							
<b>DOSAJE DE HEMOGLOBINA</b>	FECHA (8 años)	Suplementación preventiva			FECHA ( 7 m )	FECHA (a 2 mes)		FECHA (a 3 m)		
<b>DESCARTE DE PARASITOS</b> (seriado de heces x 3 muestras y test de GRAHAM)	FECHA (solicitud)	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 3	FECHA (resultado)		Positivo	Negativo		
<b>PROFILAXIS ANTIPARASITARIO</b>	FECHA (8 años)			FECHA (8 años 6 meses)			FECHA ( Otro )			
<b>TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR</b>	FECHA (8 años)			DESERCIÓN ESCOLAR	SI NO	BAJO RENDIMEINTO ESCOLAR		SI NO	FECHA (otro)	
<b>EVALUACIÓN ORAL COMPLETA</b>	FECHA	FLUOR BARNIZ	FECHA (1ra)	FECHA (2ra)		TAMIZAJE AGUDEZA VISUAL		FECHA		
<b>INMUNIZACIONES</b>	VACUNA CONTRA LA INFLUENCIA	FECHA (1ra dosis)	VACUNA CONTRA LA COVID-19	FECHA		CALENDARIO IRREGULAR/ COMORBILIDAD		FECHA		

## CONTROLES PARA NIÑO DE 9 AÑOS

<b>CONTROLES PARA LA EDAD</b>	FECHA (9 años)										FECHA (otro)
<b>VALORACIÓN NUTRICIONAL FACTORES DE RIESGO</b>	FECHA	PESO TALLA IMC	DIAGNOSTICO	EXAMEN DE LAB.	GLUCOSA COLESTEROL TRIGLICERIDOS	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO					
			NORMAL( ) RIESGO ( )								
<b>DOSAJE DE HEMOGLOBINA</b>	FECHA (9 años)	Suplementación preventiva			FECHA ( 7 m )	FECHA ( 2 m )		FECHA ( 3 m )			
<b>DESCARTE DE PARASITOS</b> (seriado de heces x 3 muestras y test de GRAHAM)	FECHA (solicitud)	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 3	FECHA (resultado)		Positivo	Negativo			
<b>PROFILAXIS ANTIPARASITARIO</b>	FECHA (9 años)			FECHA (9 años 6 meses)			FECHA ( Otro )				
<b>TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR</b>	FECHA (9 años)			DESERCIÓN ESCOLAR	SI NO	BAJO RENDIMEINTO ESCOLAR		SI NO	FECHA (otro)		
<b>EVALUACIÓN ORAL COMPLETA</b>	FECHA	FLUOR BARNIZ	FECHA (1ra)	FECHA (2ra)		TAMIZAJE AGUDEZA VISUAL		FECHA			
<b>INMUNIZACIONES</b>	VACUNA CONTRA LA INFLUENCIA	FECHA (1ra dosis)	VACUNA CONTRA LA COVID-19	FECHA		CALENDARIO IRREGULAR/ COMORBILIDAD		FECHA			

## CONTROLES PARA NIÑO DE 10 AÑOS

<b>CONTROLES PARA LA EDAD</b>	FECHA (10 años)										FECHA (otro)
<b>VALORACIÓN NUTRICIONAL FACTORES DE RIESGO</b>	FECHA	PESO TALLA IMC	DIAGNOSTICO	EXAMEN DE LAB.	GLUCOSA COLESTEROL TRIGLICERIDOS	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO					
			NORMAL( ) RIESGO ( )								
<b>DOSAJE DE HEMOGLOBINA</b>	FECHA (10 años)	Suplementación preventiva			FECHA ( 7 m )	FECHA ( 2 m )		FECHA ( 3 m )			
<b>DESCARTE DE PARASITOS</b> (seriado de heces x 3 muestras y test de GRAHAM)	FECHA (solicitud)	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 3	FECHA (resultado)		Positivo	Negativo			
<b>PROFILAXIS ANTIPARASITARIO</b>	FECHA (10 años)			FECHA (10 años 6 meses)			FECHA ( Otro )				
<b>TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR</b>	FECHA (10 años)			DESERCIÓN ESCOLAR	SI NO	BAJO RENDIMEINTO ESCOLAR		SI NO	FECHA (otro)		
<b>EVALUACIÓN ORAL COMPLETA</b>	FECHA	FLUOR BARNIZ	FECHA (1ra)	FECHA (2ra)		TAMIZAJE AGUDEZA VISUAL		FECHA			
<b>INMUNIZACIONES</b>	VACUNA CONTRA LA INFLUENCIA	FECHA (1ra dosis)	VACUNA CONTRA LA COVID-19	FECHA		CALENDARIO IRREGULAR/ COMORBILIDAD		FECHA			

