

## FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA

PLAN DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD																													
Nº de Historia Clínica			Afiliaación SIS u otro Seguro:											CUI/DNI															
Apellidos												F. de Nac.																	
Nombres												Sexo:					<div>M</div>				<div>F</div>								
Problemas y Necesidades																													
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL			CÓDIGO HIS	GRUPOS DE EDADES																									
				0 - 28d			1m - 11m						1 año			2 años			3 años			4 años							
Nº	PRESTACION DE SALUD	DESCRIPCION		FECHA			FECHA						FECHA			FECHA			FECHA			FECHA							
1	ATENCION INTEGRAL DE SALUD	Valoración 1ra Consulta: Antecedentes - - Tamizaje - Identificación de factores de riesgo.	C8002 Dx = D, Lab=1)																										
2	ATENCION DEL RECEN NACIDO	Considerar si el niño ha sido atendido en EE.SS del I Nivel y Hospitales	Dx = D																										
3	TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL	Hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal, fenilcetonuria y fibrosis quísticas.	80099 Muestra Z138 Resultatos																										
4	TAMIZAJE AUDITIVO NEONATAL	Descarte de sordera en etapa neonatal																											
5	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	A partir del 1º mes	Z001 99382 Dx = D Lab = 1, 2																										
6	INMUNIZACIONES	A partir del nacimiento																											
7	TAMIZAJE DE ANEMIA (Examen de Laboratorio)	A partir de los 4 meses	Z017, Dx=P																										
8	DESCARTE DE PARASITOSIS	A partir del año	Z 119, Dx = P																										
9	TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	Detectar Riesgo de Violencia intrafamiliar y/o matratio infantil	96150, C 1 Dx = D																										
10	ORIENTACION INTEGRAL	Lactancia Materna, Signos de Alarma y Cuidados del Recién Nacido	99401 Dx = D Lab: 1																										
11	CONSEJERÍA NUTRICIONAL	Según norma técnica y de acuerdo a la necesidad	99403 Dx = D Lab: 1,2,...																										
12	TRATAMIENTO	Anemia	Z298																										
		Parasitosis	Z292																										
13	ATENCIÓN TEMPRANA	Potenciar habilidades en el niño y niña	99411																										
14	SESIONES DEMOSTRATIVAS	Actividad educativa en la que los participantes aprenden a combinar los alimentos en forma adecuada	C0010																										
15	ADMINISTRACION DE HIERRO (SULFATO FERROSO/ MICRONUTRIENTES)	Hierro	99199.19 99199.39																										
		Vitamina A	Dx= D Lab SF1																										
		Multimicronutrientes	SF2 SF3 SF4 SF5																										
16	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	Examen odontológico																											
		Instrucción de higiene oral y asesoría nutricional para el control de enfermedades de la cavidad bucal																											
		Profilaxis y Aplicación de flúor barniz																											
17	EVALUACIÓN PSICOSOCIAL	Evaluación de las habilidades sociales y cognitivas, identifica problemas de aprendizaje y de conducta riesgo.	U140, Dx = D, Lab: OM																										
18	EVALUACIÓN AGUDEZA VISUAL	Se realiza la evaluación a partir de los 03 años	Z010, Dx = D																										
VISITA FAMILIAR INTEGRAL - SEGUIMIENTO		Actividad extramural que se realiza el seguimiento y control del daño.	C0011 99582																										



EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA																														
FECHA (escribir la fecha sobre la edad del niño/niña):																														
EDAD:	RN	RN	RN	RN	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m	14m	16m	18m	20m	22m	24m	27m	30m						
1. ¿La niña o niño está recibiendo Lactancia Materna? (Explorar)																														
2. ¿La técnica de LM es adecuada? (Explorar y observar)																														
3. ¿La frecuencia de LM es adecuada? (Explorar y evaluar)																														
4. ¿La niña o niño recibe Leche no Materna? (Explorar)																														
5. ¿La niña o niño recibe aguitas? (Explorar)																														
6. ¿La niña o niño recibe algún otro alimento? (Explorar)																														
7. ¿La consistencia de la preparación es adecuada según la edad? (Explorar)																														
8. ¿La cantidad de alimento es adecuada según la edad? (Explorar)																														
9. ¿La frecuencia de la alimentación es adecuada según edad? (Explorar)																														
10. ¿Consume alimentos de origen animal? (Explorar)																														
11. ¿Consume frutas y verduras? (Explorar)																														
12. ¿Añade aceite, mantequilla o margarina a la comida del niño?																														
13. ¿El niño recibe los alimentos en su propio plato?																														
14. ¿Añade sal de yodada a la comida familiar?																														
15. ¿Su niña o niño está tomando suplemento de hierro?																														
16. ¿Su niña o niño ha recibido suplemento de vitamina "A"?																														
17. ¿Su niña o niño está recibiendo multimicronutriente?																														
18. ¿Es la niña o niño beneficiario de algún Programa de Apoyo Social?																														
Si ( ) No ( ) Especificar.																														
OBSERVACIONES:																														
NOTA: Si alguna respuesta es negativa (NO), amerita una CONSEJERÍA NUTRICIONAL																														
CONSULTA																														
Fecha:										Hora:										Edad:										
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)																														
MENOR DE 2 MESES										DE 2 MESES A 4 AÑOS:										PARA TODAS LAS EDADES										
No quiere mamar, ni succiona										No puede beber o tomar el pecho										Emaciación visible grave										
Convulsiones										Convulsiones										Piel vuelve muy lentamente										
Fontanela abombada										Letárgico o comatoso										Traumatismo/Quemaduras										
Enrojecimiento del ombligo										vomitó todo										Palidez palmar intensa										
se extiende a la piel										Estridor en reposo/tiraje subcostal										No presenta signos										
Fiebre o temperatura baja																														
Rigidez de la nuca																														
Pústulas muchas y extensas																														
Letárgico o comatoso																														
IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO																														
¿Quién cuida al niño?																														
¿Participa el padre en el cuidado del niño?																														
Si No																														
¿El niño recibe muestras de afecto?																														
Si No																														
Especifique:																														
ANAMNESIS																														
1. Motivo de consulta:																														
Tiempo de Enfermedad Forma de inicio: Curso:																														
Exámenes																														
Signos vitales T° PA FC FR Peso Talla PC																														
Físico																														
A. DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO O SINDRÓMICO																														
2. Condición de crecimiento y estado nutricional																														
3. Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor																														
Crecimiento adecuado Riesgo para el desarrollo																														
Crecimiento inadecuado Normal																														
Riesgo nutricional Ganancia inadecuada P/E T/E P/T Transtorno del desarrollo																														
De peso o talla Observaciones:																														
Desnutrición																														
Sobrepeso																														
Obesidad																														
B. FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD NUTRICIÓN Y DESARROLLO																														
Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño																														
Tratamiento																														
Exámenes Auxiliares																														
Próxima cita: Atendido por:																														
Observación: Firma y sello Colegio profesional DNI																														
APELLIDOS Y NOMBRES: H.C.																														

**PREGUNTAS QUE SE DEBE HACER A LOS PADRES O ADULTOS  
RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 30 MESES  
EN LA PRIMERA ENTREVISTA EN BUSCA DE FACTORES DE RIESGO**

Respuesta: marque con aspa (x) en sí o no y/o llene según corresponda

PREGUNTAS	SI	NO
¿Los padres son parientes cercanos?		
¿Alguien en la familia (materna o paterna) tiene alteraciones físicas, mentales o del desarrollo?		
¿Se controló el embarazo?		
¿Presentó algún problema de salud en el embarazo? Por ejemplo infecciones, sangrados, convulsiones, presión alta o se hinchó?		
¿Tomó la mamá alguna medicina por complicaciones durante el embarazo?		
¿Durante el embarazo le tomaron radiografía a la madre?		
¿Al nacer el niño demoró en llorar?		
¿El niño se puso muy amarillo en los primeros días de vida?		
¿El niño nació antes de los 7 meses de embarazo?		
Si la respuesta anterior es afirmativa precisas ¿Cuánto tiempo antes? .....		
¿El niño tuvo bajo peso al nacer?		
¿El parto del niño fue atendido fuera de un establecimiento de Salud?		
Si la respuesta anterior es afirmativa especificar el lugar: .....		
¿El parto fue atendido por personal no profesional?		
¿El niño se queda sin estímulo de un adulto muchas horas al día?		
¿El niño juega con la madre padre ó la persona que lo cuida?		
Si la respuesta anterior es afirmativa especificar con quién? .....		
¿El niño presentó alguna infección del Sistema Nervioso Central: Meningitis, Encefalitis?		
Si la respuesta anterior es afirmativa especificar cuál? .....		
¿El niño ha sufrido un traumatismo encéfalo craneano?		
¿El niño alguna vez ha estado Desnutrido ha estado con Bajo Peso?		
¿El niño presenta alguna Malformación congénita?		
¿El niño alguna vez ha convulsionado?		
APELLIDOS Y NOMBRES:	N° HC:	

