

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE MUJER

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

N° de Historia Clínica

N° de Afiliación u otro Seguro

Apellidos

CUI

Nombres

Sexo:

M

F

F. de Nac.

Dirección/Referencia

Madre, Padre o adulto referente

Edad

DNI

N°	FECHA			PROBLEMA CRÓNICOS	OBSERVACIONES

N°	PROBLEMAS AGUDOS				FECHA			FECHA			FECHA			OBSERVACIONES

N°	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	EVALUACION DEL DESARROLLO SEXUAL (TANNER)						
7	TAMIZAJE DE VIOLENCIA						
8	DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES						
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						

FECHA	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>		N° H.C.L. <input type="text"/>
-------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	-----------------------------------

Apellidos: <input type="text"/>	Nombres: <input type="text"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad: <input type="text"/>		
Lugar de Nacimiento: <input type="text"/>	Procedencia: <input type="text"/>	F. Nac: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G° de Instrucción <input type="text"/>	Centro Educativo: <input type="text"/>	Estado Civil: <input type="text"/>	Religión: <input type="text"/>	Grupo sanguíneo <input type="text"/>	Rh <input type="text"/>
Acompañante: <input type="text"/>	G° de Parentesco del Acompañante: <input type="text"/>	Dirección: <input type="text"/>		Ocupación: <input type="text"/>	<input type="text"/>

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

ANTECEDENTE PSICOSOCIALES												
EDUCATIVOS			LABORALES			VIDA SOCIAL			HABITOS			
ESTUDIA?	Si	No	TRABAJAS?	Si	No	ERES ACEPTADO	Si	No	EJERCICIOS	Si	No	Frecuencia
DE ACUERDO A LA EDAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REMUNERADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERES IGNORADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TABACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NIVEL			ESTABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIENES AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALCOHOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO ESCOLARIZADO	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA	TIEMPO COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIENES PAREJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR	EDAD INICIO TRABAJO			HACES DEPORTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONDUCE VEHIC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAJO RENDIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIPO DE TRABAJO			ORGANIZAC. JUVENILES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TELEVISIÓN (Horas/día)	<input type="text"/>		
DESERCION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							VIDEO JUEGO (Horas/día)	<input type="text"/>		
REPITENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA									
	Años		Si	No	N°		Si	No	Especificar
MENARQUIA	<input type="text"/>	ABUSO SEXUAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	USA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
EDAD INICIO RELACIÓN SEXUAL	<input type="text"/>	EMBARAZOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SABE COMO PREVENIR UN EMBARAZO NO DESEADO?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		HIJOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SABE COMO PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		ABORTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