## CONTROLES PARA NIÑO DE 11 AÑOS

<b>CONTROLES PARA LA EDAD</b>	FECHA (11 años)										FECHA (otro)
<b>VALORACIÓN NUTRICIONAL FACTORES DE RIESGO</b>	FECHA	PESO TALLA IMC	DIAGNOSTICO	EXAMEN DE LAB.	GLUCOSA COLESTEROL TRIGLICERIDOS	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO					
			NORMAL( ) RIESGO ( )								
<b>DOSAJE DE HEMOGLOBINA</b>	FECHA (11 años)	Suplementación preventiva			FECHA ( 7 m )	FECHA ( 2 m )		FECHA ( 3 m )			
<b>DESCARTE DE PARASITOS</b> (seriado de heces x 3 muestras y test de GRAHAM)	FECHA (solicitud)	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 3	FECHA (resultado)		Positivo	Negativo			
<b>PROFILAXIS ANTIPARASITARIO</b>	FECHA (11 años)			FECHA (11 años 6 meses)			FECHA ( Otro )				
<b>TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR</b>	FECHA (11 años)			DESERCIÓN ESCOLAR	SI NO	BAJO RENDIMEINTO ESCOLAR		SI NO	FECHA (otro)		
<b>EVALUACIÓN ORAL COMPLETA</b>	FECHA	FLUOR BARNIZ	FECHA (1ra)	FECHA (2ra)		TAMIZAJE AGUDEZA VISUAL		FECHA			
<b>INMUNIZACIONES</b>	VACUNA CONTRA LA INFLUENCIA	FECHA (1ra dosis)	VACUNA CONTRA LA COVID-19	FECHA		CALENDARIO IRREGULAR/ COMORBILIDAD		FECHA			



[illegible]



## CONSULTA

Fecha:		Hora:		Edad:	
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos) PARA TODAS LAS EDADES					
Bajo peso para la talla		SI		NO	
Desnutrición (piel ligeramente lenta para retomar a su nivel normal)					
traumatismo / Quemaduras					
Envenenamiento					
Palidez palmar intenso					
Presenta otros signos de alarma					
Especifique:					
ANAMNESIS: Motivo de consultas					
1. Motivo de consulta:					
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio Curso:					
SIGNOS		Signos Vitales		T°	
EVAL. NUT.		Signos Biológicos		SED	
		Medidas Antrop.		PESO	
				SUENO	
				TALLA	
				FC	
				ORINA	
				DEPOSICION	
				PER. ABDOM	
				IMC	
Examen Físico					
General:					
Cabeza:					
Tórax:					
Abdomen:					
Columna vertebral:					
Extremidades:					
Genitourinario/ano:					
Piel y Anexos:					
Diagnóstico					
1. Diagnóstico Nosológico o Sindrómico					
2. Condición de crecimiento y estado nutricional					
Normal					
Riesgo de desnutrición					
Disminución					
Sobrepeso					
Obesidad					
Observación:					
Factores determinados de la salud y nutrición y desarrollo					
Tratamiento					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
Exámenes Auxiliares					
Hb Obs mg/dL					
Hb. Ajust. mg/dL					
Referencia (lugar y motivo)					
Próxima Cita:					
Atendido por:					
Observación:					
Firma y Sello:					
Fecha:					
Hora:					
Edad:					
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos) PARA TODAS LAS EDADES					
Bajo peso para la talla		SI		NO	
Desnutrición (piel ligeramente lenta para retomar a su nivel normal)					
traumatismo / Quemaduras					
Envenenamiento					
Palidez palmar intenso					
Presenta otros signos de alarma					
Especifique:					
ANAMNESIS: Motivo de consultas					
1. Motivo de consulta:					
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio Curso:					
SIGNOS		Signos Vitales		T°	
EVAL. NUT.		Signos Biológicos		SED	
		Medidas Antrop.		PESO	
				SUENO	
				TALLA	
				FC	
				ORINA	
				DEPOSICION	
				PER. ABDOM	
				IMC	
Examen Físico					
General:					
Cabeza:					
Tórax:					
Abdomen:					
Columna vertebral:					
Extremidades:					
Genitourinario/ano:					
Piel y Anexos:					
Diagnóstico					
1. Diagnóstico Nosológico o Sindrómico					
2. Condición de crecimiento y estado nutricional					
Normal					
Riesgo de desnutrición					
Disminución					
Sobrepeso					
Obesidad					
Observación:					
Factores determinados de la salud y nutrición y desarrollo					
Tratamiento					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
Exámenes Auxiliares					
Hb Obs mg/dL					
Hb. Ajust. mg/dL					
Referencia (lugar y motivo)					
Próxima Cita:					
Atendido por:					
Observación:					
Firma y Sello:					