## FICHA DE TAMIZAJE

### VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL

**Lea al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña.**

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

**Pregunte:**

Al adulto (a)			
¿Diría que en su familia se dan situaciones de violencia?	Si No		
¿Alguna vez algún miembro de su familia le insulta?	Si No		
¿Alguna vez algún miembro de su familia le golpea?	Si No		
¿Alguna vez algún miembro de su familia le chantajea?	Si No		
¿Alguna vez algún miembro de su familia le obliga a tener relaciones sexuales?	Si No		
¿Quién?			

Al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña			
Piense en la mayor parte del tiempo, diría que ¿su hijo o hija es fácil o difícil?	Fácil Difícil?		
¿Alguna vez pierde el control?	SI NO Pega? Grita? Empuja o sacude? Encierra?		
¿Su hijo es muy desobediente?	SI NO		

**Marque con aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observe en el niño o niña:**

<b>Físico</b> <input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones, inexplicables. <input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras. <input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables. <input type="checkbox"/> Marcas de mordeduras. <input type="checkbox"/> Lesiones de perineo, vulva, recto, etc. <input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc. <input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño interrupciones del sueño). <input type="checkbox"/> Problemas con el apetito. <input type="checkbox"/> Enuresis (niños).	<input type="checkbox"/> Llanto o frecuente. <input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir. <input type="checkbox"/> Demanda excesiva de atención <input type="checkbox"/> Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños <input type="checkbox"/> Tartamudeo <input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar. <input type="checkbox"/> Robó, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. <input type="checkbox"/> Ausentismo escolar. <input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde. <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico. <input type="checkbox"/> Aislamiento de personas. <input type="checkbox"/> Intento de suicidio.	<b>Sexuales</b> <input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños). <input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital. <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual.  <b>Negligencia</b> <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud. <input type="checkbox"/> Accidentes o enfermedades muy frecuentes. <input type="checkbox"/> Descuido en higiene o al niño. <input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo. <input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.
<b>Psicológico</b> <input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo. <input type="checkbox"/> Tristeza depresión o angustia. <input type="checkbox"/> Retraimiento.		










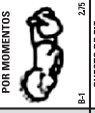

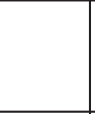
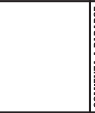



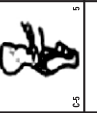



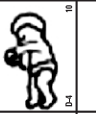
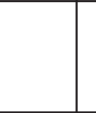

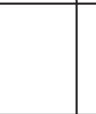




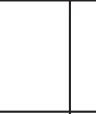
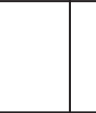

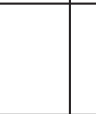
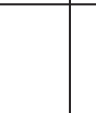










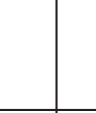
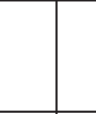

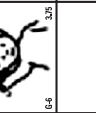

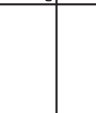
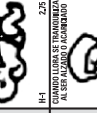
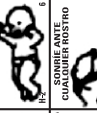

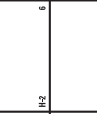
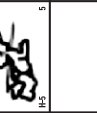





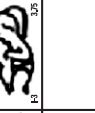
















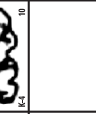
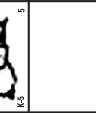











Adaptado de "Normas y Procedimientos para la Atención a la Violencia y el Maltrato Infantil" - MINSA - 2000.