OBSERVACIONES 	
--	--

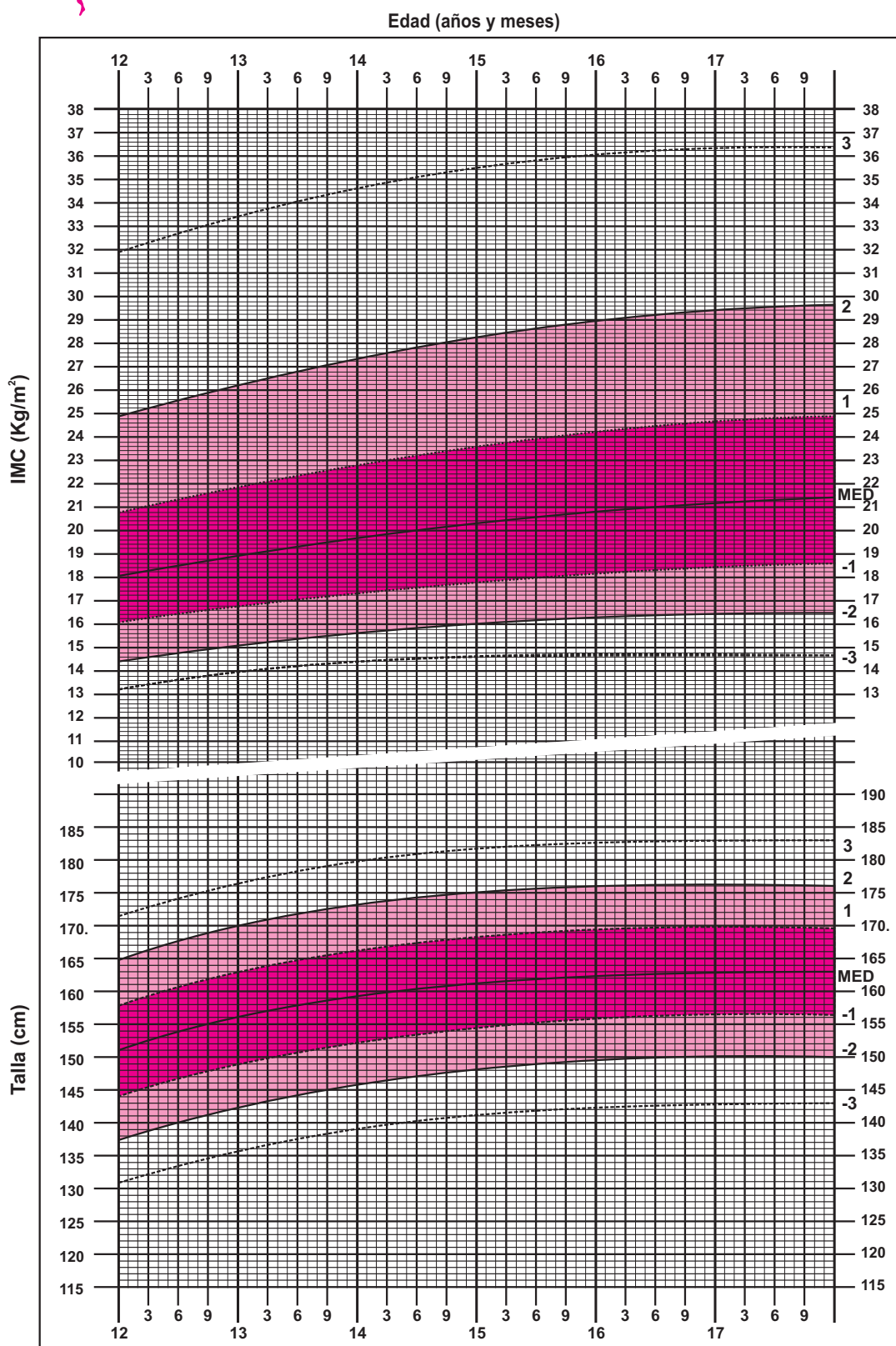
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE				
SEGUIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS				
EVALUACIÓN NUTRICIONAL	FECHA			
	Perímetro Abdominal			
	Talla / Edad			
	Indice de Masa Corporal (IMC)			
	Alimentación			
EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SEXUAL 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 (determinación de Proteína en orina)			
EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES	FECHA			
	Previniendo la Violencia			
	Comunicación			
	Control de ira			
	Autoestima			
	Toma de decisiones			
	Valores			
	Asertividad			
	Calificación total			
APELLIDOS Y NOMBRES			H.CL.	

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 NOMBRE:			N°

GRAFICA DEL CRECIMIENTO CORPORAL OMS 2007
MUJERES (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

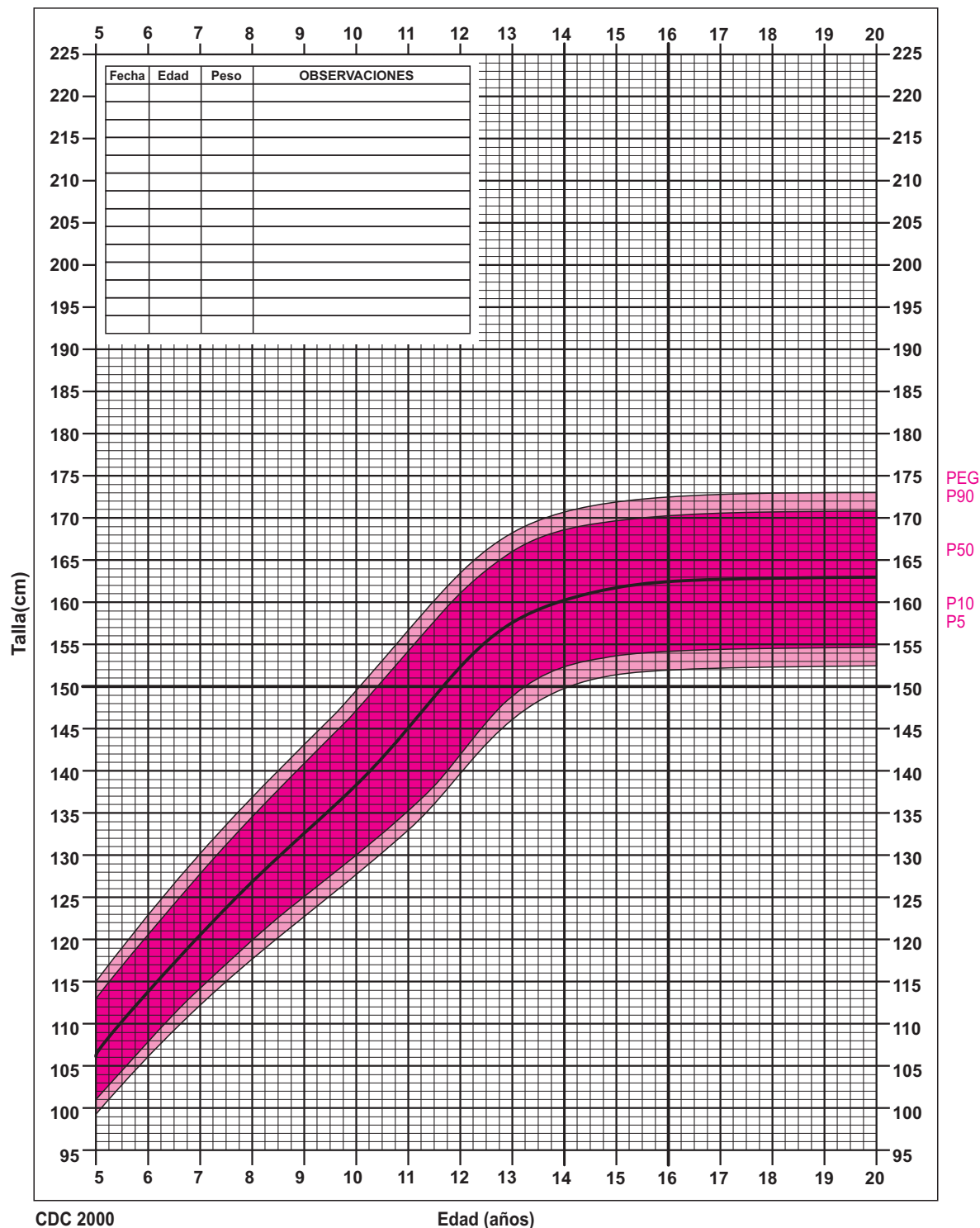
Edad (años y meses)



MUJERES: TALLA/EDAD (5 a < 20 años) Por Percentiles

Nombre: _____

HC: _____



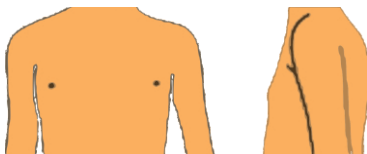
CDC 2000

Edad (años)

Evaluación del desarrollo en el adolescente Mujer (Estadios de Tanner)

Desarrollo mamario

PRE-ADOLESCENTE
ELEVACIÓN SOLO DE PAPILA



Estadio I

ELEVACIÓN DE LA MAMA Y LA PAPILA. AUMENTO DE DIAMETRO DE LA AREOLA

11.5



Estadio II

MAYOR CRECIMIENTO DE LA MAMA Y AREOLA. NO SEPARACIÓN DE SUS CONTORNOS

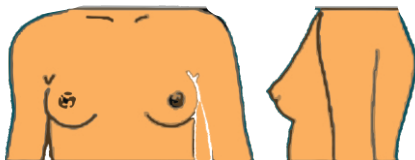
12.5



Estadio III

PROYECCIÓN DE LA PAPILA Y LA AREOLA FORMANDO UN SEGUNDO MONTICULO. ENCIMA DEL NIVEL DE LA MAMA

14.4



Estadio IV

PROYECCIÓN SOLO DE LOS PEZONES. SEPARACIÓN CLARAS DE LA AREOLA Y EL CONTORNO GENERAL DE LA MAMA

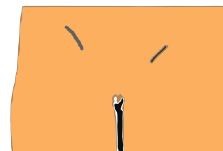
15.4



Estadio V

Desarrollo del vello pubiano

PRE-ADOLESCENTE
EL VELLO ESTA DESARROLLADO SOLO SOBRE LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR. NO HAY VELLO PUBLICO



RALO, LIGERAMENTE PIGMENTADO. APARECE A LO LARGO DEL BORDE MEDIAL DE LOS LABIOS

11.5



EL VELLO ES MAS OSCURO, COMIENZA A RIZARSE, INCREMENTO DE LA CANTIDAD

12.5



VELLO BASTO RIZADO ABUNDANTE, COMO DEL ADULTO, PERO EL AREA CUBIERTA ES MAS PEQUEÑA QUE EL ADULTO

14.4



VELLO DISTRIBUIDO COMO UN TRIANGULO INVERSO EXTENDIDO HASTA SUPERFICIE MEDIA DEL MUSLO

15.4



[illegible]