CONSULTA

Fecha:	Hora:	Edad:									
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos) <b>PARA TODAS LAS EDADES</b> Bajo peso para la talla Desnutrición (piel ligeramente lenta para retomar a su nivel normal) traumatismo / Quemaduras Envenenamiento Palidez palmar intenso Presenta otros signos de alarma											
SI NO <table border="1" style="width:100%"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>										¿Quién cuida al niño? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Participa el padre en el cuidado del niño? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿El niño recibe muestras de afecto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Deserción escolar Bajo rendimiento escolar	
Especifique:.....											

ANAMNESIS: Motivo de consultas

1. Motivo de consulta:

Tiempo de enfermedad:		Forma de inicio		Curso:	
SIGNOS	Signos Vitales	T°	PA	FC	FR
	Signos Biológicos	SED	SUENO	ORINA	DEPOSICIÓN
Eval. Nut.	Medidas Antrop.	PESO	TALLA	PER. ABDOM	IMC
Examen Físico	General:				
	Cabeza:				
	Tórax:				
	Abdomen:				
	Columna vertebral:				
	Extremidades:				
	Genitourinario/ano:				
Diagnóstico	Piel y Anexos:				
	1. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico				
	2. Condición de crecimiento y estado nutricional				
	Normal				
	Riesgo de desnutrición				
	Disminución				
	Sobrepeso				
Tratamiento	Observación:				
	Obesidad				
	ACUERDOS Y COMPROMISOS NEGOCIADOS CON LA MADRE Y/O CUIDADOR:				
	Exámenes Auxiliares				
	Hb Obs mg/dL				
	Hb. Ajust. mg/dL				
	Referencia (lugar y motivo)				
Próxima Cita:					
Atendido por:					
Firma y Sello:					
Observación:					

Fecha:	Hora:	Edad:									
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos) <b>PARA TODAS LAS EDADES</b> Bajo peso para la talla Desnutrición (piel ligeramente lenta para retomar a su nivel normal) traumatismo / Quemaduras Envenenamiento Palidez palmar intenso Presenta otros signos de alarma											
SI NO <table border="1" style="width:100%"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>										¿Quién cuida al niño? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Participa el padre en el cuidado del niño? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿El niño recibe muestras de afecto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Deserción escolar Bajo rendimiento escolar	
Especifique:.....											

ANAMNESIS: Motivo de consultas

1. Motivo de consulta:

Tiempo de enfermedad:		Forma de inicio		Curso:	
SIGNOS	Signos Vitales	T°	PA	FC	FR
	Signos Biológicos	SED	SUENO	ORINA	DEPOSICIÓN
Eval. Nut.	Medidas Antrop.	PESO	TALLA	PER. ABDOM	IMC
Examen Físico	General:				
	Cabeza:				
	Tórax:				
	Abdomen:				
	Columna vertebral:				
	Extremidades:				
	Genitourinario/ano:				
Diagnóstico	Piel y Anexos:				
	1. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico				
	2. Condición de crecimiento y estado nutricional				
	Normal				
	Riesgo de desnutrición				
	Disminución				
	Sobrepeso				
Tratamiento	Observación:				
	Obesidad				
	ACUERDOS Y COMPROMISOS NEGOCIADOS CON LA MADRE Y/O CUIDADOR:				
	Exámenes Auxiliares				
	Hb Obs mg/dL				
	Hb. Ajust. mg/dL				
	Referencia (lugar y motivo)				
Próxima Cita:					
Atendido por:					
Firma y Sello:					
Observación:					





NOMBRES Y APELLIDOS:..... HCL:.....

N° SIS:..... TELF/CEL:..... CUI:.....



3

## CONSULTA

Fecha:		Hora:		Edad:																															
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos) <b>PARA TODAS LAS EDADES</b> Bajo peso para la talla Desnutrición (piel ligeramente lenta para retornar a su nivel normal traumatismo / Quemaduras Envenenamiento Palidez palmar intenso Presenta otros signos de alarma																																			
		<table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		SI	NO									¿Quién cuida al niño? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Participa el padre en el cuidado del niño? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿El niño recibe muestras de afecto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Deserción escolar Bajo rendimiento escolar																					
SI	NO																																		
Especifique:.....																																			
ANAMNESIS: Motivo de consultas																																			
1. Motivo de consulta:																																			
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio Curso:																																			
SIGNOS	Signos Vitales	T°	PA	FC	FR																														
Signos Biológicos	SED	SUENO	ORINA	DEPOSICION																															
EVAL. NUT.	Medidas Antrop.	PESO	TALLA	PER. ABDOM	IMC																														
Examen Físico	General:																																		
	Cabeza:																																		
	Tórax:																																		
	Abdomen:																																		
	Columna vertebral:																																		
	Extremidades:																																		
	Genitourinario/ano:																																		
Diagnóstico	Piel y Anexos:																																		
	1. Diagnóstico Nosológico o Sindrómico																																		
	2. Condición de crecimiento y estado nutricional																																		
	<table border="1"><tr><td></td><td>P/E</td><td>P/T</td><td>T/E</td><td>IMC</td></tr><tr><td>Normal</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Riesgo de desnutrición</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Disminución</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Sobrepeso</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Obesidad</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						P/E	P/T	T/E	IMC	Normal					Riesgo de desnutrición					Disminución					Sobrepeso					Obesidad				
		P/E	P/T	T/E	IMC																														
	Normal																																		
	Riesgo de desnutrición																																		
Disminución																																			
Sobrepeso																																			
Obesidad																																			
Factores determinados de la salud y nutrición y desarrollo																																			
Observación:																																			
Tratamiento	1																																		
	2																																		
	3																																		
	4																																		
	5																																		
	6																																		
	ACUERDOS Y COMPROMISOS NEGOCIADOS CON LA MADRE Y/O CUIDADOR:																																		
Exámenes Auxiliares	Hb Obs	mg/dL	Referencia (lugar y motivo)																																
	Hb. Ajust.	mg/dL																																	
Próxima Cita:	Atendido por:																																		
Observación:	Firma y Sello:																																		

Fecha:		Hora:		Edad:																															
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos) <b>PARA TODAS LAS EDADES</b> Bajo peso para la talla Desnutrición (piel ligeramente lenta para retornar a su nivel normal traumatismo / Quemaduras Envenenamiento Palidez palmar intenso Presenta otros signos de alarma																																			
		<table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		SI	NO									¿Quién cuida al niño? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Participa el padre en el cuidado del niño? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿El niño recibe muestras de afecto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Deserción escolar Bajo rendimiento escolar																					
SI	NO																																		
Especifique:.....																																			
ANAMNESIS: Motivo de consultas																																			
1. Motivo de consulta:																																			
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio Curso:																																			
SIGNOS	Signos Vitales	T°	PA	FC	FR																														
Signos Biológicos	SED	SUENO	ORINA	DEPOSICION																															
EVAL. NUT.	Medidas Antrop.	PESO	TALLA	PER. ABDOM	IMC																														
Examen Físico	General:																																		
	Cabeza:																																		
	Tórax:																																		
	Abdomen:																																		
	Columna vertebral:																																		
	Extremidades:																																		
	Genitourinario/ano:																																		
Diagnóstico	Piel y Anexos:																																		
	1. Diagnóstico Nosológico o Sindrómico																																		
	2. Condición de crecimiento y estado nutricional																																		
	<table border="1"><tr><td></td><td>P/E</td><td>P/T</td><td>T/E</td><td>IMC</td></tr><tr><td>Normal</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Riesgo de desnutrición</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Disminución</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Sobrepeso</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Obesidad</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						P/E	P/T	T/E	IMC	Normal					Riesgo de desnutrición					Disminución					Sobrepeso					Obesidad				
		P/E	P/T	T/E	IMC																														
	Normal																																		
	Riesgo de desnutrición																																		
Disminución																																			
Sobrepeso																																			
Obesidad																																			
Factores determinados de la salud y nutrición y desarrollo																																			
Observación:																																			
Tratamiento	1																																		
	2																																		
	3																																		
	4																																		
	5																																		
	6																																		
	ACUERDOS Y COMPROMISOS NEGOCIADOS CON LA MADRE Y/O CUIDADOR:																																		
Exámenes Auxiliares	Hb Obs	mg/dL	Referencia (lugar y motivo)																																
	Hb. Ajust.	mg/dL																																	
Próxima Cita:	Atendido por:																																		
Observación:	Firma y Sello:																																		

Fecha:		Hora:	Edad:		CONSULTA	
<b>Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)</b> <b>PARA TODAS LAS EDADES</b> Bajo peso para la talla Desnutrición (piel ligeramente lenta para retornar a su nivel normal) traumatismo / Quemaduras Envenenamiento Palidez palmar intenso Presenta otros signos de alarma			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>SI</div> <div>NO</div> </div>		¿Quién cuida al niño? ¿Participa el padre en el cuidado del niño? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿El niño recibe muestras de afecto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Deserción escobar Bajo rendimiento escolar	
Especifique:			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ANAMNESIS: Motivo de consultas						
1. Motivo de consulta:						
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio Curso:						
SIGNOS	Signos Vitales	T°	PA	FC	FR	
EVAL. NUT.	Signos Biológicos	SED	SUENO	ORINA	DEPOSICION	
	Medidas Antrop.	PESO	TALLA	PER. ABDOM	IMC	
Examen Físico	General:					
	Cabeza:					
	Tórax:					
	Abdomen:					
	Columna vertebral:					
	Extremidades:					
Diagnóstico	Genitourinario/ano:					
	Piel y Anexos:					
	1. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico					
	2. Condición de crecimiento y estado nutricional					
	Normal					
	Riesgo de desnutrición					
Tratamiento	Disminución					
	Sobrepeso					
	Obesidad					
	Observación:					
	ACUERDOS Y COMPROMISOS NEGOCIADOS CON LA MADRE Y/O CUIDADOR:					
Exámenes Auxiliares	Hb Obs	mg/dL	Referencia (lugar y motivo)			
Próxima Cita:	Hb. Ajust.	mg/dL				
Observación:						
Atendido por: Firma y Sello:						

Fecha:		Hora:	Edad:		CONSULTA	
<b>Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)</b> <b>PARA TODAS LAS EDADES</b> Bajo peso para la talla Desnutrición (piel ligeramente lenta para retornar a su nivel normal) traumatismo / Quemaduras Envenenamiento Palidez palmar intenso Presenta otros signos de alarma			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>SI</div> <div>NO</div> </div>		¿Quién cuida al niño? ¿Participa el padre en el cuidado del niño? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿El niño recibe muestras de afecto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Deserción escobar Bajo rendimiento escolar	
Especifique:			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ANAMNESIS: Motivo de consultas						
1. Motivo de consulta:						
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio Curso:						
SIGNOS	Signos Vitales	T°	PA	FC	FR	
EVAL. NUT.	Signos Biológicos	SED	SUENO	ORINA	DEPOSICION	
	Medidas Antrop.	PESO	TALLA	PER. ABDOM	IMC	
Examen Físico	General:					
	Cabeza:					
	Tórax:					
	Abdomen:					
	Columna vertebral:					
	Extremidades:					
Diagnóstico	Genitourinario/ano:					
	Piel y Anexos:					
	1. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico					
	2. Condición de crecimiento y estado nutricional					
	Normal					
	Riesgo de desnutrición					
Tratamiento	Disminución					
	Sobrepeso					
	Obesidad					
	Observación:					
	ACUERDOS Y COMPROMISOS NEGOCIADOS CON LA MADRE Y/O CUIDADOR:					
Exámenes Auxiliares	Hb Obs	mg/dL	Referencia (lugar y motivo)			
Próxima Cita:	Hb. Ajust.	mg/dL				
Observación:						
Atendido por: Firma y Sello:						



NOMBRES Y APELLIDOS:..... HCL:.....

N° SIS:..... TELF/CEL:..... CUI:.....



3

CONSULTA													
Fecha:	Edad:												
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos) <b>PARA TODAS LAS EDADES</b> Bajo peso para la talla Desnutrición (piel ligeramente lenta para retornar a su nivel normal traumatismo / Quemaduras Envenenamiento Palidez palmar intenso Presenta otros signos de alarma	<table border="1"><thead><tr><th>SI</th><th>NO</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	SI	NO										
SI	NO												
¿Quién cuida al niño?													
¿Participa el padre en el cuidado del niño?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
¿El niño recibe muestras de afecto?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
Deserción escolar	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
Bajo rendimiento escolar	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
Especifique:.....													
ANAMNESIS: Motivo de consultas													
1. Motivo de consulta:													
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio Curso:													
SIGNOS	Signos Vitales T° PA FC FR												
EVAL. NUT.	Signos Biológicos SED SUENO ORINA DEPOSICIÓN												
	Medidas Antrop. PESO TALLA PER. ABDOM IMC												
Examen Físico	General: Cabeza: Tórax: Abdomen: Columna vertebral: Extremidades: Genitourinario/ano: Piel y Anexos:												
Diagnóstico	1. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico 2. Condición de crecimiento y estado nutricional P/E P/T T/E IMC Normal Riesgo de desnutrición Disminución Sobrepeso Obesidad Observación:												
Tratamiento	1. ACUERDOS Y COMPROMISOS NEGOCIADOS CON LA MADRE Y/O CUIDADOR: 2. 3. 4. 5. 6.												
Exámenes Auxiliares	Hb Obs mg/dL Referencia (lugar y motivo) Hb. Ajust. mg/dL												
Próxima Cita:	Atendido por: Firma y Sello:												
Observación:													
Fecha:	Edad:												
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos) <b>PARA TODAS LAS EDADES</b> Bajo peso para la talla Desnutrición (piel ligeramente lenta para retornar a su nivel normal traumatismo / Quemaduras Envenenamiento Palidez palmar intenso Presenta otros signos de alarma	<table border="1"><thead><tr><th>SI</th><th>NO</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	SI	NO										
SI	NO												
¿Quién cuida al niño?													
¿Participa el padre en el cuidado del niño?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
¿El niño recibe muestras de afecto?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
Deserción escolar	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
Bajo rendimiento escolar	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
Especifique:.....													
ANAMNESIS: Motivo de consultas													
1. Motivo de consulta:													
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio Curso:													
SIGNOS	Signos Vitales T° PA FC FR												
EVAL. NUT.	Signos Biológicos SED SUENO ORINA DEPOSICIÓN												
	Medidas Antrop. PESO TALLA PER. ABDOM IMC												
Examen Físico	General: Cabeza: Tórax: Abdomen: Columna vertebral: Extremidades: Genitourinario/ano: Piel y Anexos:												
Diagnóstico	1. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico 2. Condición de crecimiento y estado nutricional P/E P/T T/E IMC Normal Riesgo de desnutrición Disminución Sobrepeso Obesidad Observación:												
Tratamiento	1. ACUERDOS Y COMPROMISOS NEGOCIADOS CON LA MADRE Y/O CUIDADOR: 2. 3. 4. 5. 6.												
Exámenes Auxiliares	Hb Obs mg/dL Referencia (lugar y motivo) Hb. Ajust. mg/dL												
Próxima Cita:	Atendido por: Firma y Sello:												
Observación:													



N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

CUI/DNI: \_\_\_\_\_ F. N.: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Atención personales : \_\_\_\_\_ T° \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ VA.HB. \_\_\_\_\_ g/dl

Apetito: \_\_\_\_\_ Sed: \_\_\_\_\_ Deposiciones: \_\_\_\_\_ Sueño: \_\_\_\_\_ Orina: \_\_\_\_\_

FECHA	EDAD	PESO (kg)	TALLA (cm)	P/E	T/E	P/T	DIAGNÓSTICO

Consistencia de alimentación: \_\_\_\_\_ Cantidad de alimentación: \_\_\_\_\_

### FRECUENCIA DE ALIMENTOS

	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL
Lacteos( leche, queso, yogurt)			
Carnes ( pollo, pavo, res, gallina, chanco, cuy)			
Vísceras (hígado, sangresita, y otros)			
Huevo			
Cereales (arroz, avena, quinua, trigo, pan)			
Tuberculos (papa, camote, yuca, olluco, oca)			
Menestras (choclo, lenteja, haba, arvejas, frijol)			
Frutas( manzana, pera, mango, plátano, tuna, lima, granadilla, maracuya, papaya)			
Verduras( Lechuga, espinaca, acelga, brocoli, tomate, pepino, cebolla, repollo)			
Hierva buena, perejil, apio, poro y otros)			
Grasas ( vegetal, PUFA, MOFA; SFA) ( Frituras, manteca, aceite)			
Agua o refresco natural (aguade manzana, chicha, jugo de maracuya, papaya, piña, y otros)			
Azucar, sal yodada			

Suplementación preventiva con hierro N° SF/PO/MN: \_\_\_\_\_

Y/O Tratamiento con hierro N°SF/PO: \_\_\_\_\_

Suplementos Nutricionales: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FACTORES CAUSALES: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO NUTRICIONAL/ACUERDOS: \_\_\_\_\_

Exámenes auxiliares \_\_\_\_\_ Interconsulta \_\_\_\_\_ Prox. cita \_\_\_\_\_

Firma y Sello del profesional que presta la atención:

FECHA: \_\_\_\_\_

FACTORES CAUSALES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO NUTRICIONAL/ACUERDOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exámenes auxiliares \_\_\_\_\_ Interconsulta \_\_\_\_\_ Prox. cita \_\_\_\_\_

Firma y Sello del profesional que presta la atención:

FECHA: \_\_\_\_\_

FACTORES CAUSALES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO NUTRICIONAL/ACUERDOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exámenes auxiliares \_\_\_\_\_ Interconsulta \_\_\_\_\_ Prox. cita \_\_\_\_\_

Firma y Sello del profesional que presta la atención:

FECHA: \_\_\_\_\_

FACTORES CAUSALES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO NUTRICIONAL/ACUERDOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exámenes auxiliares \_\_\_\_\_ Interconsulta \_\_\_\_\_ Prox. cita \_\_\_\_\_

Firma y Sello del profesional que presta la atención:

FECHA: \_\_\_\_\_

FACTORES CAUSALES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO NUTRICIONAL/ACUERDOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exámenes auxiliares \_\_\_\_\_ Interconsulta \_\_\_\_\_ Prox. cita \_\_\_\_\_

Firma y Sello del profesional que presta la atención:

FECHA: \_\_\_\_\_

FACTORES CAUSALES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO NUTRICIONAL/ACUERDOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exámenes auxiliares \_\_\_\_\_ Interconsulta \_\_\_\_\_ Prox. cita \_\_\_\_\_

Firma y Sello del profesional que presta la atención:





Red Integrada de Salud San Ignacio  
Curso vida adulto  
**FICHA DE TAMIZAJE**  
VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL



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 niño y niña*

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><b>FÍSICO</b></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><b>PSICOLÓGICO</b></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><b>SEXUALES</b></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><b>NEGLIGENCIA</b></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><b>FÍSICO</b></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><b>PSICOLÓGICO</b></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><b>SEXUALES</b></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><b>NEGLIGENCIA</b></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, 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><b>FÍSICO</b></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><b>PSICOLÓGICO</b></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><b>SEXUALES</b></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><b>NEGLIGENCIA</b></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, 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><b>FÍSICO</b></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><b>PSICOLÓGICO</b></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><b>SEXUALES</b></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><b>NEGLIGENCIA</b></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>



Red Integrada de Salud San Ignacio  
Curso vida adulto  
**FICHA DE TAMIZAJE**  
VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL



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 niño y niña*

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

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

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

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





Red Integrada de Salud San Ignacio  
Curso vida adulto  
**FICHA DE TAMIZAJE**  
VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL



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 niño y niña*

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><b>FÍSICO</b></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><b>PSICOLÓGICO</b></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><b>SEXUALES</b></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><b>NEGLIGENCIA</b></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"/> ATENIDO POR: _____ FECHA: _____ NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____ FIRMA: _____</p>	<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><b>FÍSICO</b></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><b>PSICOLÓGICO</b></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><b>SEXUALES</b></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><b>NEGLIGENCIA</b></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"/> ATENIDO POR: _____ FECHA: _____ NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____ FIRMA: _____</p>	<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><b>FÍSICO</b></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><b>PSICOLÓGICO</b></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><b>SEXUALES</b></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><b>NEGLIGENCIA</b></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"/> ATENIDO POR: _____ FECHA: _____ NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____ FIRMA: _____</p>	<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><b>FÍSICO</b></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><b>PSICOLÓGICO</b></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><b>SEXUALES</b></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><b>NEGLIGENCIA</b></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"/> ATENIDO POR: _____ FECHA: _____ NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____ FIRMA: _____</p>



Red Integrada de Salud San Ignacio  
Curso vida adulto  
**FICHA DE TAMIZAJE**  
VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL



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 niño y niña*

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"/>
¿Quién?		
Si es padre o madre de familia:	SI	NO
¿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"/>
<b>FÍSICO</b>		
<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables		
<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras		
<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables		
<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras		
<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, 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"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).		
<b>PSICOLÓGICO</b>		
<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.		
<input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.		
<input type="checkbox"/> Retraimiento.		
<input type="checkbox"/> Llanto frecuente.		
<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.		
<input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.		
<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.		
<input type="checkbox"/> Tartamudeo.		
<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar		
<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.		
<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar		
<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde		
<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico		
<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas		
<input type="checkbox"/> Intento de suicidio		
<input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.		
<b>SEXUALES</b>		
<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)		
<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.		
<input type="checkbox"/> Embarazo precoz		
<input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.		
<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual		
<b>NEGLIGENCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.		
<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.		
<input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente		
<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño		
<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo		
<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.		
ESTADO	CON VF	SIN VF
ATENDIDO POR		FECHA
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN:		
FIRMA:		

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"/>
¿Quién?		
Si es padre o madre de familia:	SI	NO
¿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"/>
<b>FÍSICO</b>		
<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables		
<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras		
<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables		
<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras		
<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, 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"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).		
<b>PSICOLÓGICO</b>		
<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.		
<input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.		
<input type="checkbox"/> Retraimiento.		
<input type="checkbox"/> Llanto frecuente.		
<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.		
<input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.		
<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.		
<input type="checkbox"/> Tartamudeo.		
<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar		
<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.		
<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar		
<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde		
<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico		
<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas		
<input type="checkbox"/> Intento de suicidio		
<input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.		
<b>SEXUALES</b>		
<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)		
<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.		
<input type="checkbox"/> Embarazo precoz		
<input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.		
<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual		
<b>NEGLIGENCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.		
<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.		
<input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente		
<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño		
<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo		
<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.		
ESTADO	CON VF	SIN VF
ATENDIDO POR		FECHA
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN:		
FIRMA:		

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"/>
¿Quién?		
Si es padre o madre de familia:	SI	NO
¿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"/>
<b>FÍSICO</b>		
<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables		
<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras		
<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables		
<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras		
<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, 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"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).		
<b>PSICOLÓGICO</b>		
<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.		
<input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.		
<input type="checkbox"/> Retraimiento.		
<input type="checkbox"/> Llanto frecuente.		
<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.		
<input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.		
<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.		
<input type="checkbox"/> Tartamudeo.		
<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar		
<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.		
<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar		
<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde		
<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico		
<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas		
<input type="checkbox"/> Intento de suicidio		
<input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.		
<b>SEXUALES</b>		
<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)		
<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.		
<input type="checkbox"/> Embarazo precoz		
<input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.		
<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual		
<b>NEGLIGENCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.		
<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.		
<input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente		
<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño		
<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo		
<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.		
ESTADO	CON VF	SIN VF
ATENDIDO POR		FECHA
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN:		
FIRMA:		

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"/>
¿Quién?		
Si es padre o madre de familia:	SI	NO
¿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"/>
<b>FÍSICO</b>		
<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables		
<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras		
<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables		
<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras		
<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, 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"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).		
<b>PSICOLÓGICO</b>		
<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.		
<input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.		
<input type="checkbox"/> Retraimiento.		
<input type="checkbox"/> Llanto frecuente.		
<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.		
<input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.		
<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.		
<input type="checkbox"/> Tartamudeo.		
<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar		
<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.		
<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar		
<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde		
<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico		
<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas		
<input type="checkbox"/> Intento de suicidio		
<input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.		
<b>SEXUALES</b>		
<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)		
<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.		
<input type="checkbox"/> Embarazo precoz		
<input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.		
<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual		
<b>NEGLIGENCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.		
<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.		
<input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente		
<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño		
<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo		
<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.		
ESTADO	CON VF	SIN VF
ATENDIDO POR		FECHA
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN:		
FIRMA:		



## FICHA DE EVALUACIÓN ODONTO-ESTOMATOLÓGICA

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

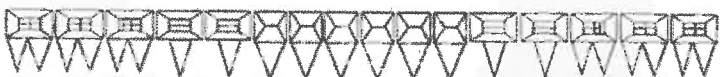
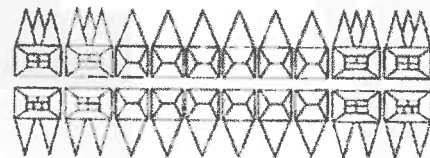
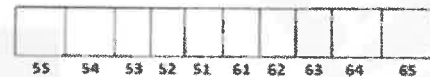
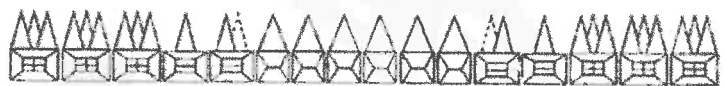
### INTRAORAL

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:

### Paquetes Preventivos

	1 Sesión	2 sesión
Instrucción de H.O		
Asesoría Nutricional		
Profilaxis dental		
Aplicación de Flúor		
Aplicación de sellantes	N° 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:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

INDICE 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

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-s) **	Placa blanda *	Piezas		Placa calcificada**
		D	P	
0		5.5 (v)	1.6 (v)	
1		5.1 (v)	1.1 (v)	
2		6.5 (v)	2.6 (v)	
3		7.5 (L)	3.6 (L)	
		7.1 (v)	3.1 (v)	
		8.5 (L)	4.6 (L)	
SUMA 6 PIEZAS/6				
INDICE DE PB Y PC				
IHO-s				

\*\* A partir de adolescente

\* Aplica a grupo niño



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:

FECHA:     /     /

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES: \_\_\_\_\_

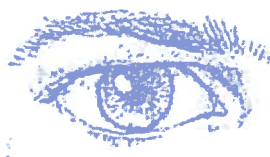
**1. AGUDEZA VISUAL:**

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: \_\_\_\_\_

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		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		OBSERVACIÓN:	

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 PRÓXIMA 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		OBSERVACIÓN:

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