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° HC:

# Instrumento de evaluación del desarrollo de la niña o niño de 0 a 30 meses

## TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

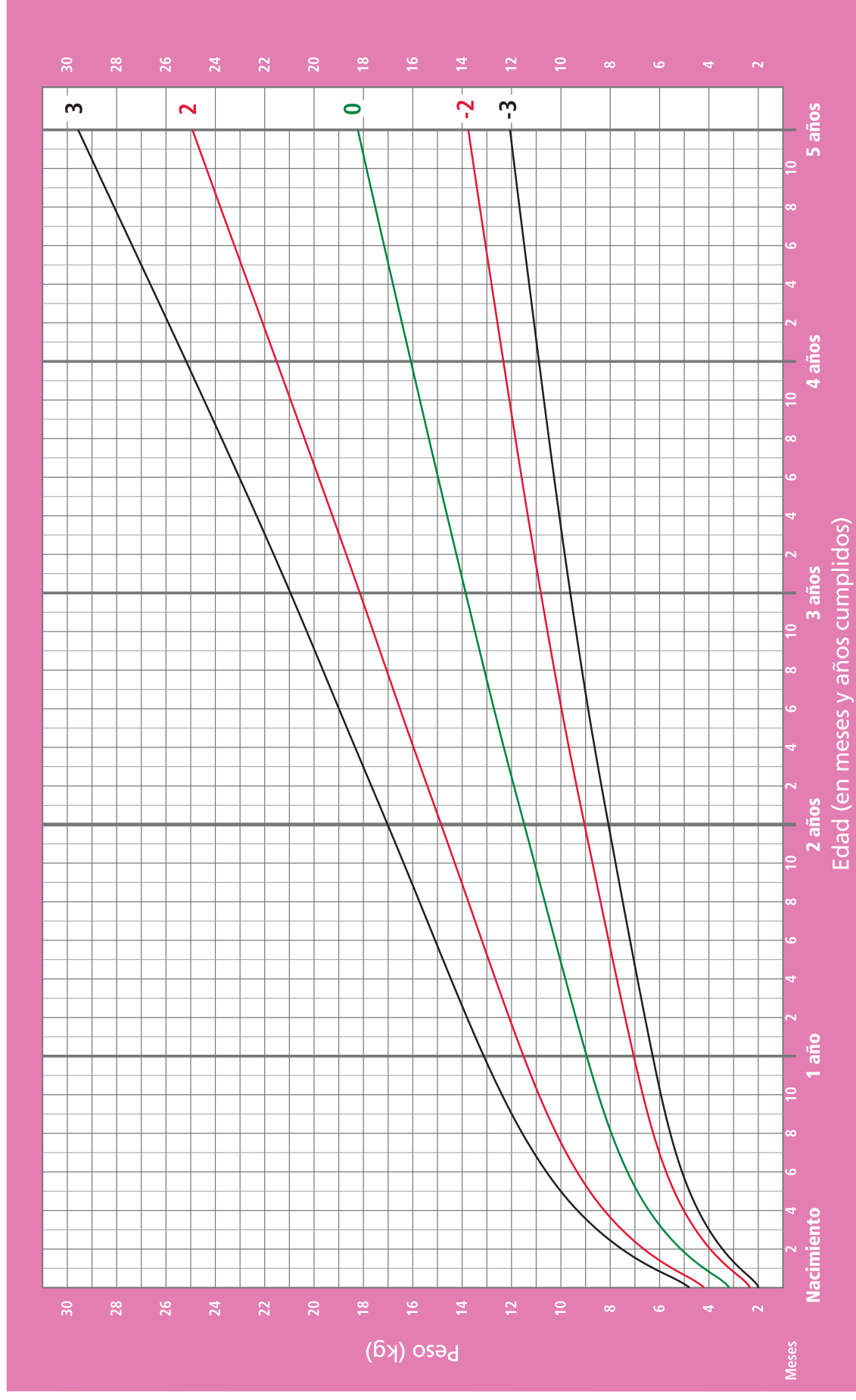
FECHA:	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES
ACTIVIDAD																	
CONTROL DE CABELLA Y TRONCO SENTADO	 A-1 2,75	 A-2 3,25	 A-3 3,75		 A-4 4,25	 A-5 4,75	 A-6 5,25	 A-7 5,75						 A-8 6,25	 A-9 6,75		
	MOVIMIENTOS ASIMÉTRICOS DE BRAZOS Y PIERNAS	LA CABELLA COMIENZA A MOVERSE EN LA CUELLO	LA CABELLA COMIENZA A MOVERSE EN LA CUELLO	LA CABELLA COMIENZA A MOVERSE EN LA CUELLO	LA CABELLA COMIENZA A MOVERSE EN LA CUELLO	LA CABELLA COMIENZA A MOVERSE EN LA CUELLO	LA CABELLA COMIENZA A MOVERSE EN LA CUELLO	LA CABELLA COMIENZA A MOVERSE EN LA CUELLO									
CONTROL DE CABELLA Y TRONCO ROTACIONES	 B-1 2,75		 B-2 3,25			 B-3 4,25	 B-4 4,75										
	LEVANTA LA CABELLA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABELLA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABELLA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABELLA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABELLA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABELLA POR MOMENTOS	LEVANTA LA CABELLA POR MOMENTOS										
CONTROL DE CABELLA Y TRONCO EN MARCHA	 C-1 2,75	 C-2 3,25				 C-3 4,25	 C-4 4,75										
	PUENTE NO SOSTIENE EL PESO DE SU CUERPO	PUENTE NO SOSTIENE EL PESO DE SU CUERPO	PUENTE NO SOSTIENE EL PESO DE SU CUERPO	PUENTE NO SOSTIENE EL PESO DE SU CUERPO	PUENTE NO SOSTIENE EL PESO DE SU CUERPO	PUENTE NO SOSTIENE EL PESO DE SU CUERPO	PUENTE NO SOSTIENE EL PESO DE SU CUERPO										
USO DEL BRAZO Y MANO	 D-1 2,75	 D-2 3,25	 D-3 3,75	 D-4 4,25	 D-5 4,75	 D-6 5,25	 D-7 5,75	 D-8 6,25									
	APRETA CON FUERZA EL OBJETITO QUE LE DAN	APRETA CON FUERZA EL OBJETITO QUE LE DAN	APRETA CON FUERZA EL OBJETITO QUE LE DAN	APRETA CON FUERZA EL OBJETITO QUE LE DAN	APRETA CON FUERZA EL OBJETITO QUE LE DAN	APRETA CON FUERZA EL OBJETITO QUE LE DAN	APRETA CON FUERZA EL OBJETITO QUE LE DAN	APRETA CON FUERZA EL OBJETITO QUE LE DAN									
VISIÓN	 E-1 2,75	 E-2 3,25	 E-3 3,75	 E-4 4,25	 E-5 4,75	 E-6 5,25	 E-7 5,75	 E-8 6,25									
	FRUNCE EL CENEO Y RECUERDA CON MANO LA LUZ DEL FANTASMA	FRUNCE EL CENEO Y RECUERDA CON MANO LA LUZ DEL FANTASMA	FRUNCE EL CENEO Y RECUERDA CON MANO LA LUZ DEL FANTASMA	FRUNCE EL CENEO Y RECUERDA CON MANO LA LUZ DEL FANTASMA	FRUNCE EL CENEO Y RECUERDA CON MANO LA LUZ DEL FANTASMA	FRUNCE EL CENEO Y RECUERDA CON MANO LA LUZ DEL FANTASMA	FRUNCE EL CENEO Y RECUERDA CON MANO LA LUZ DEL FANTASMA	FRUNCE EL CENEO Y RECUERDA CON MANO LA LUZ DEL FANTASMA									
AUDICIÓN	 F-1 2,75	 F-2 3,25	 F-3 3,75	 F-4 4,25	 F-5 4,75	 F-6 5,25	 F-7 5,75	 F-8 6,25									
	DETRE SUS MOVIMIENTOS AL SONIDO	DETRE SUS MOVIMIENTOS AL SONIDO	DETRE SUS MOVIMIENTOS AL SONIDO	DETRE SUS MOVIMIENTOS AL SONIDO	DETRE SUS MOVIMIENTOS AL SONIDO	DETRE SUS MOVIMIENTOS AL SONIDO	DETRE SUS MOVIMIENTOS AL SONIDO	DETRE SUS MOVIMIENTOS AL SONIDO									
LENGUAJE COMPRENSIVO	 G-1 2,75	 G-2 3,25	 G-3 3,75	 G-4 4,25	 G-5 4,75	 G-6 5,25	 G-7 5,75	 G-8 6,25									
	SONRÍE CON LA BOCA Y CON LOS OJOS	SONRÍE CON LA BOCA Y CON LOS OJOS	SONRÍE CON LA BOCA Y CON LOS OJOS	SONRÍE CON LA BOCA Y CON LOS OJOS	SONRÍE CON LA BOCA Y CON LOS OJOS	SONRÍE CON LA BOCA Y CON LOS OJOS	SONRÍE CON LA BOCA Y CON LOS OJOS	SONRÍE CON LA BOCA Y CON LOS OJOS									
LENGUAJE EXPRESIVO	 H-1 2,75	 H-2 3,25	 H-3 3,75	 H-4 4,25	 H-5 4,75	 H-6 5,25	 H-7 5,75	 H-8 6,25									
	LLORA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SORNO	LLORA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SORNO	LLORA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SORNO	LLORA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SORNO	LLORA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SORNO	LLORA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SORNO	LLORA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SORNO	LLORA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SORNO									
COMPORTAMIENTO SOCIAL	 I-1 2,75	 I-2 3,25	 I-3 3,75	 I-4 4,25	 I-5 4,75	 I-6 5,25	 I-7 5,75	 I-8 6,25									
	GUARDA LOS OJOS EN EL FANTASMA AL SER ALABADO O GORGORREO	GUARDA LOS OJOS EN EL FANTASMA AL SER ALABADO O GORGORREO	GUARDA LOS OJOS EN EL FANTASMA AL SER ALABADO O GORGORREO	GUARDA LOS OJOS EN EL FANTASMA AL SER ALABADO O GORGORREO	GUARDA LOS OJOS EN EL FANTASMA AL SER ALABADO O GORGORREO	GUARDA LOS OJOS EN EL FANTASMA AL SER ALABADO O GORGORREO	GUARDA LOS OJOS EN EL FANTASMA AL SER ALABADO O GORGORREO	GUARDA LOS OJOS EN EL FANTASMA AL SER ALABADO O GORGORREO									
ALIMENTACIÓN VESTIDO E HIGIENE	 J-1 2,75	 J-2 3,25	 J-3 3,75	 J-4 4,25	 J-5 4,75	 J-6 5,25	 J-7 5,75	 J-8 6,25									
	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA	CHUPA									
JUEGO	 K-1 2,75	 K-2 3,25	 K-3 3,75	 K-4 4,25	 K-5 4,75	 K-6 5,25	 K-7 5,75	 K-8 6,25									
	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS	JUEGA CON LAS MANOS									
INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE	 L-1 2,75	 L-2 3,25	 L-3 3,75	 L-4 4,25	 L-5 4,75	 L-6 5,25	 L-7 5,75	 L-8 6,25									
	ALABO CON UN OBJETITO QUE LE DAN	ALABO CON UN OBJETITO QUE LE DAN	ALABO CON UN OBJETITO QUE LE DAN	ALABO CON UN OBJETITO QUE LE DAN	ALABO CON UN OBJETITO QUE LE DAN	ALABO CON UN OBJETITO QUE LE DAN	ALABO CON UN OBJETITO QUE LE DAN	ALABO CON UN OBJETITO QUE LE DAN									
ACTIVIDAD																	

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° HCL:

# Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

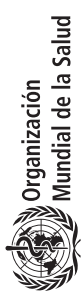


Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

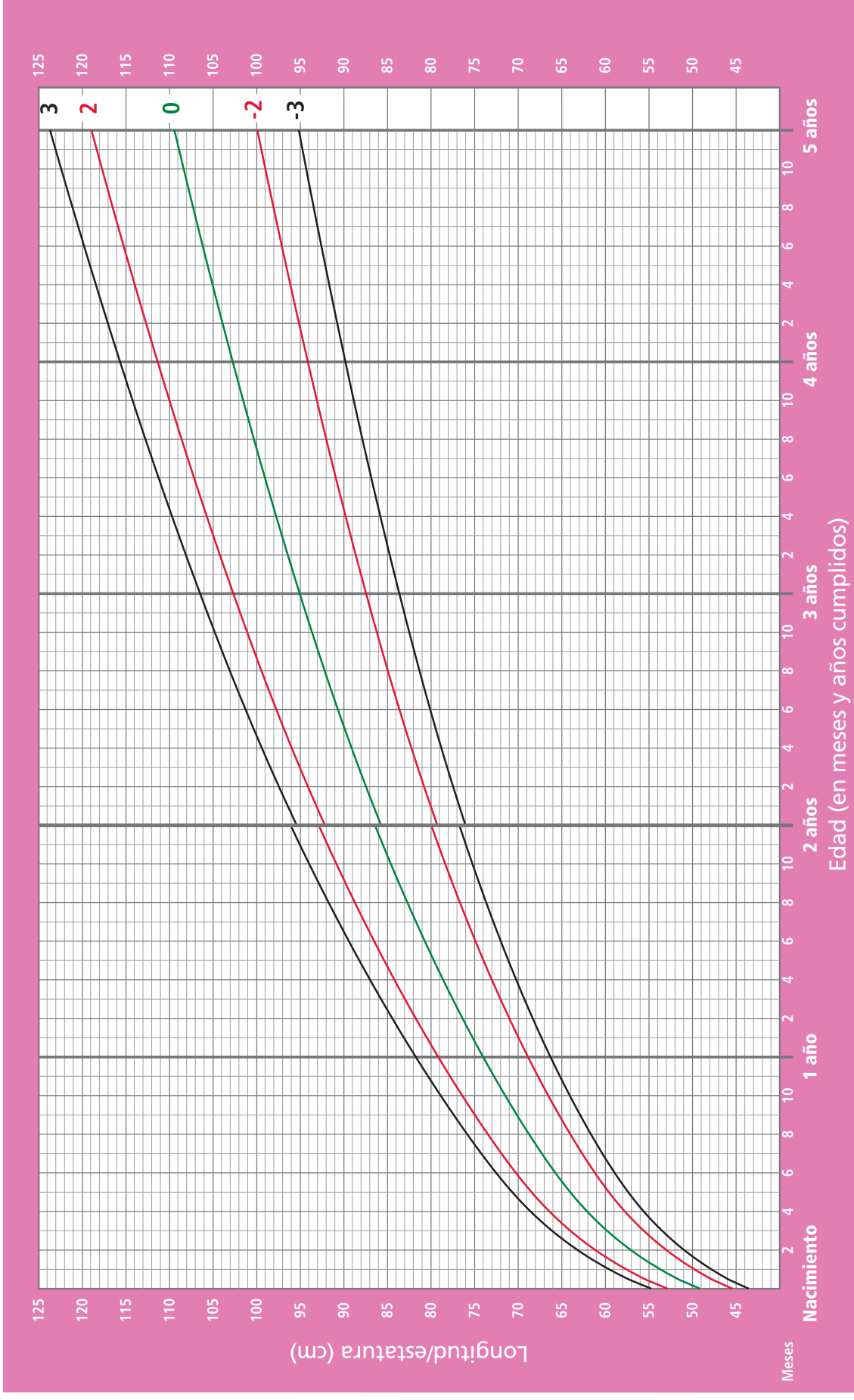
APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº H.C.

# Longitud/estatura para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

APELLIDOS Y NOMBRES:

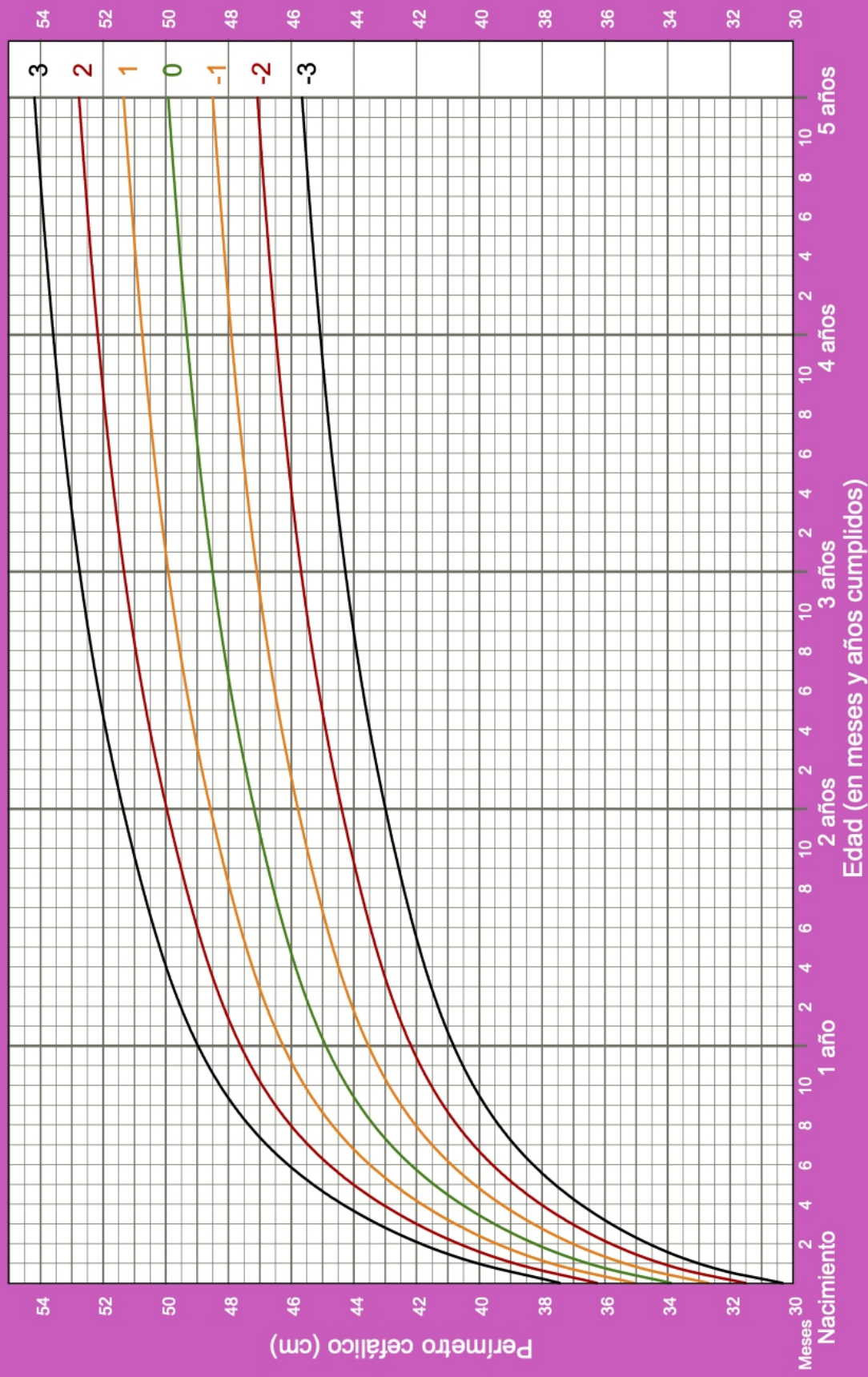
Nº H.C.



# Perímetro cefálico para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº H.C.

CONSULTA

Fecha:

Hora:

Edad:

Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)

MEJOR DE 2 MESES:

DE 2 MESES A 4 AÑOS:

PARA TODAS LAS EDADES:

IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO

¿Quién cuida al niño?

¿Participa el padre en el cuidado del niño?

¿El niño recibe muestras de afecto?

Especifique:

ANAMNESIS

1. Motivo de consulta:

Formulario de examen físico y diagnóstico

Formulario de tratamiento y exámenes

Formulario de observación y firma

CONSULTA

Fecha:

Hora:

Edad:

Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)

MEJOR DE 2 MESES:

DE 2 MESES A 4 AÑOS:

PARA TODAS LAS EDADES:

IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO

¿Quién cuida al niño?

¿Participa el padre en el cuidado del niño?

¿El niño recibe muestras de afecto?

Especifique:

ANAMNESIS

1. Motivo de consulta:

Formulario de examen físico y diagnóstico

Formulario de tratamiento y exámenes

Formulario de observación y firma

APellidos y Nombres:

Nº HC: