

FICHA DE TAMIZAJE

VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATADO INFANTIL

DIRESA:

Fecha:

ESTABLECIMIENTO:

SERVICIO: ☐ Emergencia ☐ Pediatría ☐ Ginecología ☐ Obstetricia ☐ CRED ☐ Medicina ☐ PP. FF. ☐ Otros

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO / A:

EDAD: SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino

DIRECCIÓN:

Lea al Paciente:

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para que participen ellas en la solución de su problema, por favor, **conteste a** estas preguntas:

Pregunta:

Si es adulto (a):

¿Alguna vez ha sido maltratado psicológicamente? (insultos, chantajes, etc.)

SÍ NO

☐ ☐

¿Quién?

¿Alguna vez ha sido maltratado físicamente?

☐ ☐

¿Desde cuándo?

¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales?

☐ ☐

¿Cuándo fue la última vez?

Si es niño y- niña - adolescente:

¿Te castigan tu papá o tu mamá? ¿Cómo?

SÍ NO

☐ ☐

¿Quién?

¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?

☐ ☐

¿Desde cuándo?

¿Cuándo fue la última vez?

Marque con aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observa...

FÍSICO

- ☐ Hematomas, contusiones inexplicables
- ☐ Cicatrices, quemaduras
- ☐ Fracturas inexplicables
- ☐ Marca de mordeduras
- ☐ Lesiones de vulvo, perineo, recto, etc.
- ☐ Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.
- ☐ Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño)
- ☐ Problemas de apetito
- ☐ Enuresis (niños)

PSICOLÓGICO

- ☐ Extrema falta de confianza en sí mismo
- ☐ Tristeza, depresión o angustia
- ☐ Retraimiento
- ☐ Llanto frecuente
- ☐ Exagerada necesidad de ganar, sobresalir
- ☐ Demandas excesivas de atención
- ☐ Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños
- ☐ Tartamudeo
- ☐ Temor a los padres o de llegar al hogar
- ☐ Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad
- ☐ Ausentismo escolar
- ☐ Llegar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde
- ☐ Bajo rendimiento académico
- ☐ Aislamiento de personas
- ☐ Intento de suicidio
- ☐ Uso de alcohol, drogas, Tranquilizantes o analgésicos

SEXUALES

- ☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños)
- ☐ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona vaginal
- ☐ Embarazo Precoz
- ☐ Abortos o amenazas de aborto
- ☐ Enfermedad de transmisión sexual

NEGLIGENCIA

- ☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento
- ☐ No tiene vacunas o atención de salud
- ☐ Tiene Accidentes o enfermedades muy frecuentes
- ☐ Descuido en la higiene y falta de estimulación del desarrollo
- ☐ Fatiga, sueño, hambre

Fecha:

DERIVADO POR: FIRMA Y SELLO:

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIÓ EL CASO:

REFERENCIA A: HOSPITAL ☐ CENTRO DE SALUD ☐ OTROS ☐



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección Regional
de Salud JunínRed de Salud
Valle del Mantaro

FICHA DE TAMIZAJE

VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATADO INFANTIL

DIRESA:

Fecha:

ESTABLECIMIENTO:

SERVICIO: ☐ Emergencia ☐ Pediatría ☐ Ginecología ☐ Obstetricia ☐ CRED ☐ Medicina ☐ PP. FF. ☐ Otros

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO / A:

EDAD: SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino

DIRECCIÓN:

Leo al Paciente:

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para que participen ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:

Pregunta:

Si es adulto (a):

¿Alguna vez ha sido maltratado psicológicamente? (insultos, chantajes, etc.)

Sí NO

☐ ☐

¿Quién?

¿Alguna vez ha sido maltratado físicamente?

☐ ☐

¿Desde cuándo?

¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales?

☐ ☐

¿Cuándo fue la última vez?

Si es niño y- niña - adolescente:

¿Te castigan tu papá o tu mamá? ¿Cómo?

Sí NO

☐ ☐

¿Quién?

¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?

☐ ☐

¿Desde cuándo?

¿Cuándo fue la última vez?

Marque con aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observa...

FÍSICO

- ☐ Hematomas, contusiones inexplicables
- ☐ Cicatrices, quemaduras
- ☐ Fracturas inexplicables
- ☐ Marca de mordeduras
- ☐ Lesiones de vulvo, perineo, recto, etc.
- ☐ Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.
- ☐ Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño)
- ☐ Problemas de apetito
- ☐ Enuresis (niños)

PSICOLÓGICO

- ☐ Extrema falta de confianza en si mismo
- ☐ Tristeza, depresión o angustia
- ☐ Retraimiento
- ☐ Llanto frecuente
- ☐ Exagerada necesidad de ganar, sobresalir
- ☐ Demandas excesivas de atención
- ☐ Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños
- ☐ Tartamudeo
- ☐ Temor a los padres o de llegar al hogar
- ☐ Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad
- ☐ Ausentismo escolar
- ☐ Llegar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde
- ☐ Bajo rendimiento académico
- ☐ Aislamiento de personas
- ☐ Intento de suicidio
- ☐ Uso de alcohol, drogas, Tranquilizantes o analgésicos

SEXUALES

- ☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños)
- ☐ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona vaginal
- ☐ Embarazo Precoz
- ☐ Abortos o amenazas de aborto
- ☐ Enfermedad de transmisión sexual

NEGLIGENCIA

- ☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento
- ☐ No tiene vacunas o atención de salud
- ☐ Tiene Accidentes o enfermedades muy frecuentes
- ☐ Descuido en la higiene y falta de estimulación del desarrollo
- ☐ Fatiga, sueño, hambre

Fecha:

DERIVADO POR:

FIRMA Y SELLO:

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIÓ EL CASO:

REFERENCIA A: HOSPITAL ☐CENTRO DE SALUD ☐OTROS ☐

FICHA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

H.C.: _____
Fecha: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ Gestante: ☐ SI ☐ NO
 CÓDIGO SIS: _____ N° DNI: _____ PROCEDENCIA: _____
 OCUPACIÓN: _____ ACOMPAÑANTE: _____
 EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____ T°: _____ P.A.: _____
 MOTIVO DE CONSULTA: _____
 ANTECEDENTES MEDICO PERSONALES: _____
 ANTECEDENTES MEDICO FAMILIARES: _____

EXAMEN CLINICO ESTOMATOLOGICO

Labios:	Normal ()	Alterada ()
Carrilos	Normal ()	Alterada ()
Paladar:	Normal ()	Alterada ()
Encía	Normal ()	Alterada ()
Lengua	Normal ()	Alterada ()
ATM	Asintomáticos ()	Sintomaticos ()
Oclusión:	Normal ()	Alterada ()
Piso de boca	Normal ()	Alterada ()

Observaciones

Uso de cepillo dental	Habitual	Ocasional	Nunca
Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Experiencia de caries	Hasta 3v / día	4v / día	Mayor a 4 veces / día
Estado de higiene (Indice IHO-S)	Buena 0 a 1,2	Regular 1,3 a 2	Mala 3,1 a 6
Indice CPOD / ceod	0,0 a 2,6	2,7 a 4,4	4,5 a 6,5
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S)	Placa blanda *	Piezas	Placa Calcificada
		1,6	
		1,1	
		2,6	
		3,6	
		3,1	
		4,6	
INDICE DE PB Y PC			
INDICE DE HO - S			

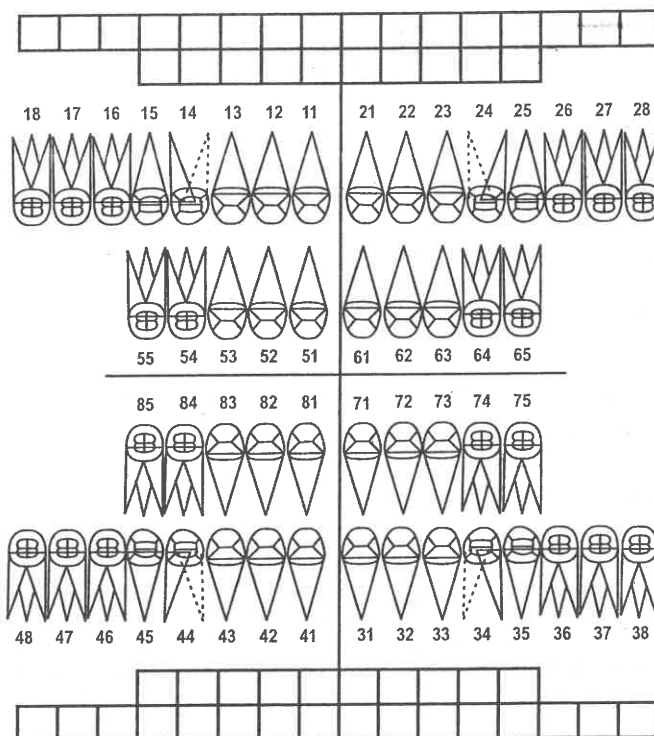
* aplica a grupo niño

** a partir de adolescente

INDICE CPOD / ceod

CARIADO	PERDIDO/EXTRACCIÓN INDICADA	OBTURADO	TOTAL	INDICE CPOD

ODONTOGRAMA



	1° s	2° s	3° s	4° s
Instrucción de higiene oral				
Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales				

EXÁMENES AUXILIARES: _____

DIAGNÓSTICO / CIE-10: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

EDAD : _____ PESO: _____ TALLA: _____ Tº: _____ P.A.: _____ Fecha: _____
 MOTIVO DE ATENCIÓN: _____
 DIAGNÓSTICO / CIE-10: _____
 TRATAMIENTO/ CDT: _____

Firma y sello del Profesional

EDAD : _____ PESO: _____ TALLA: _____ Tº: _____ P.A.: _____ Fecha: _____
 MOTIVO DE ATENCIÓN: _____
 DIAGNÓSTICO / CIE-10: _____
 TRATAMIENTO/ CDT: _____

Firma y sello del Profesional

EDAD : _____ PESO: _____ TALLA: _____ Tº: _____ P.A.: _____ Fecha: _____
 MOTIVO DE ATENCIÓN: _____

EXAMEN CLÍNICO

Labios: Normal () Alterada ()
 Carrilos: Normal () Alterada ()
 Paladar: Normal () Alterada ()
 Encía: Normal () Alterada ()
 Lengua: Normal () Alterada ()
 ATM: Asintomáticos () Sintomáticos ()
 Oclusión: Normal () Alterada ()
 Piso de boca: Normal () Alterada ()

Observaciones

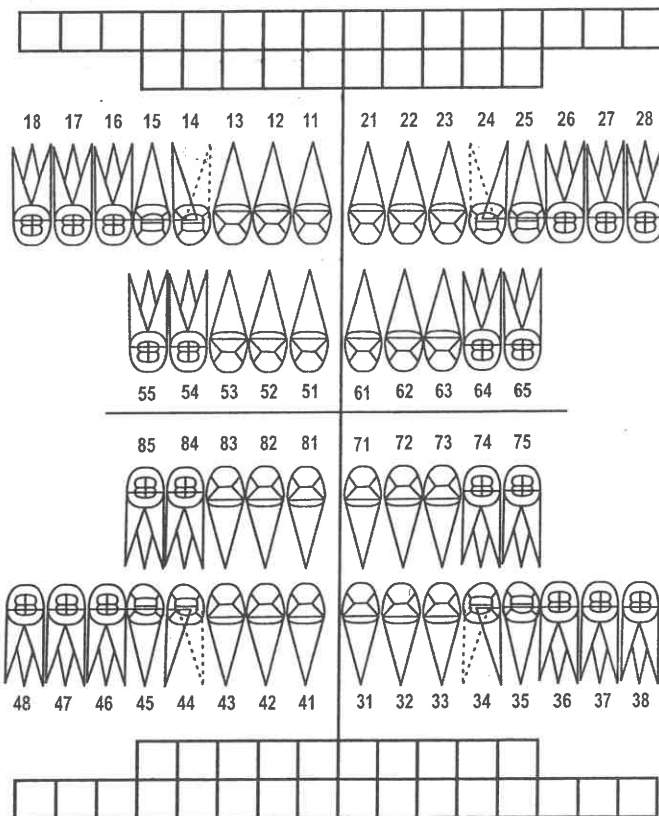
Uso de cepillo dental	Habitual	Ocasional	Nunca
Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/ día	4v/ día	Mayor a 4 veces /día
Estado de higiene (Indice IHO-S)	Buena 0 a 1,2	Regular 1,3 a 2	Mala 3,1 a 6
Indice CPOD / ceod	0,0 a 2,6	2,7 a 4,4	4,5 a 6,5
Riesgo Estomatológico	BAJO	MODERADO	ALTO
INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S)	Placa blanda *	Piezas	Placa Calcificada
		1,6	
		1,1	
		2,6	
		3,6	
		3,1	
		4,6	
INDICE DE PB Y PC			
INDICE DE HO - S			

- 2 Desechos blandos que cubren hasta las dos tercera partes de la superficie dental expuesta
 3 Residuos blandos que cubren más de las dos terceras partes de la superficie dental expuesta

INDICE CPOD / ceod

CARIADO	PERDIDO/EXTRACCIÓN INDICADA	OBTURADO	TOTAL	INDICE CPOD

ODONTOGRAMA



EXÁMENES AUXILIARES: _____

DIAGNÓSTICO / CIE-10: _____

* TRATAMIENTO / CDT: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL