

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE VARÓN

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Nº de Historia Clínica	<input type="text"/>	Código de Afiliación SIS u otro Seguro:	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	CUI	<input type="text"/>
Nombres	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección/Referencia	<input type="text"/>		
Madre, Padre o adulto referente	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
		DNI	<input type="text"/>

N°	FECHA			PROBLEMA CRÓNICOS	OBSERVACIONES

[illegible]

Nº	PRESTACIONES DE SALUD	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
1	EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO FÍSICO Y ESTADO NUTRICIONAL						
2	EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA AUDITIVA						
3	EVALUACIÓN FÍSICO POSTURAL						
4	EVALUACIÓN DE DESARROLLO PSICOSOCIAL Y DE HABILIDADES SOCIALES						
5	IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN						
6	EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SEXUAL (TANNER)						
7	TAMIZAJE DE VIOLENCIA						
8	DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES						
9	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA						
10	INMUNIZACIONES						
11	CONSEJERÍA INTEGRAL						
12	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA MORBILIDAD						
13	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA						
14	VISITA FAMILIAR INTEGRAL						
15	TALLERES						
16	TEMAS EDUCATIVOS						

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE VARÓN

FECHA	Día	Mes	Año		N° H.CL.
	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>		<input style="width: 100px;" type="text"/>

Apellidos:	Nombres:	Sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad:
<input style="width: 330px;" type="text"/>	<input style="width: 300px;" type="text"/>			<input style="width: 60px;" type="text"/>
Lugar de Nacimiento:	Procedencia:	F. Nac: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>		
<input style="width: 330px;" type="text"/>	<input style="width: 300px;" type="text"/>	Grupo sanguíneo <input style="width: 60px;" type="text"/> Rh <input style="width: 30px;" type="text"/>		
G° de Instrucción Centro Educativo:	Estado Civil:	Religión:	Ocupación:	
<input style="width: 90px;" type="text"/> <input style="width: 220px;" type="text"/>	<input style="width: 120px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 180px;" type="text"/>	
Acompañante:	G° de Parentesco del Acompañante:	Dirección		
<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 210px;" type="text"/>	<input style="width: 300px;" type="text"/>		

ANTECEDENTES PERSONALES	ANTECEDENTES FAMILIARES																																																																																																																																																																																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">Normales</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>no se</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>PERINATALES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CRECIMIENTO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DESARROLLO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 30%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No se</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>TBC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SOBA/ASMA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TRANSE. SANGUINEAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>USO DE MEDICINA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CONSUMO DE DROGAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>INTERVEN. QUIRURGICAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ALERGIAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ACCIDENTES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TRASTORNOS PSICOLOGICOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HOSPITALIZACIONES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 40%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No se</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>TBC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>OBESIDAD</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VIIH/DIDA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DIABETES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HIPERLIPIDEMIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>INFARTO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TRASTORNOS PSICOLOGICOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DROGAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VIOLENCIA INTRAFAMILIAR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MADRE ADOLESCENTE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MALTRATO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>OTROS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">Normales</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>no se</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>PERINATALES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CRECIMIENTO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DESARROLLO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Normales					Si	no se	No	PERINATALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CRECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESARROLLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No se</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>TBC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SOBA/ASMA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TRANSE. SANGUINEAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>USO DE MEDICINA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CONSUMO DE DROGAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>INTERVEN. QUIRURGICAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ALERGIAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ACCIDENTES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TRASTORNOS PSICOLOGICOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HOSPITALIZACIONES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Si	No se	No	TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOBA/ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRANSE. SANGUINEAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	USO DE MEDICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONSUMO DE DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INTERVEN. QUIRURGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACCIDENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRASTORNOS PSICOLOGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSPITALIZACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No se</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>TBC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>OBESIDAD</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VIIH/DIDA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DIABETES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HIPERLIPIDEMIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>INFARTO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TRASTORNOS PSICOLOGICOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DROGAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VIOLENCIA INTRAFAMILIAR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MADRE ADOLESCENTE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MALTRATO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>OTROS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Si	No se	No	TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OBESIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIIH/DIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPERLIPIDEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INFARTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRASTORNOS PSICOLOGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MADRE ADOLESCENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MALTRATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">VIVE CON:</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>MADRE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PADRE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HERMANOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HIJOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PAREJAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>OTROS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERENTE ADULTO _____</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 70%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">GRADO DE INSTRUCCION DE PADRES O REFERENTES ADULTOS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Padre</th> <th>Madre</th> <th>Otro</th> </tr> <tr> <td>ANALFABETO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">VIVE CON:</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>MADRE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PADRE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HERMANOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HIJOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PAREJAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>OTROS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERENTE ADULTO _____</td> </tr> </table>	VIVE CON:				Si	No	MADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERMANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PAREJAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REFERENTE ADULTO _____			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">GRADO DE INSTRUCCION DE PADRES O REFERENTES ADULTOS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Padre</th> <th>Madre</th> <th>Otro</th> </tr> <tr> <td>ANALFABETO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	GRADO DE INSTRUCCION DE PADRES O REFERENTES ADULTOS					Padre	Madre	Otro	ANALFABETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">Normales</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>no se</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>PERINATALES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CRECIMIENTO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DESARROLLO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Normales					Si	no se	No	PERINATALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CRECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESARROLLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No se</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>TBC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SOBA/ASMA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TRANSE. SANGUINEAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>USO DE MEDICINA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CONSUMO DE DROGAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>INTERVEN. QUIRURGICAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ALERGIAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ACCIDENTES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TRASTORNOS PSICOLOGICOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HOSPITALIZACIONES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Si	No se	No	TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOBA/ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRANSE. SANGUINEAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	USO DE MEDICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONSUMO DE DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INTERVEN. QUIRURGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACCIDENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRASTORNOS PSICOLOGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HOSPITALIZACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No se</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>TBC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>OBESIDAD</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VIIH/DIDA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DIABETES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HIPERLIPIDEMIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>INFARTO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TRASTORNOS PSICOLOGICOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DROGAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VIOLENCIA INTRAFAMILIAR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MADRE ADOLESCENTE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MALTRATO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>OTROS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Si	No se	No	TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OBESIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIIH/DIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPERLIPIDEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INFARTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRASTORNOS PSICOLOGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MADRE ADOLESCENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MALTRATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Normales																																																																																																																																																																																									
	Si	no se	No																																																																																																																																																																																						
PERINATALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
CRECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
DESARROLLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
	Si	No se	No																																																																																																																																																																																						
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
SOBA/ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
TRANSE. SANGUINEAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
USO DE MEDICINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
CONSUMO DE DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
INTERVEN. QUIRURGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
ACCIDENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
TRASTORNOS PSICOLOGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
HOSPITALIZACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
	Si	No se	No																																																																																																																																																																																						
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
OBESIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
VIIH/DIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
HIPERLIPIDEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
INFARTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
TRASTORNOS PSICOLOGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
MADRE ADOLESCENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
MALTRATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">VIVE CON:</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>MADRE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PADRE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HERMANOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HIJOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PAREJAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>OTROS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERENTE ADULTO _____</td> </tr> </table>	VIVE CON:				Si	No	MADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERMANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PAREJAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REFERENTE ADULTO _____			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">GRADO DE INSTRUCCION DE PADRES O REFERENTES ADULTOS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Padre</th> <th>Madre</th> <th>Otro</th> </tr> <tr> <td>ANALFABETO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	GRADO DE INSTRUCCION DE PADRES O REFERENTES ADULTOS					Padre	Madre	Otro	ANALFABETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																					
VIVE CON:																																																																																																																																																																																									
	Si	No																																																																																																																																																																																							
MADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																							
PADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																							
HERMANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																							
HIJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																							
PAREJAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																							
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																							
REFERENTE ADULTO _____																																																																																																																																																																																									
GRADO DE INSTRUCCION DE PADRES O REFERENTES ADULTOS																																																																																																																																																																																									
	Padre	Madre	Otro																																																																																																																																																																																						
ANALFABETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="6">INMUNIZACIONES</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">VACUNAS</th> <th colspan="5">DOSIS/ FECHA</th> </tr> <tr> <th>1°</th> <th>2°</th> <th>3°</th> <th>4°</th> <th>5°</th> </tr> <tr> <td>DT</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HB</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>FA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SPR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VPM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 70%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 70%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">ESPECIFIQUE: _____</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="6">INMUNIZACIONES</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">VACUNAS</th> <th colspan="5">DOSIS/ FECHA</th> </tr> <tr> <th>1°</th> <th>2°</th> <th>3°</th> <th>4°</th> <th>5°</th> </tr> <tr> <td>DT</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HB</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>FA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SPR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VPM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	INMUNIZACIONES						VACUNAS	DOSIS/ FECHA					1°	2°	3°	4°	5°	DT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VPM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 70%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">ESPECIFIQUE: _____</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Si	No	TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">ESPECIFIQUE: _____</td> </tr> </table>	ESPECIFIQUE: _____																																																																																																																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="6">INMUNIZACIONES</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">VACUNAS</th> <th colspan="5">DOSIS/ FECHA</th> </tr> <tr> <th>1°</th> <th>2°</th> <th>3°</th> <th>4°</th> <th>5°</th> </tr> <tr> <td>DT</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HB</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>FA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SPR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VPM</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	INMUNIZACIONES						VACUNAS	DOSIS/ FECHA					1°	2°	3°	4°	5°	DT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VPM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 70%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">ESPECIFIQUE: _____</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Si	No	TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">ESPECIFIQUE: _____</td> </tr> </table>	ESPECIFIQUE: _____																																																																																																																										
INMUNIZACIONES																																																																																																																																																																																									
VACUNAS	DOSIS/ FECHA																																																																																																																																																																																								
	1°	2°	3°	4°	5°																																																																																																																																																																																				
DT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																				
SR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																				
HB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																				
FA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																				
SPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																				
VPM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Si	No	TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">ESPECIFIQUE: _____</td> </tr> </table>	ESPECIFIQUE: _____																																																																																																																																																																																	
	Si	No																																																																																																																																																																																							
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																							
ESPECIFIQUE: _____																																																																																																																																																																																									

ANTECEDENTE PSICOSOCIALES																																																																																																										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>EDUCATIVOS</th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>ESTUDIA?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DE ACUERDO A LA EDAD?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NIVEL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO ESCOLARIZADO</td> <td><input type="checkbox"/> PRIMARIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA</td> <td><input type="checkbox"/> SUPERIOR</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>BAJO RENDIMIENTO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DESERCIÓN</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>REPITENCIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 70%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>LABORALES</th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>TRABAJAS?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>REMUNERADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ESTABLE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TIEMPO COMPLETO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>EDAD INICIO TRABAJO</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> <tr> <td>TIPO DE TRABAJO</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>EDUCATIVOS</th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>ESTUDIA?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DE ACUERDO A LA EDAD?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NIVEL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO ESCOLARIZADO</td> <td><input type="checkbox"/> PRIMARIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA</td> <td><input type="checkbox"/> SUPERIOR</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>BAJO RENDIMIENTO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DESERCIÓN</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>REPITENCIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	EDUCATIVOS	Si	No	ESTUDIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DE ACUERDO A LA EDAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NIVEL			NO ESCOLARIZADO	<input type="checkbox"/> PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/> SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	BAJO RENDIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESERCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REPITENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>LABORALES</th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>TRABAJAS?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>REMUNERADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ESTABLE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TIEMPO COMPLETO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>EDAD INICIO TRABAJO</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> <tr> <td>TIPO DE TRABAJO</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>	LABORALES	Si	No	TRABAJAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REMUNERADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIEMPO COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EDAD INICIO TRABAJO	_____		TIPO DE TRABAJO	_____		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>VIDA SOCIAL</th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>ERES ACEPTADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ERES IGNORADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TIENES AMIGOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TIENES PAREJA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HACES DEPORTES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORGANIZAC. JUVENILES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 70%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>HABITOS</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Frecuencia</th> </tr> <tr> <td>EJERCICIOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>TABACO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ALCOHOL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>DROGAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CONDUCE VEHIC.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>TELEVISIÓN (Horas/día)</td> <td colspan="3"><input style="width: 80px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>VIDEO JUEGO (Horas/día)</td> <td colspan="3"><input style="width: 80px;" type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>VIDA SOCIAL</th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>ERES ACEPTADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ERES IGNORADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TIENES AMIGOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TIENES PAREJA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HACES DEPORTES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORGANIZAC. JUVENILES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	VIDA SOCIAL	Si	No	ERES ACEPTADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERES IGNORADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIENES AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIENES PAREJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HACES DEPORTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ORGANIZAC. JUVENILES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>HABITOS</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Frecuencia</th> </tr> <tr> <td>EJERCICIOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>TABACO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ALCOHOL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>DROGAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CONDUCE VEHIC.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>TELEVISIÓN (Horas/día)</td> <td colspan="3"><input style="width: 80px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>VIDEO JUEGO (Horas/día)</td> <td colspan="3"><input style="width: 80px;" type="text"/></td> </tr> </table>	HABITOS	Si	No	Frecuencia	EJERCICIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	TABACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	ALCOHOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	CONDUCE VEHIC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	TELEVISIÓN (Horas/día)	<input style="width: 80px;" type="text"/>			VIDEO JUEGO (Horas/día)	<input style="width: 80px;" type="text"/>		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>EDUCATIVOS</th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>ESTUDIA?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DE ACUERDO A LA EDAD?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NIVEL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO ESCOLARIZADO</td> <td><input type="checkbox"/> PRIMARIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA</td> <td><input type="checkbox"/> SUPERIOR</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>BAJO RENDIMIENTO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DESERCIÓN</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>REPITENCIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	EDUCATIVOS	Si	No	ESTUDIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DE ACUERDO A LA EDAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NIVEL			NO ESCOLARIZADO	<input type="checkbox"/> PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/> SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	BAJO RENDIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESERCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REPITENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>LABORALES</th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>TRABAJAS?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>REMUNERADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ESTABLE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TIEMPO COMPLETO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>EDAD INICIO TRABAJO</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> <tr> <td>TIPO DE TRABAJO</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>	LABORALES	Si	No	TRABAJAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REMUNERADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIEMPO COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EDAD INICIO TRABAJO	_____		TIPO DE TRABAJO	_____																																																										
EDUCATIVOS	Si	No																																																																																																								
ESTUDIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
DE ACUERDO A LA EDAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
NIVEL																																																																																																										
NO ESCOLARIZADO	<input type="checkbox"/> PRIMARIA	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
SECUNDARIA	<input type="checkbox"/> SUPERIOR	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
BAJO RENDIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
DESERCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
REPITENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
LABORALES	Si	No																																																																																																								
TRABAJAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
REMUNERADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
ESTABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
TIEMPO COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
EDAD INICIO TRABAJO	_____																																																																																																									
TIPO DE TRABAJO	_____																																																																																																									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>VIDA SOCIAL</th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>ERES ACEPTADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ERES IGNORADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TIENES AMIGOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TIENES PAREJA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HACES DEPORTES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORGANIZAC. JUVENILES</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	VIDA SOCIAL	Si	No	ERES ACEPTADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERES IGNORADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIENES AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIENES PAREJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HACES DEPORTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ORGANIZAC. JUVENILES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>HABITOS</th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>Frecuencia</th> </tr> <tr> <td>EJERCICIOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>TABACO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ALCOHOL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>DROGAS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CONDUCE VEHIC.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>TELEVISIÓN (Horas/día)</td> <td colspan="3"><input style="width: 80px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>VIDEO JUEGO (Horas/día)</td> <td colspan="3"><input style="width: 80px;" type="text"/></td> </tr> </table>	HABITOS	Si	No	Frecuencia	EJERCICIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	TABACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	ALCOHOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	CONDUCE VEHIC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	TELEVISIÓN (Horas/día)	<input style="width: 80px;" type="text"/>			VIDEO JUEGO (Horas/día)	<input style="width: 80px;" type="text"/>																																																						
VIDA SOCIAL	Si	No																																																																																																								
ERES ACEPTADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
ERES IGNORADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
TIENES AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
TIENES PAREJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
HACES DEPORTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
ORGANIZAC. JUVENILES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
HABITOS	Si	No	Frecuencia																																																																																																							
EJERCICIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																																																							
TABACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																																																							
ALCOHOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																																																							
DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																																																							
CONDUCE VEHIC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																																																																																																							
TELEVISIÓN (Horas/día)	<input style="width: 80px;" type="text"/>																																																																																																									
VIDEO JUEGO (Horas/día)	<input style="width: 80px;" type="text"/>																																																																																																									

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA																																					
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Años</th> </tr> <tr> <td>ESPERMARQUIA</td> <td><input style="width: 60px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>EDAD INICIO RELACIÓN SEXUAL</td> <td><input style="width: 60px;" type="text"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 70%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>N°</th> </tr> <tr> <td>ABUSO SEXUAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HIJOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Años</th> </tr> <tr> <td>ESPERMARQUIA</td> <td><input style="width: 60px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>EDAD INICIO RELACIÓN SEXUAL</td> <td><input style="width: 60px;" type="text"/></td> </tr> </table>		Años	ESPERMARQUIA	<input style="width: 60px;" type="text"/>	EDAD INICIO RELACIÓN SEXUAL	<input style="width: 60px;" type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>N°</th> </tr> <tr> <td>ABUSO SEXUAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HIJOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Si	No	N°	ABUSO SEXUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>USA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SABE COMO PREVENIR UN EMBARAZO NO DESEADO?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SABE COMO PREVENIR LA TRASMISIÓN DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 70%;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Especificar _____</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>USA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SABE COMO PREVENIR UN EMBARAZO NO DESEADO?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SABE COMO PREVENIR LA TRASMISIÓN DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Si	No	USA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SABE COMO PREVENIR UN EMBARAZO NO DESEADO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SABE COMO PREVENIR LA TRASMISIÓN DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Especificar _____</td> </tr> </table>	Especificar _____	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Años</th> </tr> <tr> <td>ESPERMARQUIA</td> <td><input style="width: 60px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>EDAD INICIO RELACIÓN SEXUAL</td> <td><input style="width: 60px;" type="text"/></td> </tr> </table>		Años	ESPERMARQUIA	<input style="width: 60px;" type="text"/>	EDAD INICIO RELACIÓN SEXUAL	<input style="width: 60px;" type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>N°</th> </tr> <tr> <td>ABUSO SEXUAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HIJOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Si	No	N°	ABUSO SEXUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	Años																																				
ESPERMARQUIA	<input style="width: 60px;" type="text"/>																																				
EDAD INICIO RELACIÓN SEXUAL	<input style="width: 60px;" type="text"/>																																				
	Si	No	N°																																		
ABUSO SEXUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
HIJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> </tr> <tr> <td>USA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SABE COMO PREVENIR UN EMBARAZO NO DESEADO?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SABE COMO PREVENIR LA TRASMISIÓN DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Si	No	USA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SABE COMO PREVENIR UN EMBARAZO NO DESEADO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SABE COMO PREVENIR LA TRASMISIÓN DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Especificar _____</td> </tr> </table>	Especificar _____																							
	Si	No																																			
USA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
SABE COMO PREVENIR UN EMBARAZO NO DESEADO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
SABE COMO PREVENIR LA TRASMISIÓN DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Especificar _____																																					

OBSERVACIONES _____

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE				
SEGUIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS				
EVALUACIÓN NUTRICIONAL	FECHA			
	Perímetro Abdominal			
	Talla / Edad			
	Indice de Masa Corporal (IMC)			
	Alimentación			
EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SEXUAL SEGÚN TANNER	FECHA			
	Desarrollo de la mama			
	Desarrollo del pene			
	Desarrollo del vello pubiano			
EVALUACIÓN POSTURAL	FECHA			
	Columna			
	Rodilla			
	Pie			
EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA AUDITIVA	FECHA			
	Agudeza visual OD			
	Agudeza visual OI			
	Agudeza auditiva OD			
	Agudeza auditiva OI			
DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	FECHA			
	Determinación de Hematocrito			
	Dosaje de Colesterol			
	Dosaje de Glucosa			
	Examen de orina completo (determinacion de Proteina en orina)			
EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES	FECHA			
	Previniedo la Violencia			
	Comunicación			
	Control de ira			
	Autoestima			
	Toma de decisiones			
	Valores			
	Asertividad			
	Calificación total			
	APELLIDOS Y NOMBRES:			Nº HC

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE				
SEGUIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS				
EVALUACIÓN DE COLERA IRRITABILIDAD Y AGRESIÓN	FECHA			
	Cólera			
	Irritabilidad			
	Agresión			
	Calificación total			
TAMIZAJE DE VIOLENCIA	FECHA			
	Violencia Familiar			
	Violencia Sexual			
	Violencia Escolar			
	Violencia Política			
ESCOLARIDAD	FECHA			
	Asistencia a la escuela / colegio			
	Rendimiento Escolar			
	Deserción escolar			
HÁBITOS	FECHA			
	Uso del tiempo libre			
	Sedentarismo			
	Uso de alcohol			
	Uso de tabaco			
	Uso de drogas			
	Pertenencia a Pandillas			
SALUD SEXUALIDAD Y REPRODUCTIVA	FECHA			
	Pareja / enamorado (a)			
	Relaciones sexuales			
	Conducta sexual de riesgo			
	Dos o más parejas			
	Sexo sin protección			
	RS con personas del mismo sexo			
	RS con personas del otro sexo			
	Uso de método anticonceptivo			
	Conocimiento para prevenir embarazo no deseado			
	Conocimiento para prevenir la transmisión de ITS-VIH/SIDA			
APELLIDOS Y NOMBRES:				N°



HC: _____

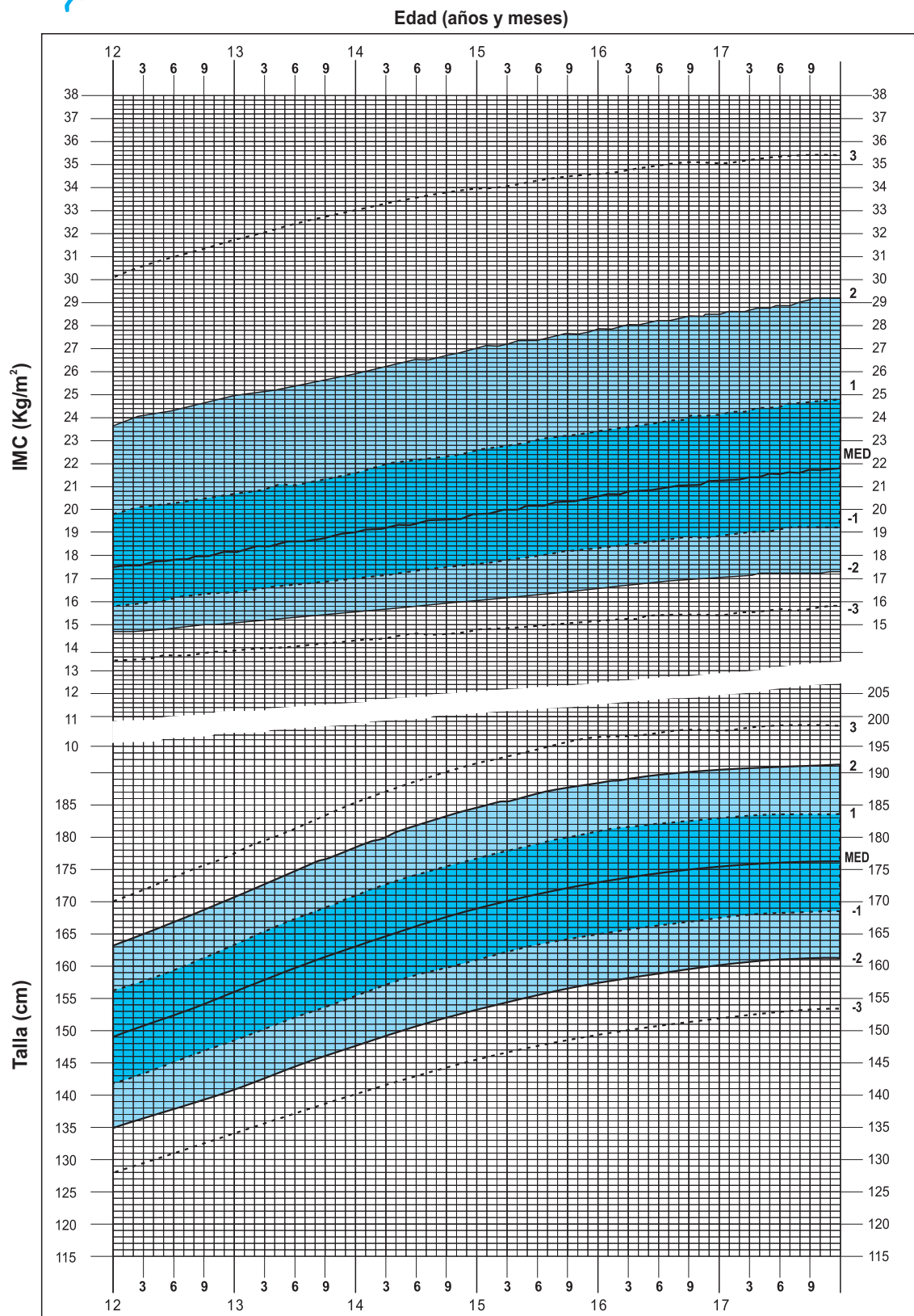
P10
P5

GRAFICA DEL CRECIMIENTO CORPORAL OMS 2007

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



NOMBRE: _____ HC: _____



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud

Centro Nacional de
Alimentación y Nutrición

Edad (años y meses)

Evaluación del desarrollo sexual en el Adolescente Varón (Estadios de Tanner)

Desarrollo genital

GENITALES	PRE-ADOLESCENTE
	TESTICULO, ESCROTO Y PENE IGUAL A UN NIÑO



EL ESCROTO Y EL PENE HAN AUMENTADO DE TAMAÑO, ESCROTO SONROSADO	13.4
---	------



MAYOR CRECIMIENTO DEL PENE, ESCROTO Y TESTICULOS	13.9
--	------



EL PENE CRECE EN LARGO Y ANCHO, CON DESARROLLO DEL GLANDE, LA PIEL DEL ESCROTO ESTÁ MAS PIGMENTADA Y OSCURA	14.1
---	------



ADULTO GENITALES CON CARACTERÍSTICAS ADULTO.	15.2
--	------



Estadio I

Estadio II

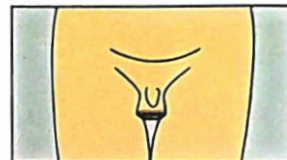
Estadio III

Estadio IV

Estadio V

Desarrollo del vello pubiano

VELLO PUBIANO	PRE-ADOLESCENTE
	EL VELLO ESTA DESARROLLADO SOLO SOBRE LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR NO HAY VELLO PÚBLICO



RALO, LIGERAMENTE PIGMENTADO, APARECE EN LA BASE DEL PENE	11.6
---	------



OSCURO, RISADO EN PEQUEÑA CANTIDAD SOBRE LA SINFISIS DEL PUBIS	12.6
--	------



VASTO, RIZADO PARECIDO AL DEL ADULTO, PERO EN MENOR CANTIDAD	12.6
--	------



ADULTO VELLO DISTRIBUIDO COMO UN TRIÁNGULO INVERSO, EXTENDIENDO HASTA LA SUPERFICIE MEDIAL DEL MUSLO	14.9
--	------



APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº HC

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL									
CONSULTA									
FECHA:		HORA:			EDAD:				
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:					
Signos y Síntomas:									
Relato cronológico:									
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO:									
APETITO:		SED:		SUEÑO:		ORINA:		DEPOSICIONES:	
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:		SI NO		VIAJO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:		SI NO		LUGAR:	
TOS HACE 15 DÍAS:		SI NO		SECRECIÓN O LESIÓN EN GENITALES:					SI NO
FUM:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:							
Ex. Físico:		T°:	P A:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	P. ABD:	
DIAGNÓSTICO <small>(Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)</small>			TIPO DX	CÓDIGO	TRATAMIENTO:	VIA	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN	
					MEDIDAS HIGIENICO - DIETÉTICAS:				
EXÁMENES AUXILIARES:					MEDIDAS PREVENTIVAS:				
					REFERENCIA (fecha, lugar y motivo):				
Próxima Cita:					Firma y Sello <small>(Colegio Profesional)</small>				
Observación:									
CONSULTA									
FECHA:		HORA:			EDAD:				
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:					
Signos y Síntomas:									
Relato cronológico:									
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO:									
APETITO:		SED:		SUEÑO:		ORINA:		DEPOSICIONES:	
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:		SI NO		VIAJO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:		SI NO		LUGAR:	
TOS HACE 15 DÍAS:		SI NO		SECRECIÓN O LESIÓN EN GENITALES:					SI NO
FUM:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:							
Ex. Físico:		T°:	P A:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	P. ABD:	
DIAGNÓSTICO <small>(Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)</small>			TIPO DX	CÓDIGO	TRATAMIENTO:	VIA	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN	
					MEDIDAS HIGIENICO - DIETÉTICAS:				
EXÁMENES AUXILIARES:					MEDIDAS PREVENTIVAS:				
					REFERENCIA (fecha, lugar y motivo):				
Próxima Cita:					Firma y Sello <small>(Colegio Profesional)</small>				
Observación:									
APELLIDOS Y NOMBRES:						Nº HC			