



FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD													
N° de Historia Clínica:				N° Afiliación SIS u otro Seguro:									
Apellidos:				CUI:									
Nombres:				Sexo:		M		F					
Dirección / Referencia				F. de Nac.									
Madre, Padre o adulto referente				Edad		DNI							
N°		FECHA		PROBLEMAS CRÓNICOS				OBSERVACIONES					
N°		FECHA		PROBLEMAS AGUDOS		FECHA		FECHA		FECHA		OBSERVACIONES	
N°		Prestaciones de salud		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 DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL Y DE HABILIDADES SOCIALES (CIA)											
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											



FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

FECHA Día Mes Año

DATOS GENERALES

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

ANTECEDENTE PERSONALES

	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"/>

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"/>

TBC	Si <input type="checkbox"/>	No se <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
SOBA / ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSF. SANGUÍNEAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USO DE MEDICINAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO DE DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTERVEN. QUIRÚRGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALEGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCIDENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASTORNOS PSICOLÓGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HOSPITALIZACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD ☐ Si ☐ No ☐ ESPECIFIQUE

ANTECEDENTE FAMILIARES

TBC	Si <input type="checkbox"/>	No se <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
OBECIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH / SIDA	<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"/>
TRASTORNO PSICOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIOLENCIA INTERFAMILIAR	<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"/>

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	<input type="text"/>		
GRADO DE INSTRUCCIÓN 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"/>

ANTECEDENTE PSICOSOCIALES

EDUCATIVOS	Si	No	LABORALES	Si	No	VIDA SOCIAL	Si	No	HÁBITOS	Si	No	Frecuencia
ESTUDIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRABAJAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERES ACEPTADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EJERCICIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
NO ESCOLARIZADO <input type="checkbox"/>	PRIMARIA <input type="checkbox"/>		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="text"/>
SECUNDARIA <input type="checkbox"/>	SUPERIOR <input type="checkbox"/>		EDAD INICIO TRABAJO	<input type="text"/>		HACES DEPORTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONDUCE VEHIC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
BAJO RENDIMIENTO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	TIPO DE TRABAJO	<input type="text"/>		ORGANIZAC. JUVENILES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TELEVISIÓN(Hora/día)	<input type="text"/>		
DESERCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							VIDEO JUEGO(Hora/día)	<input type="text"/>		
REPITENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							INTERNET(Hora/día)	<input type="text"/>		

SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

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

OBSERVACIONES



FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE				
SEGUIMIENTO DE LA PROVISION DE CUIDADOS PREVENTIVO PROMOCIONALES SEGUIMIENTO DE RIESGOS				
EVALUACION NUTRICIONAL	FECHA			
	Perímetro Abdominal			
	Talla / Edad			
	Indice de Masa Corporal (IMC)			
	Alimentación			
EVALUACION DEL DESARROLLO SEXUAL SEGUN TANNER	FECHA			
	Desarrollo de la mama			
	Desarrollo del pene			
	Desarrollo del vello pubiano			
EVALUACION POSTURAL	FECHA			
	Columna			
	Rodilla			
	Pie			
EVALUACION 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)			
EVALUACION DE HABILIDADES SOCIALES	FECHA			
	Previniendo la violencia			
	Comunicación			
	Control de ira			
	Autoestima			
	Toma de desiciones			
	Valores			
	Asertividad			
	Calificación total			
APELLIDOS Y NOMBRE:				N°



FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE				
SEGUIMIENTO DE LA PROVISION DE CUIDADOS PREVENTIVO PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS				
EVALUACION DE COLERA IRRITABILIDAD Y AGRESION	FECHA			
	Cólera			
	Irritabilidad			
	Agresión			
	Calificación total			
TAMIZAJE DE VIOLENCIA	FECHA			
	Violencia familiar			
	Violencia sexual			
	Violencia política			
ESCOLARIDAD	FECHA			
	Asistencia a la escuela/colegio			
	Rendimiento escolar			
	Deserción escolar			
HABITOS	FECHA			
	Uso del tiempo libre			
	Sedentarismo			
	Uso de alcohol			
	Uso de tabaco			
	Uso de drogas			
	Pertenencia a pandillas			
SALUD SEXUAL 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°	



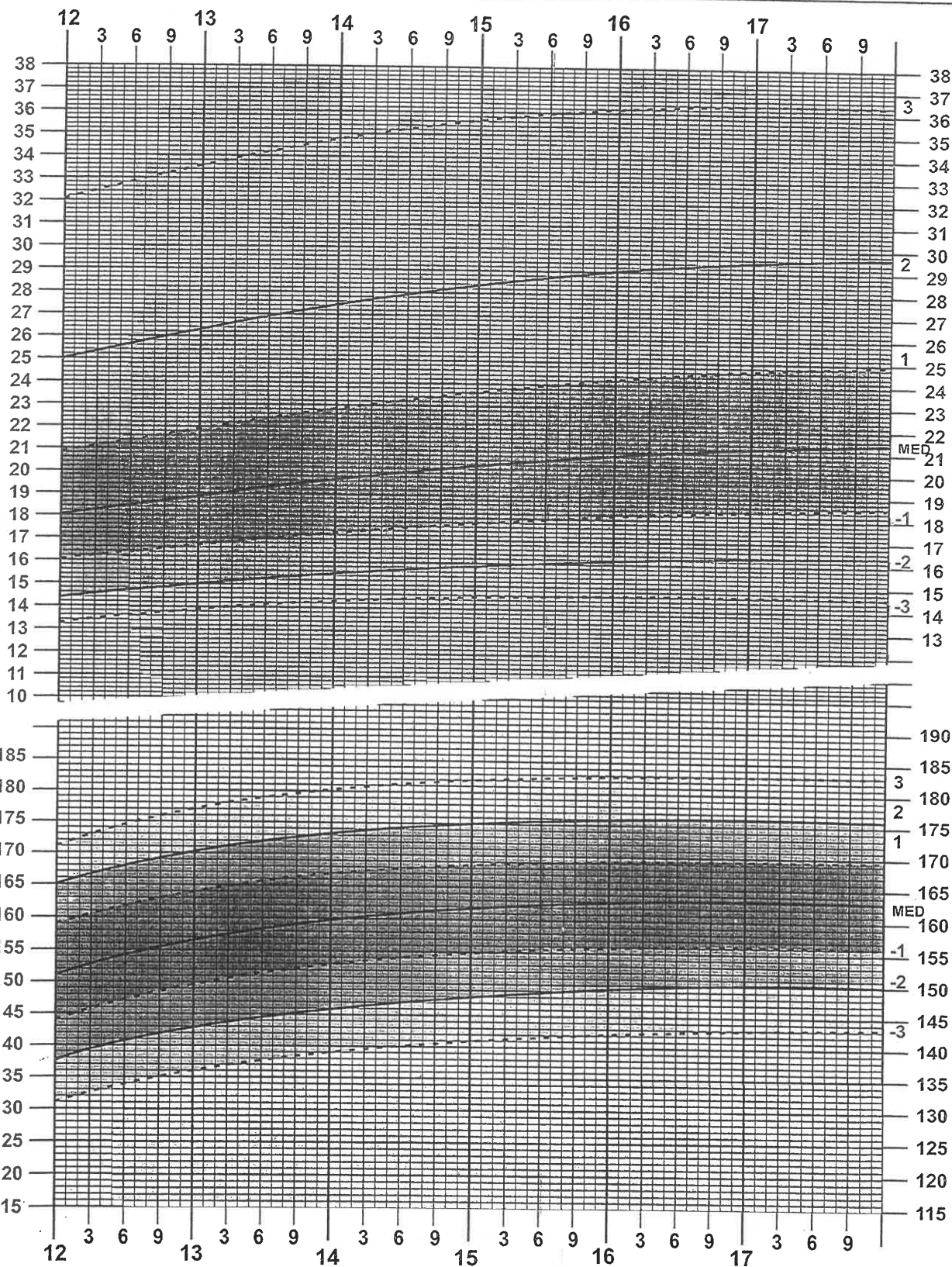
GRÁFICA DEL CRECIMIENTO CORPORAL OMS 2007
MUJERES (12 a < 18 años) ÍNDICE DE MASA CORPORAL / EDAD Y TALLA / EDAD
Mediana y desviación estándar

NOMBRE: _____ HC: _____

Edad (años y meses)

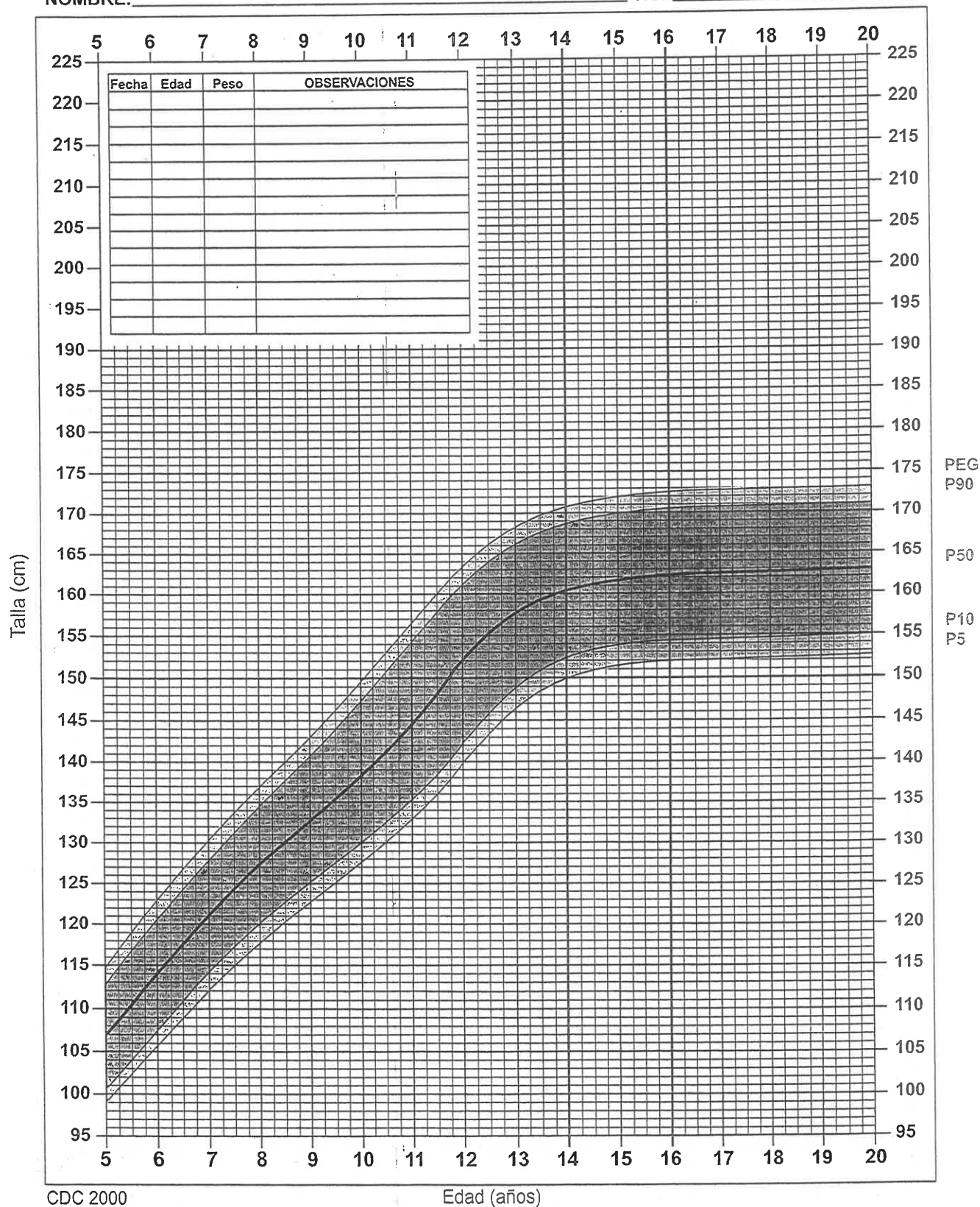
IMC (Kg/m²)

Talla (cm)





NOMBRE: _____ HC: _____

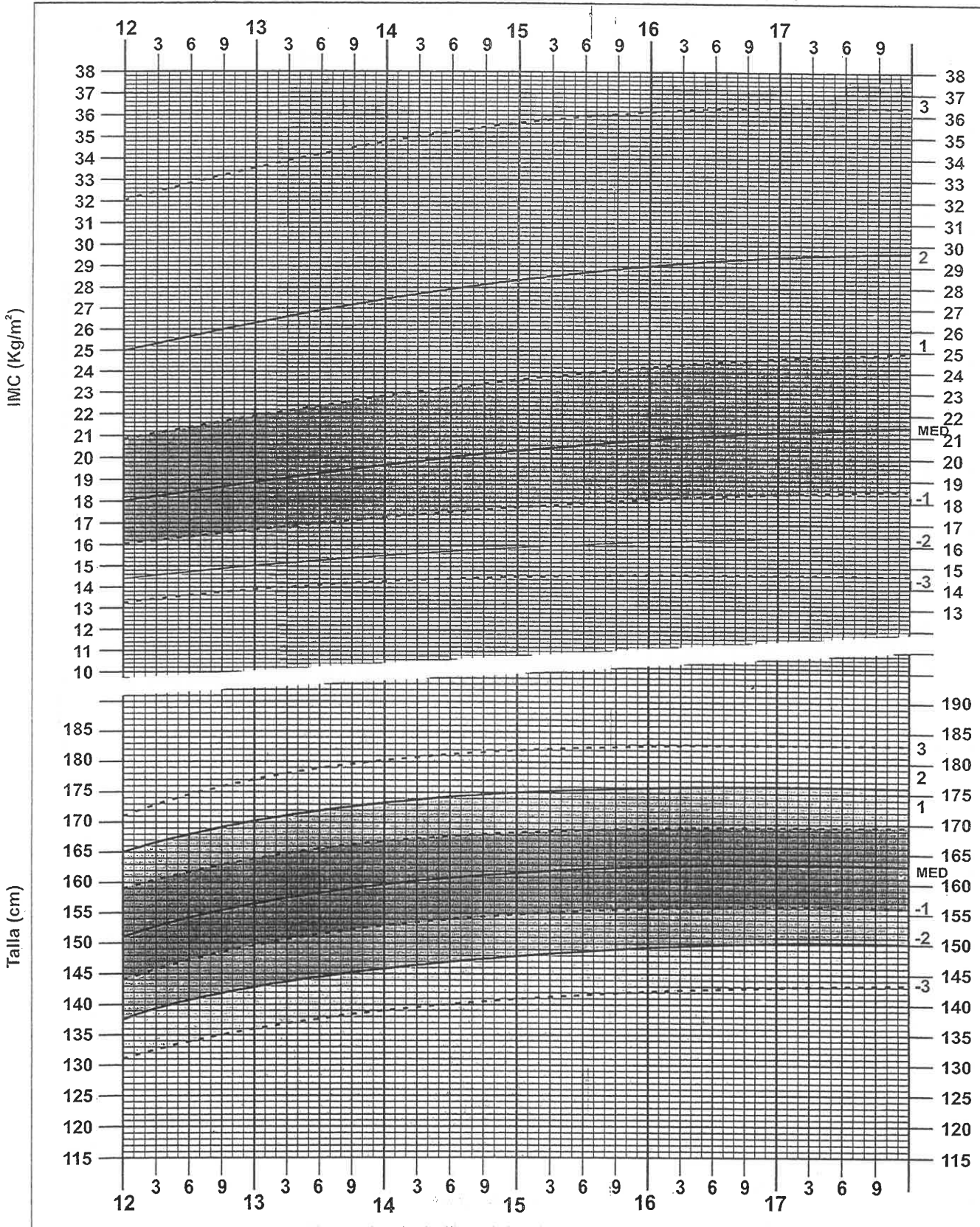




GRÁFICA DEL CRECIMIENTO CORPORAL OMS 2007
VARONES (12 a < 18 años) ÍNDICE DE MASA CORPORAL / EDAD Y TALLA / EDAD
Mediana y desviación estándar

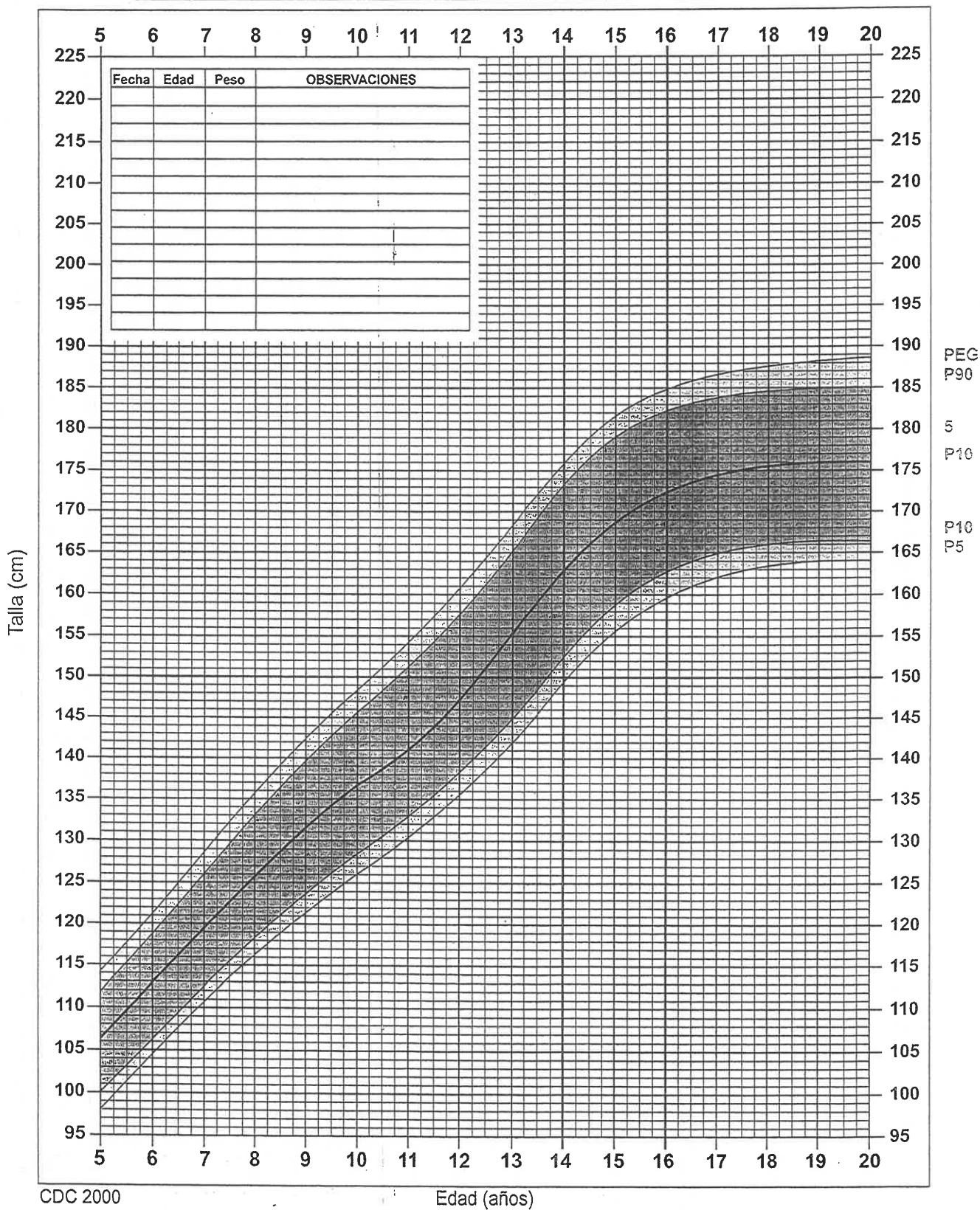
NOMBRE: _____ HC: _____

Edad (años y meses)





HC:





EVALUACIÓN DE DESARROLLO PSICOSOCIAL

I. Antecedentes		Rdo. Evaluación
Educativos	¿Te encuentras estudiando actualmente?.	
	¿Cómo es tu rendimiento?.	
	¿Has repetido algún grado?.	
	¿Alguna vez abandonaste la escuela? ¿Por qué?.	
	¿Cómo te sientes en la escuela? ¿Mal? ¿Por qué?.	
Laborales	¿Trabajas?.	
	¿Qué trabajo realizas?.	
	¿Desde cuándo?.	
	¿Te sientes a gusto con tu trabajo? ¿No? ¿Por qué?.	
Familiares	¿Con quién vives?.	
	¿Cómo te llevas con tu familia? ¿Mal? ¿Por qué?.	
	¿Sientes que eres importante para tu familia? ¿No? ¿Por qué?.	
	¿Cómo te tratan las personas adultas que viven contigo?.	
Social	¿Tienes muchos, pocos o ningún amigo?.	
	¿Sientes que tus amigos te echan de menos cuando no estás?.	
	¿Alguna vez te has sentido rechazado por tu grupo?.	
	¿Sientes que tus amigos te obligan a hacer cosas que tú no quieres?.	
	¿Pertenece a algún grupo u organización juvenil?.	
Hábitos	¿Qué haces en tus ratos libres?.	
	¿Realizas algún deporte?.	
	¿Fumas o lo has hecho alguna vez?.	
	¿Tomas licor o lo has hecho alguna vez?.	
	¿Alguna vez has probado drogas?.	
	¿Pertenece a alguna organización juvenil, grupo o pandilla?.	
	¿Cuánto tiempo le dedicas al internet o al video juegos?.	
	¿Usas el cinturón de seguridad cuando viajas en carro?.	

Autonomía (capacidad de tomar decisiones por sí mismo)	¿A quién o quiénes consultas cuando tienes que decidir algo? Si tienes enamorada/o ¿Quién de los dos toma las decisiones? ¿Tienes algún/a amigo/a íntimo a quien le cuentes tus cosas?.	
Locus de control	¿Crees que tienes mala suerte?.	
	¿Qué haces cuando algo te sale mal?.	
	¿Cuándo las cosas te van mal, crees que tú puedes hacer algo para que salga bien?.	
Autoestima y autopercepción de sus competencias.	¿Sientes que eres una persona valiosa para tu familia?.	
	¿Crees que tus amigos te echan de menos cuando no estás con ellos?.	
	¿Para qué eres bueno?.	
	¿Cuáles son tus mejores habilidades?.	
Planes y visión del presente	¿Qué quieres ser cuando seas adulto?.	
Control de emociones	¿Qué es lo que deseas lograr en la vida?.	
	¿Qué estás haciendo para lograr lo que deseas?.	
	¿Estás inmerso en algún proyecto?.	
	¿Qué haces cuando te sientes muy molesto?.	
	¿Alguna vez te has desquitado con alguien insultándolo o agrediendo?.	



LISTA DE SÍNTOMAS PEDIÁTRICOS (PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST - PSC) ADAPTACIÓN PARA PADRES Y MADRES

Por favor, indique lo que mejor describa a su hijo(a):

		0	1	2
		Nunca	A veces	Frecuentemente
1	Se siente triste			
2	Se siente pesimista/piensa que las cosas son difíciles y le van a salir mal			
3	Se siente mal consigo mismo			
4	Se preocupa mucho			
5	Se aburre fácilmente			
6	Le cuesta estar tranquilo(a)			
7	Sueña despierto(a)/ está en su propio mundo			
8	Se distrae fácilmente			
9	Le cuesta concentrarse			
10	Es muy inquieto(a), tiene demasiada energía			
11	Pelea con otros niños(as) o adolescentes			
12	No sigue las órdenes/reglas			
13	No comprende los sentimientos de los demás			
14	Molesta o se burla de los demás			
15	Culpa a los demás de sus problemas			
16	Se niega a compartir			
17	Coge cosas ajenas			

¿Tiene su hijo(a) algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesita ayuda?

Sí

No



LISTA DE SÍNTOMAS PEDIÁTRICOS(PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST - PSC) ADAPTACIÓN PARA ADOLESCENTES

Por favor, marca lo que mejor te describa:

			Nunca	A veces	Frecuentemente
Emocional	1	Te sientes triste			
	2	Te sientes pesimista/piensas que las cosas son difíciles y te van a salir mal			
	3	Te sientes mal consigo mismo(a)			
	4	Te preocupas mucho			
	5	Parece que te diviertes menos que antes / Te aburres fácilmente			
Atención	6	Te cuesta estar tranquilo(a)			
	7	Sueñas despierto(a)/ estás en su propio mundo			
	8	Te distraes fácilmente			
	9	Te cuesta concentrarse			
	10	Eres muy inquieto(a), tienes demasiada energía			
Conducta	11	Peleas con otros chicos(as) o adolescentes			
	12	No sigues las órdenes/reglas			
	13	No comprendes los sentimientos de los demás			
	14	Molestas o te burlas de los demás			
	15	Culpas a los demás de tus problemas			
	16	Te niegas a compartir			
	17	Coges cosas ajenas			

¿Consideras que tienes algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesita ayuda?

Sí

No



Evaluación de Habilidades Sociales

Nombre y apellidos:

Edad: Ocupación:

Grado de instrucción: Fecha:

N = NUNCA RV = RARAS VECES AV = A VECES AM = A MENUDO S = SIEMPRE

N°	HABILIDADES	CRITERIOS				
		N	RV	AV	AM	S
1	Prefiero mantenerme callado(a) para evitar problemas.					
2	Si un amigo(a) habla mal de mi persona le insulto.					
3	Si necesito ayuda la pido de buena manera.					
4	Si un amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito.					
5	Agradezco cuando alguien me ayuda.					
6	Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años.					
7	Si un amigo(a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.					
8	Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.					
9	Le digo a mi amigo(a) cuando hace algo que no me agrada.					
10	Si una persona mayor me insulta me defiende sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.					
11	Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.					
12	No hago caso cuando mis amigos(as) me presionan para consumir alcohol.					
13	Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.					
14	Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.					
15	Miro a los ojos cuando alguien me habla.					
16	No pregunto a las personas si me he dejado comprender.					
17	Me dejo entender con facilidad cuando hablo.					
18	Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.					
19	Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.					
20	Si estoy "nervioso(a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.					
21	Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.					
22	Evito hacer cosas que pueden dañar mi salud.					
23	No me siento contento con mi aspecto físico.					
24	Me gusta verme arreglado (a)					
25	Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado(a).					
26	Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno.					
27	Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.					
28	Puedo hablar sobre mis temores.					
29	Cuando algo me sale mal no sé como expresar mi cólera.					
30	Comparto mi alegría con mis amigos(as).					
31	Me esfuerzo para ser mejor estudiante.					
32	Puedo guardar los secretos de mis amigos(as).					
33	Rechazo hacer las tareas de la casa.					
34	Pienso en varias soluciones frente a un problema.					
35	Dejo que otros decidan por mi cuando no puedo solucionar un problema.					
36	Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.					
37	Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.					
38	Hago planes para mis vacaciones.					
39	Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro.					
40	Me cuesta decir no por miedo a ser criticado.					
41	Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados.					
42	Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.					



Preguntas sugeridas para tamizaje de adicciones, ansiedad, depresión y violencia

Tabaco	SI	NO
¿Fumas cigarrillos a diario?.		
¿Tus amigos (as) y /o alguna de las personas con quienes vives fuma con bastante frecuencia?.		
¿Sientes que fumar te calma o tranquiliza?.		
Alcohol		
El mes pasado, ¿tuviste una borrachera con cerveza, vino, o alguna otra bebida alcohólica?.		
El mes pasado, ¿alguno de tus mejores amigos (as) o un familiar tuvo una borrachera con cerveza, vino, o alguna otra bebida alcohólica?.		
¿Tienes o has tenido problemas con tu familia porque consumes alcohol?.		
Drogas		
¿A veces usas marihuana u otras drogas, o inhalas pegamento/ adhesivo epóxico o cosas parecidas?.		
¿Alguno de tus mejores amigos (as) usa marihuana u otras drogas, o inhala pegamento/ adhesivo epóxico o cosas parecidas?.		
¿Alguna vez has usado medicinas sin receta médica para poder dormir, estar despierto, calmarte, o ponerte en onda?.		
Adicción al juego /Internet		
¿En una semana en promedio juegas unas cuatro veces en internet?.		
¿Te han llamado la atención o has tenido problemas en tus estudios o en tu hogar por haber ido a jugar video juegos o pasar mucho tiempo en internet?.		
¿Prefieres pasar más tiempo solo (a), jugando o discutiendo en foros de videojuegos, que con tus amigos (as) en la vida real?.		
¿Te sientes ansioso (a), nervioso (a), deprimido (a) o aburrido(a) cuando no estás jugando?.		
Ansiedad/depresión		
¿Te sientes nervioso (a) o angustiado (a) y no sabes por qué?.		
¿Tienes muchas preocupaciones o problemas últimamente?.		
¿Te sientes una persona feliz la mayor parte del tiempo?.		
Durante las últimas dos semanas, ¿Te has sentido triste o solo (a)?.		
¿Alguna vez has pensado en que la vida no vale la pena vivirla?.		
¿Alguna vez has pensado en el suicidio, hecho planes para hacerlo, o tratado de matarte?.		
¿Alguna vez han abusado físicamente, sexualmente, o emocionalmente de ti?.		
Violencia		
¿Has portado una pistola, navaja, garrote o alguna otra arma para protegerte en los últimos 12 meses?.		
¿Has tenido alguna pelea física en los últimos 3 meses en tu colegio?.		
¿Has tenido problemas con la policía?.		
¿Tienes o has tenido animales de pelea?.		



Cuestionario de Cólera, Irritabilidad y Agresión (CIA)

NOMBRES Y APELLIDOS:

AÑO Y SECCIÓN: EDAD: FECHA:

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario está diseñado para saber sobre tu estado de ánimo. Usando esta escala que sigue a continuación selecciona tu respuesta marcando con una 'x' uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios:

N = NUNCA RV = RARAS VECES AV = A VECES AM = A MENUDO S = SIEMPRE

Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuesta mala ni buena, asegúrate de contestar todas.

Nº		N	RV	AV	AM	S
1	Soy un (una) renegón (a).					
2	No puedo evitar ser algo tosco (a) con la persona que no me agrada.					
3	Siento como que me hierve la sangre cuando alguien se burla de mí.					
4	Paso mucho tiempo molesto (a) más de lo que la gente cree.					
5	Cuando estoy molesto siento como si tuviera algo pesado sobre mis hombros					
6	Me molesta que la gente se acerque mucho a mí alrededor.					
7	Fácilmente me molesto pero se me pasa rápido.					
8	Con frecuencia estoy muy molesto y a punto de explotar.					
9	No me molesto (a) si alguien no me trata bien.					
10	Yo soy muy comprensible con todas las personas.					
11	Yo no permito que cosas sin importancia me molesten.					
12	Es muy seguido estar muy amargo (a) acerca de algo y luego rápidamente sentirme tranquilo					
13	Cambio rápidamente de ser capaz de controlar mi amargura a no ser capaz de controlarlo.					
14	Cuando estoy molesto (a) no puedo dejar de gritar, mientras que en otras veces no grito.					
15	Algunas veces me siento bien, y en el minuto siguiente cualquier cosa me molesta.					
16	Hay momentos en los que estoy tan molesto (a) que siento que el corazón me palpita rápidamente y luego de un cierto tiempo me siento bastante relajado (a).					
17	Normalmente me siento tranquilo (a) y de pronto de un momento a otro, me enfurezco a tal punto que podría ser capaz de golpear cualquier cosa.					
18	Hay épocas en las cuales he estado tan molesto (a) que he explotado todo el día frente a los demás, pero luego me vuelvo más tranquilo.					
19	Pienso que la gente que constantemente fastidia, está buscando un puñete o una cachetada.					
20	Peleo con casi toda la gente que conozco.					
21	Si alguien me levanta la voz, le insulto para que se calle.					
22	En ocasiones no puedo controlar mi necesidad de hacer daño a otras personas.					
23	Cuando estoy amargo puedo ser capaz de cachetear a alguien.					
24	Pienso que cualquiera que me insulte o insulte a mi familia está buscando pelea.					
25	Generalmente tengo una buena razón para golpear a alguien.					
26	Si alguien me golpea primero, yo le respondo de igual manera.					
27	Puedo usar los golpes para defender mis derechos si fuera necesario.					
28	Yo golpeo a otro (a) cuando el (ella) me insulta primero.					
29	Se me hace difícil conversar con una persona para resolver un problema					
30	No puedo evitar discutir con la gente que no está de acuerdo conmigo.					
31	Si alguien me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso sobre él (ella).					
32	Cuando la gente me grita, yo también le grito.					
33	Cuando me enoja digo cosas feas.					
34	Generalmente hago amenazas o digo cosas feas que después no cumplo.					
35	Cuando discuto rápidamente alzo la voz.					
36	Aun cuando este enojado (a), no digo malas palabras, ni maldigo.					
37	Prefiero darle la razón un poco a una persona antes que discutir.					
38	Cuando estoy enojado (a) algunas veces golpeo la puerta.					
39	Yo me podría molestar tanto que podría agarrar el objeto más cercano y romperlo.					
40	A veces expreso mi cólera golpeando sobre la mesa.					
41	Me molesto lo suficiente como para arrojar objetos.					
42	Cuando me molesto mucho boto las cosas.					



Ficha de Tamizaje de Violencia Familiar y Maltrato al Adolescente

Fecha:/...../..... DISA: Establecimiento:

Servicio: ☐ Emergencia ☐ Pediatría ☐ Gineco-obstetricia ☐ CRED ☐ otros.....

Nombre y Apellido del Usuario:

Edad: Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Dirección:

Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor conteste a estas preguntas:

Pregunte:

Al adolescente:

¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones.

SI

NO

☐☐

¿Quién?

Si es padre o madre de familia:

¿Su hijo (a) es muy desobediente?

SI

NO

☐☐

¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?

☐☐

Marque con aspa(x) todos los indicadores de maltrato que observe

Físico

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

Psicológico

- ☐ Extrema falta de confianza en sí mismo.
- ☐ Tristeza, depresión o angustia.
- ☐ Retraimiento.

- ☐ Llanto frecuente.
- ☐ Exageradas ganas de ganar o sobresalir.
- ☐ Demandas excesivas de atención.
- ☐ Mucha agresividad o pasividad frente a otros adolescentes.
- ☐ Tartamudeo.
- ☐ Temor a los padres o a llegar al hogar.
- ☐ Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.
- ☐ Ausentismo en centro de estudios/escuela.
- ☐ Llegar temprano al centro de estudios/escuela y retirarse tarde.
- ☐ Bajo rendimiento académico.
- ☐ Aislarse de las personas. Intento de suicidio.
- ☐ Uso de alcohol u otras drogas, tranquilizantes y analgésicos.

Sexuales

- ☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiada (adolescente).
- ☐ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
- ☐ Embarazo precoz.
- ☐ Aborto o amenaza de abortos.
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual.
- ☐ Negligencia.
- ☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
- ☐ No vacunas o atención de salud.
- ☐ Accidentes o enfermedades muy frecuentes.
- ☐ Descuido en higiene y aliño.
- ☐ Falta de estimulación del desarrollo.
- ☐ Fatiga, sueño, hambre.

Fecha:/...../..... Derivado por:

Firma:

Nombre del profesional que atendió el caso:



Cuestionario de Síntomas para Adolescente, Jóvenes y Adultos Symptoms Report Questionnaire - SRQ



FECHA DE ENTREVISTA:

ESTABLECIMIENTO:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: / / EDAD: SEXO:

DIRECCIÓN:

MOTIVO DE CONSULTA:

- 1.- ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?.
- 2.- ¿Tiene mal apetito?.
- 3.- ¿Duerme mal?.
- 4.- ¿Se asusta con facilidad?.
- 5.- ¿Sufre temblor en las manos?.
- 6.- ¿Se siente nervioso o tenso?.
- 7.- ¿Sufre de mala digestión?.
- 8.- ¿Es incapaz de pensar con claridad?.
- 9.- ¿Se siente triste?.
- 10.- ¿Llora usted. Con mucha frecuencia?.
- 11.- ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?.
- 12.- ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?.
- 13.- ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?.
- 14.- ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?.
- 15.- ¿Ha perdido interés en las cosas?.
- 16.- ¿Se siente aburrido?.
- 17.- ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?.
- 18.- ¿Se siente cansado todo el tiempo?.

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS DEL 1 AL 18:

- 19.- ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?.
- 20.- ¿Es usted una persona mucho mas importante de lo que piensan los demás?.
- 21.- ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?.
- 22.- ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?.
- 23.- ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?.
- 24.- ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado?.
- 25.- ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?.
- 26.- ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo, o colegio o faltar a ellos?.
- 27.- ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?.
- 28.- ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?.
- 29.- ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?.

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN:

Las primeras dieciocho (18) preguntas se refieren a trastornos de leve a moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos, nueve (9) o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental y por lo tanto se le considera un "caso".

La preguntas del diecinueve (19) al veintidós (22) son indicativas de un trastorno psicótico, una sola respuesta positiva entre estas cuatro determinan un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta veintitrés (23) indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Las preguntas del veinticuatro (24) al veintiocho (28) indican problemas relacionados con el consumo de alcohol, la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades o la combinación de las tres indica que efectivamente se trata de un "caso".



AUDIT

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ H.C.: _____ FECHA: _____

EDAD: _____ SEXO: (M)(F) DIRECCIÓN: _____ TELF: _____ EVALUADOR: _____

Las siguientes preguntas se refieren a su consumo de alcohol. Lea cuidadosamente las preguntas, elija la opción que más se acerque y marque la columna correspondiente con una "X". Conteste de acuerdo a lo sucedido en los últimos doce meses.

PREGUNTAS	CALIFICACIÓN				
	0	1	2	3	4
1. En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia ingirió bebidas alcohólicas?	Nunca	Una vez al mes o menos	2 ó 4 veces al mes	2 ó 3 veces por semana	4 ó más veces por semana
2. En los últimos doce meses, ¿cuántas copas tomó en una día típico de los que bebe?	Nunca	1 ó 2	3 ó 4	5 a 9	10 ó más
3. En los últimos doce mese, ¿qué tan frecuente tomó 6 o más copas en la misma ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
4. En los últimos doce meses, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que empezó?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
5. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente dejó de hacer algo que debía hacer por beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
6. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente bebió a la mañana siguiente después de beber en exceso el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
7. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
8. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente olvidó algo de lo que pasó cuando bebió?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
9. En los últimos doce meses, ¿se lastimó o alguien resulto lastimado cuando bebió?	No		Sí, pero no en el, último año		
10. En los últimos doce meses, ¿algún amigo, familiar o doctor se preocupó por su forma de beber o le sugirió que le bajara?	No		Sí, pero no en el, último año		

Calificación total:

0 a 7 Abstemio o consumo de bajo riesgo.
8 a 15 Consumo de alto riesgo.
16 a 19 Consumo perjudicial.
20 a 40 Probable dependencia.



CONSULTA

DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)	TIPO DE DX			CIE X	TRATAMIENTO: VÍA	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
	P	D	R				
	P	D	R				
	P	D	R				
	P	D	R				
	P	D	R		MEDIDAS HIGIÉNICO - DIETÉTICAS:		
	P	D	R				
EXÁMENES AUXILIARES:					MEDIDAS PREVENTIVAS:		
					REFERENCIA(fecha, lugar y motivo)		
Próxima Cita:					Firma y Sello (Colegio Profesional)		
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					
FUR:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:			
Ex. Físico		T°:		P.A:	
FC:		FR:		Peso:	
Talla:		P.ABD:			
DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)		TIPO DE DX		CIE X	
		P D R			
		P D R			
		P D R			
		P D R			
		P D R			
		P D R			
		P D R			
EXÁMENES AUXILIARES:				MEDIDAS HIGIÉNICO - DIETÉTICAS:	
				MEDIDAS PREVENTIVAS:	
				REFERENCIA(fecha, lugar y motivo)	
Próxima Cita:				Firma y Sello (Colegio Profesional)	
Observación:					
APELLIDOS Y NOMBRES:				N° HCl:	



FORMATO DE ATENCIÓN 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					
FUR:	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 DE DX	CIE X	TRATAMIENTO: VÍA	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
	P D R				
	P D R				
	P D R				
	P D R				
	P D R				
	P D R		MEDIDAS HIGIÉNICO - 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					
FUR:	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 DE DX	CIE X	TRATAMIENTO: VÍA	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
	P D R				
	P D R				
	P D R				
	P D R				
	P D R				
	P D R		MEDIDAS HIGIÉNICO - DIETÉTICAS:		
EXÁMENES AUXILIARES:			MEDIDAS PREVENTIVAS:		
			REFERENCIA(fecha, lugar y motivo)		
Próxima Cita:	Firma y Sello <small>(Colegio Profesional)</small>				
Observación:					

APELLIDOS Y NOMBRES:	N° HCl:
----------------------	---------



FORMATO DE ATENCIÓN 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	
FUR:	ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:	
Ex. Físico	T°:	P A:
FC:	FR:	Peso:
Talla:	P.ABD:	

DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)	TIPO DE DX	CIE X	TRATAMIENTO: VÍA	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
	P D R				
	P D R				
	P D R				
	P D R				
	P D R				
	P D R				
	P D R				
EXÁMENES AUXILIARES:			MEDIDAS HIGIÉNICO - DIETÉTICAS:		
			MEDIDAS PREVENTIVAS:		
			REFERENCIA(fecha, lugar y motivo)		
Próxima Cita:			Firma y Sello (Colegio Profesional)		
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	
FUR:	ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:	
Ex. Físico	T°:	P A:
FC:	FR:	Peso:
Talla:	P.ABD:	

DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)	TIPO DE DX	CIE X	TRATAMIENTO: VÍA	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
	P D R				
	P D R				
	P D R				
	P D R				
	P D R				
	P D R				
	P D R				
EXÁMENES AUXILIARES:			MEDIDAS HIGIÉNICO - DIETÉTICAS:		
			MEDIDAS PREVENTIVAS:		
			REFERENCIA(fecha, lugar y motivo)		
Próxima Cita:			Firma y Sello (Colegio Profesional)		
Observación:					
APELLIDOS Y NOMBRES:					N° HCl:



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			
FUR:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:			
Ex. Físico		T°:		P A:	
FC:		FR:		Peso:	
Talla:		PABD:			

DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)		TIPO DE DX			CIE X	TRATAMIENTO:	VÍA	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
		P	D	R					
		P	D	R					
		P	D	R					
		P	D	R					
		P	D	R					
		P	D	R		MEDIDAS HIGIÉNICO - DIETÉTICAS:			
EXÁMENES AUXILIARES:						MEDIDAS PREVENTIVAS:			
						REFERENCIA(fecha, lugar y motivo)			
Próxima Cita:						Firma y Sello (Colegio Profesional)			
Observación:									

CONSULTA

FECHA:		HORA:		EDAD:			
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
Signos y Síntomas:							
Relato cronológico:							
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO:							
APETITO:		SED:		SUEÑO:		ORINA:	
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:		SI		NO		DEPOSICIONES:	
TOS HACE 15 DÍAS:		SI		NO		VIAJO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:	
SI		NO		SI		NO	
FUR:		SECRECION O LESION EN GENITALES:					
SI		NO					
Ex. Físico		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:					
T°:		P A:		FC:		FR:	
Peso:		Talla:		P.ABD:			

DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)	TIPO DE DX			CIE X	TRATAMIENTO:	VÍA	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
	P	D	R					
	P	D	R					
	P	D	R					
	P	D	R					
	P	D	R					
	P	D	R					
	P	D	R					
	P	D	R					
	P	D	R					
EXÁMENES AUXILIARES:					MEDIDAS HIGIÉNICO - DIETÉTICAS:			
					MEDIDAS PREVENTIVAS:			
					REFERENCIA(fecha, lugar y motivo)			
Próxima Cita:								
Observación:								
APELLIDOS Y NOMBRES:								N° HCl:



CONSULTA

FECHA:		HORA:		EDAD:	
Motivo de consulta:		Tiempo de Enfermedad:			
Signos y Síntomas:					
Relato cronológico:					
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO:					
APETITO:		SED:		SUEÑO:	
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS: SI NO		ORINA:		DEPOSICIONES:	
TOS HACE 15 DÍAS: SI NO		VIAJO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS: SI NO		LUGAR:	
FUR:		SECRECION O LESION EN GENITALES: SI NO			
ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:					
Ex. Físico		T°:		P A:	
		FC:		FR:	
		Peso:		Talla:	
		P.ABD:			

DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)	TIPO DE DX			CIE X	TRATAMIENTO: VÍA	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
	P	D	R				
	P	D	R				
	P	D	R				
	P	D	R				
	P	D	R				
	P	D	R		MEDIDAS HIGIÉNICO - DIETÉTICAS:		
EXÁMENES AUXILIARES:					MEDIDAS PREVENTIVAS:		
					REFERENCIA(fecha, lugar y motivo)		
Próxima Cita:					Firma y Sello (Colegio Profesional)		
Observación:							

CONSULTA

FECHA:		HORA:		EDAD:	
Motivo de consulta:			Tiempo de Enfermedad:		
Signos y Síntomas:					
Relato cronológico:					
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO:					
APETITO:		SED:		SUEÑO:	
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS: SI		NO		ORINA:	
TOS HACE 15 DÍAS: SI		NO		DEPOSICIONES:	
VIAJE EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS: SI		NO		LUGAR:	
SECRETACIÓN O LESIÓN EN GENITALES: SI		NO			
FUR:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:			
Ex. Físico		T°:		P A:	
FC:		FR:		Peso:	
Talla:		P.ABD:			

DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)			TIPO DE DX			CIE X	TRATAMIENTO: VÍA		DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
			P	D	R					
			P	D	R					
			P	D	R					
			P	D	R					
			P	D	R					
			P	D	R					
			P	D	R					
			P	D	R					
EXÁMENES AUXILIARES:						MEDIDAS. HIGIÉNICO - DIETÉTICAS:				
						MEDIDAS PREVENTIVAS:				
						REFERENCIA(fecha, lugar y motivo)				
Próxima Cita:						Firma y Sello (Colegio Profesional)				
Observación:										
APELLIDOS Y NOMBRES:									N° HCl:	



FORMATO DE ATENCIÓN 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			
FUR:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:							
Ex. Físico		T°:		P A:		FC:		FR: Peso: Talla: P.ABD:	
DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)				TIPO DE DX		CIE X		TRATAMIENTO: VÍA DOSIS FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN	
				P D R					
				P D R					
				P D R					
				P D R					
				P D R					
				P D R				MEDIDAS HIGIÉNICO - DIETÉTICAS:	
EXÁMENES AUXILIARES:						MEDIDAS PREVENTIVAS:			
						REFERENCIA(fecha, lugar y motivo)			
Próxima Cita:						Firma y Sello (Colegio Profesional)			
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			
FUR:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:							
Ex. Físico		T°:		P A:		FC:		FR: Peso: Talla: P.ABD:	
DIAGNÓSTICO (Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros)				TIPO DE DX		CIE X		TRATAMIENTO: VÍA DOSIS FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN	
				P D R					
				P D R					
				P D R					
				P D R					
				P D R				MEDIDAS HIGIÉNICO - DIETÉTICAS:	
EXÁMENES AUXILIARES:						MEDIDAS PREVENTIVAS:			
						REFERENCIA(fecha, lugar y motivo)			
Próxima Cita:						Firma y Sello (Colegio Profesional)			
Observación:									
APELLIDOS Y NOMBRES:									
								N° HCI:	



PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

1

Nº de Historia Clínica: Nº Afiliación SIS u otro Seguro: Nº CUI/DNI:

Apellidos: F. de Nac.:

Nombres: Sexo: ☐ M ☐ F

Dirección / Referencia: Cel. Madre o Cuidador:

Madre, Padre o adulto responsable del cuidado del niño: Edad: Nº DNI:

Problemas y Necesidades	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL			CÓDIGO HIS	GRUPO DE EDADES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
				0 - 28 días				1 - 11 meses								1 año				2 años				3 años				4 años																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Nº	Prestaciones de salud	Descripción		Fecha				Fecha								Fecha				Fecha				Fecha				Fecha																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
1	Atención Integral de Salud	Valoración 1ª consulta: Antecedentes-tamizaje-Identificación de factores de Riesgo	C8002 Dx: D Lab: 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						</

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO

2A

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO

N° DNI /Historia Clínica:

Establecimiento de Salud:

Tipo de seguro:

SIS

Essalud

Fospoli

S. seguro

N° de seguro:

DATOS GENERALES

Apellidos:

Nombres:

Sexo:

M

F

Edad:

Lugar de Nacimiento:

Domicilio/Referencia

F. Nac: / /

CUI/DNI

G.S.

Rh

Nombre y Apellidos de la Madre o Tutor

Edad

Identificación (DNI)

Teléfono domicilio o móvil

Grado de Instrucción

Ocupación

Estado Civil

Religión

Nombre y Apellidos de la Padre o Tutor

Edad

Identificación (DNI)

Teléfono domicilio o móvil

Grado de Instrucción

Ocupación

Estado Civil

Religión

I. Antecedentes Personales:

1. Antecedentes Perinatales:

1.1 Embarazo

Normal

Complicado

Patología(s) durante la gestación:

Embarazo de riesgo

Infecciones intrauterinas, vaginal, ITU

Diabetes gestacional

Hipertensión arterial

Anemia

Control prenatal:

Si

No

N° CPN:

N° de embarazo

Lugar de APN:

1.3 Nacimiento

Edad Gest. al nacer (sem):

A termino (37 a 40)

Pretermino (< 36)

Peso al nacer (gr)

Talla al nacer (cm)

Perimetro cefalico (cm)

Sufrimiento fetal

2. Anteced. Patológicos

TBC

Si

No

SOBA / Asma

Si

No

Transfusiones sanguinea

Si

No

Neurológico

Si

No

Alergia a medicamentos

Si

No

especifique:

Otro

Si

No

Especifique

1.2 Parto:

Parto Eutóxico

Complicado

Complicaciones del parto:

Lugar del parto:

EES:

Domicilio:

Consult. Particular:

Atendido por:

Profesional de Salud

Técnico

ACS

Familiar

Otro (especificar)

Corte tardío del cordón umbilical

< 3 min.

3 min a +

Contacto piel a piel

Si

No

Lactancia precoz

No

15 min

.30 min

45 min a +

Respiración y llanto al nacer:

Fue inmediato

Si

No

APGAR

1 min

Si

No

Reanimación

Si

No

Patología Neonatal

Si

No

Especifique:

Hospitalización

Si

No

Tiempo de hospitalización

1.4 Después del nacimiento (Patologías)

Hipoglucemia

Si

No

Infección

Si

No

Hiperbilirrubinemia

Si

No

Cirugías

Si

No

Retinopatía

Si

No

Otros:

3. Antecedentes familiares

Quién

Tuberculosis

Si

No

VIH-SIDA

Si

No

Diabetes

Si

No

Epilepsia

Si

No

Alergia a medicinas

Si

No

Violencia familiar

Si

No

Alcoholismo

Si

No

Drogadicción

Si

No

Hepatitis B

Si

No

Padre(P), Madre(M), Hno(H), Abuelo/a(A)

4. Factores de Riesgo Social

Cuidador del niño:

Apoyo de familiares

Si

No

Embarazo adolescente

Si

No

N° de hijos

1

2 a 3

>3

Último embarazo espaciado

< 2

2 a 5

>6

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y DE SEGUIMIENTO DE LA NIÑA Y EL NIÑO

2B

ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS						
Grupo etario	Vacunas	Edad	Dosis	Edad que se administra	Fecha de administración	
RN	BCG	1 día	Única			
	HVB	1 día	Única			
MENOR DE 1 AÑO	Pentavalente	2 meses	1° D			
		4 meses	2° D			
		6 meses	3° D			
	Antipolio	IPV	1° D			
		IPV	2° D			
		IPV	3° D			
	Rotavirus	2 meses	1° D			
		4 meses	2° D			
	Neumococo	2 meses	1° D			
		4 meses	2° D			
1 AÑO	Influenza Estac.	6 meses	1° D			
		7 meses	2° D			
	COVID	6 meses	1° D			
		Después de 28 días de la 1° Dosis	2° D			
4 AÑOS	SPR 1° D	12 meses	1° D			
	Neumococo	12 meses	3° D			
	Varicela	12 meses	Única			
	Antiamarílica	15 meses	Única			
	HVA	15 meses	Única			
	DPT 1° Ref.	18 meses	1° Ref.			
	IPV 1° Ref.	18 meses	1° Ref.			
	SPR 2° D	18 meses	2° D			
	Influenza Estac.	12 - 23 m	Única			
	Influenza Estac.	24 - 35 m	Única			
Otras vacunas ó Dosis de Barrido	Influenza Estac.	36 - 47 m	Única			
	DPT 2° Ref.	4 años	2do Ref.			
	APO 2° Ref.	4 años	2do Ref.			
	Influenza Estac.	48 - 59 m	Única			

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº DNI:

CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO ATERMINO Y PESO ADECUADO AL NACER					
Grupo etario	CRED	Edad	Edad de control	Fecha de control	Nº y fecha de visita
RN	1° C.				
	2° C.				
	3° C.				
	4° C.				
	1° C.	1 mes			
MENOR DE 1 AÑO	2° C.	2 meses			
	3° C.	3 meses			
	4° C.	4 meses			
	5° C.	5 meses			
	6° C.	6 meses			
	7° C.	7 meses			
	8° C.	8 meses			
	9° C.	9 meses			
	10° C.	10 meses			
	11° C.	11 meses			
1 AÑO	1° C.	12 meses			
	2° C.	14 meses			
	3° C.	16 meses			
	4° C.	18 meses			
	5° C.	20 meses			
2 AÑOS	6° C.	22 meses			
	1° C.	24 meses			
	2° C.	27 meses			
	3° C.	30 meses			
	4° C.	33 meses			
3 AÑOS	1° C.	36 meses			
	2° C.	39 meses			
	3° C.	42 meses			
	4° C.	45 meses			
	1° C.	48 meses			
4 AÑOS	2° C.	51 meses			
	3° C.	54 meses			
	4° C.	57 meses			

CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO BPN Y/O PREMATURO					
Grupo etario	CRED	Edad	Edad de control	Fecha de control	Nº y fecha de visita
RN	1° C.	Post Alta			
	2° C.	7 días			
	3° C.	10 días			
	4° C.	14 días			
	5° C.	21 días			
MENOR DE 1 AÑO	1° C.	1 mes			
	2° C.	1 m y 15 d			
	3° C.	2 meses			
	4° C.	2 m y 15 d			
	5° C.	3 meses			
	6° C.	4 meses			
	7° C.	5 meses			
	8° C.	6 meses			
	9° C.	7 meses			
	10° C.	8 meses			
1 AÑO	11° C.	9 meses			
	12° C.	10 meses			
	13° C.	11 meses			
	1° C.	12 meses			
	2° C.	14 meses			
2 AÑOS	3° C.	15 meses			
	4° C.	18 meses			
	5° C.	20 meses			
	6° C.	22 meses			
	1° C.	24 meses			
3 AÑOS	2° C.	27 meses			
	3° C.	30 meses			
	4° C.	33 meses			
	1° C.	36 meses			
	2° C.	39 meses			
4 AÑOS	3° C.	42 meses			
	4° C.	45 meses			
	1° C.	48 meses			
	2° C.	51 meses			
	3° C.	54 meses			
	4° C.	57 meses			

TRATAMIENTO DE ANEMIA CON HIERRO									
Actividad	Edad	Fecha de actividad	Hb Ocs	Hb Ddc	Peso	Medicamento y dosis	Visita comicialaria		
Hb inicial									
1ª entrega									
1ª C. de Hb: al término del 1º mes de Tx.									
2ª entrega									
3ª entrega									
2ª C. de Hb: al término del 3º mes de Tx.									
4ª entrega									
5ª entrega									
6ª entrega									
3ª C. de Hb: al término del 5º mes de Tx.									

Colocar en la celda la sigla del medicamento que se va a administrar: Sulfato Ferroso (SF); Polimaltosa (PO)

TRATAMIENTO DE ANEMIA CON HIERRO									
Actividad	Edad	Fecha de actividad	Hb Ocs	Hb Ddc	Peso	Medicamento y dosis	Visita comicialaria		
Hb inicial									
1ª entrega									
1ª C. de Hb: al término del 1º mes de Tx.									
2ª entrega									
3ª entrega									
2ª C. de Hb: al término del 3º mes de Tx.									
4ª entrega									
5ª entrega									
6ª entrega									
3ª C. de Hb: al término del 5º mes de Tx.									

Colocar en la celda la sigla del medicamento que se va a administrar: Sulfato Ferroso (SF); Polimaltosa (PO)

DESCARTE DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA									
TAMIZAJE	1 mes*	2 meses*	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses	36 meses	48 meses	
Descarte de anemia									
Descarte parásitos	Examen seriado de heces	Fecha solicitud							
		fecha resultado							
	Tes de Graham	Fecha solicitud							
		fecha resultado							

* El tamizaje de Hb de 1 mes, se realiza en aquellos RN que nacieron prematuros o BPN, y al 2º mes de vida se hace el control de Hb, a partir del 6to mes de vida es rutinario.

APELLIDOS Y NOMBRES:

SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO PREVENTIVO AL NIÑO(A) A TERMINO Y PESO ADECUADO AL NACER									
Nº entrega y Medicament	Edad entreg	Fecha de entrega	Peso	Dosis a tomar	Fecha de VD	Nº			
1ª -	4m								
2ª -	5m								
1ª -	6m								
2ª -	7m								
3ª -	8m								
4ª -	9m								
5ª -	10m								
6ª -	11m								
TA - DOSAJE	12m								
DOSAJE	18m								
DOSAJE	24m								
	25m								
	26m								
	27m								
	28m								
	29m								
DOSAJE	36m								

Colocar en la celda la sigla del medicamento que se va a administrar: Sulfato Ferroso (SF); Polimaltosa (PO); Multivitaminizados (MUN)

ADMINISTRACIÓN DE VITAMINA A					
Vitamina A	Edad	1ª dosis		2ª dosis	
		Edad de administración	Fecha de administración	Edad de administración	Fecha de administración
1000000 UI	6 meses				
2000000 UI	12 - 23 m				
2000000 UI	24 - 35 m				
2000000 UI	36 - 47 m				
2000000 UI	48 - 59 m				

I/C: se realiza cuando el diagnóstico es positivo
La actividad de confirmación: es siempre cuando el resultado sea positivo o hay a l i g u n a observación en la muestra anterior; considerar la NTS N° 154-2019 de tamizaje neonatal.

SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO PREVENTIVO AL NIÑO(A) BPN Y/O PREMATURO									
Nº entrega y Medicament	Edad entreg	Fecha de entrega	Peso	Dosis a tomar	Fecha de VD	Nº			
1ª -	1m								
2ª -	2m								
3ª -	3m								
4ª -	4m								
5ª -	5m								
1ª -	6m								
2ª -	7m								
3ª -	8m								
4ª -	9m								
5ª -	10m								
6ª -	11m								
TA - DOSAJE	12m								
DOSAJE	18m								
DOSAJE	24m								
	25m								
	26m								
	27m								
	28m								
	29m								
DOSAJE	36m								

TAMIZAJE DEL RECIEN NACIDO					
Tamizaje	Edad	Actividad de descarte	Actividad de confirmación		
TSH		fecha toma de muestra	fecha de resultado	fecha toma de muestra	fecha de resultado
		Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico
		fecha toma de muestra	fecha de resultado	fecha toma de muestra	fecha de resultado
		Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico
Fenilcetonuria		fecha de examen	fecha de examen	fecha de examen	fecha de examen
		Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico
		fecha de I/C	fecha de I/C	fecha de I/C	fecha de I/C
		fecha de examen	fecha de examen	fecha de examen	fecha de examen
Fibrosis quística		Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico
		fecha de I/C	fecha de I/C	fecha de I/C	fecha de I/C
		fecha de examen	fecha de examen	fecha de examen	fecha de examen
		Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico
Hipoplasia congénita		fecha de examen	fecha de examen	fecha de examen	fecha de examen
		Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico
		fecha de I/C	fecha de I/C	fecha de I/C	fecha de I/C
		fecha de examen	fecha de examen	fecha de examen	fecha de examen
Catarata congénita		Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico
		fecha de I/C	fecha de I/C	fecha de I/C	fecha de I/C
		fecha de examen	fecha de examen	fecha de examen	fecha de examen
		Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico

Nº DNI:

FECHA:

EDAD:

1. ¿El niño está recibiendo lactancia materna? (explorar)

2. ¿La técnica de LM es adecuada? (explorar y observar)

3. ¿La frecuencia de la LM es adecuada? (explorar y observar)

4. ¿El niño recibe leche no materna? (explorar)

5. ¿El niño recibe agüitas? (explorar)

6. ¿El niño recibe algún otro alimento? (explorar)

7. ¿La consistencia de la preparación es adecuada según la edad? (explorar)

8. ¿La cantidad de alimentos es adecuada según la edad? (explorar)

9. ¿La frecuencia de la alimentación es adecuada según la edad? (explorar)

10. ¿Consumo alimentos de origen animal? (explorar)

11. ¿Consumo 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 yodada a la comida familiar?

15. ¿Su niña o niño está tomando suplemento de hierro?

16. ¿Su niña o niño ha recibido vit. A?

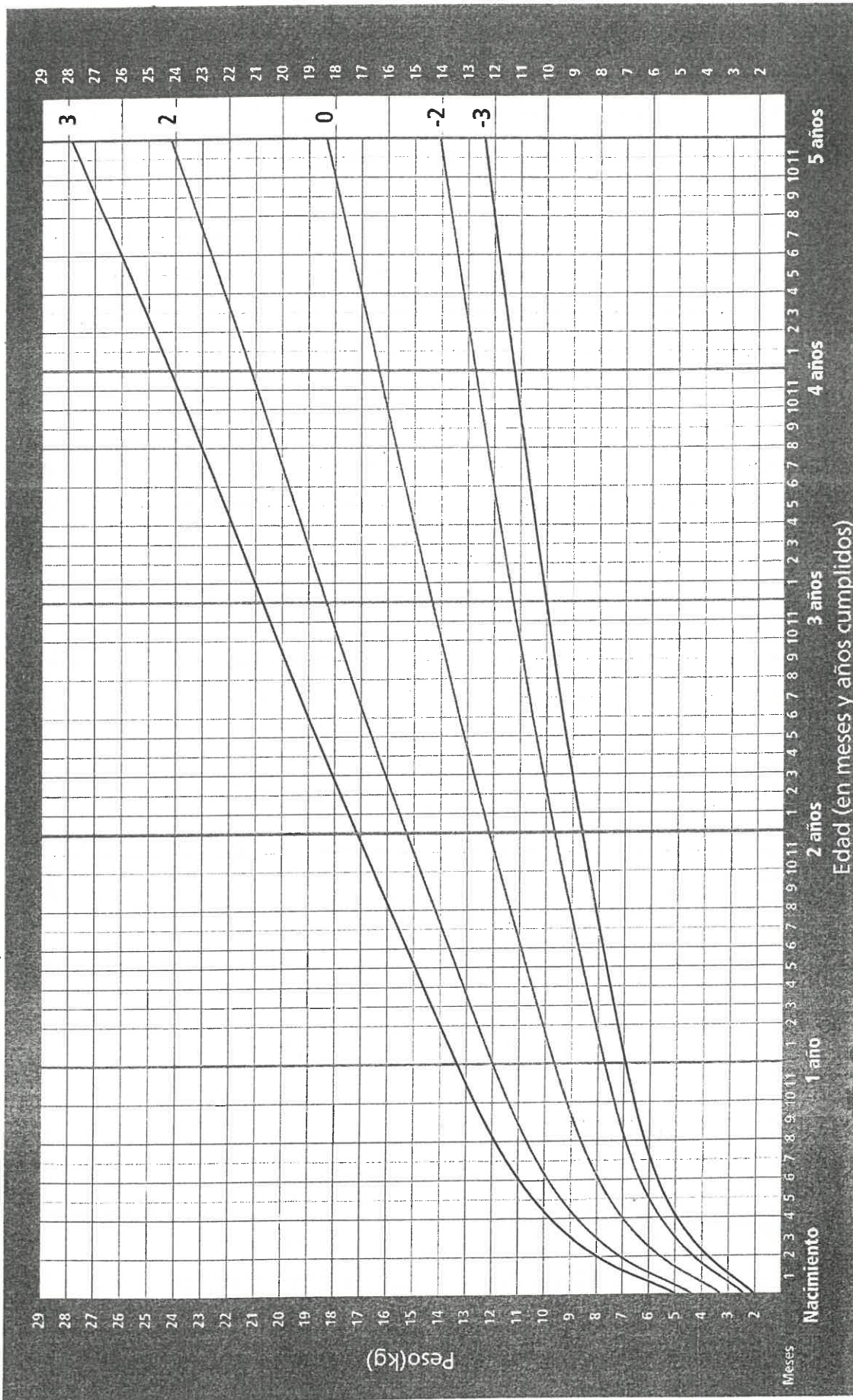
17 ¿Su niña o niño está recibiendo multimicronutrientes?

18. ¿Es el niño beneficiario de algún Programa de Apoyo Social? Si () No () Especificar:
PVL PIN

color

Peso para la edad Niños

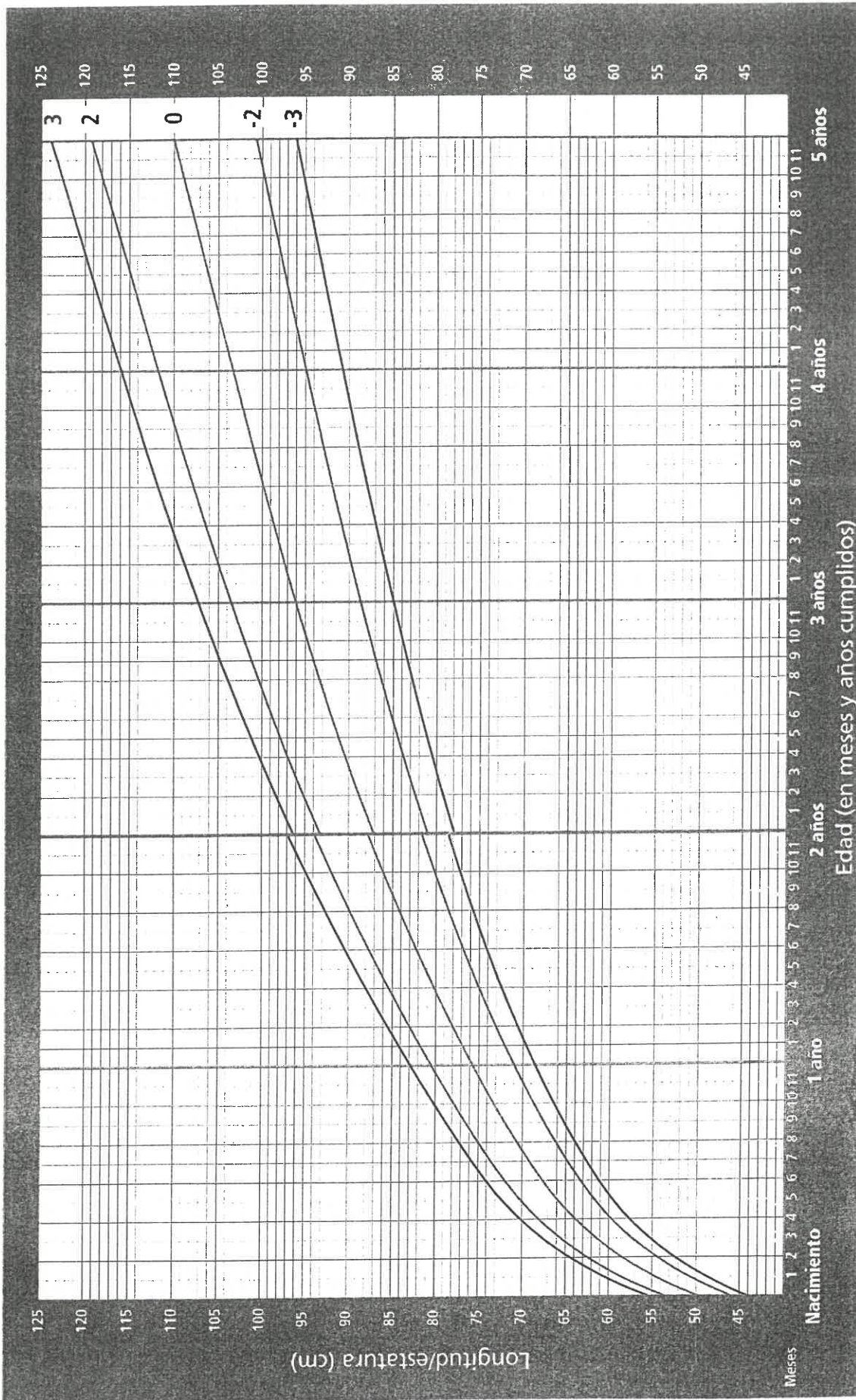
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



COLOR

Longitud/estatura para los Niños

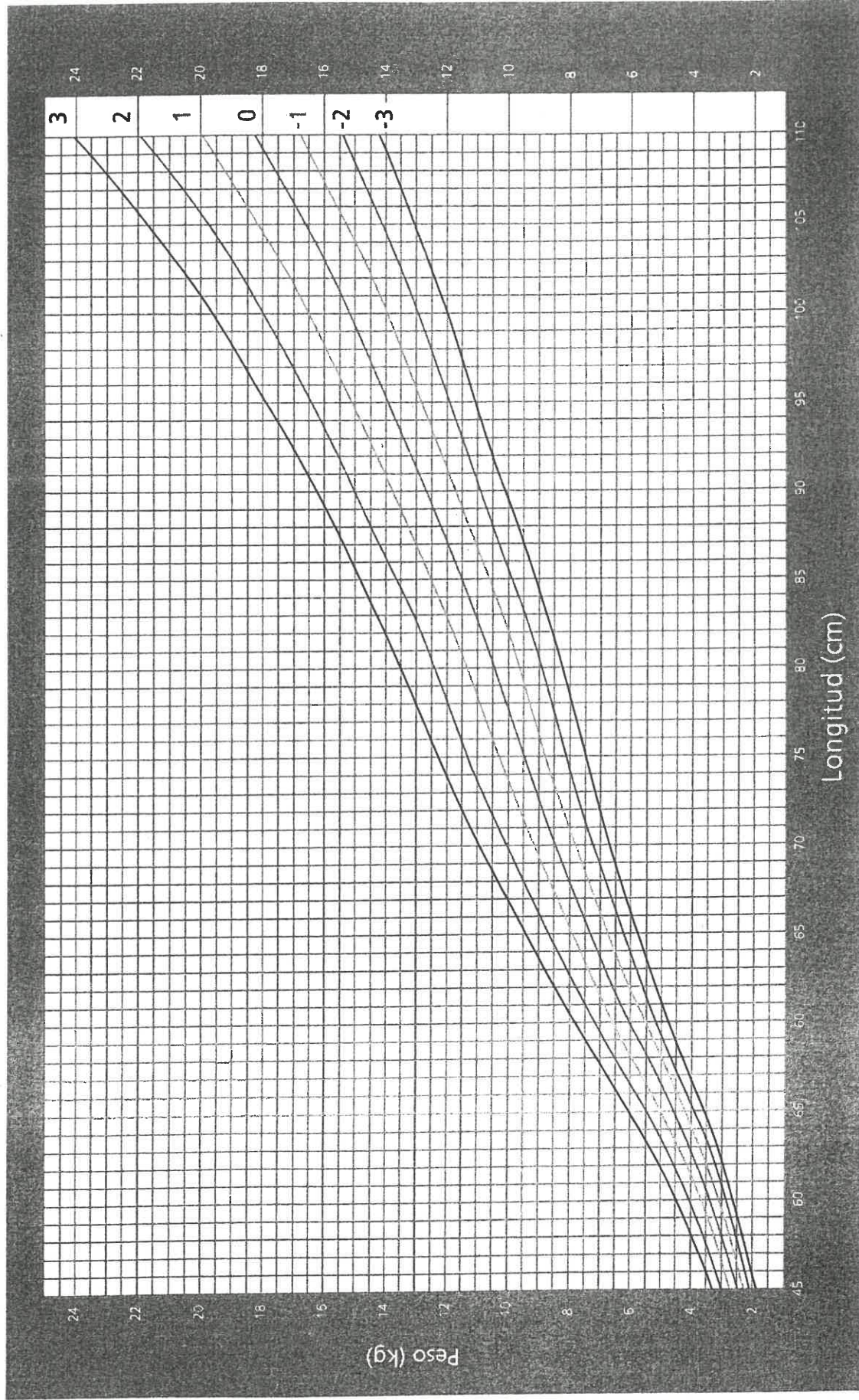
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Peso para la longitud Niños

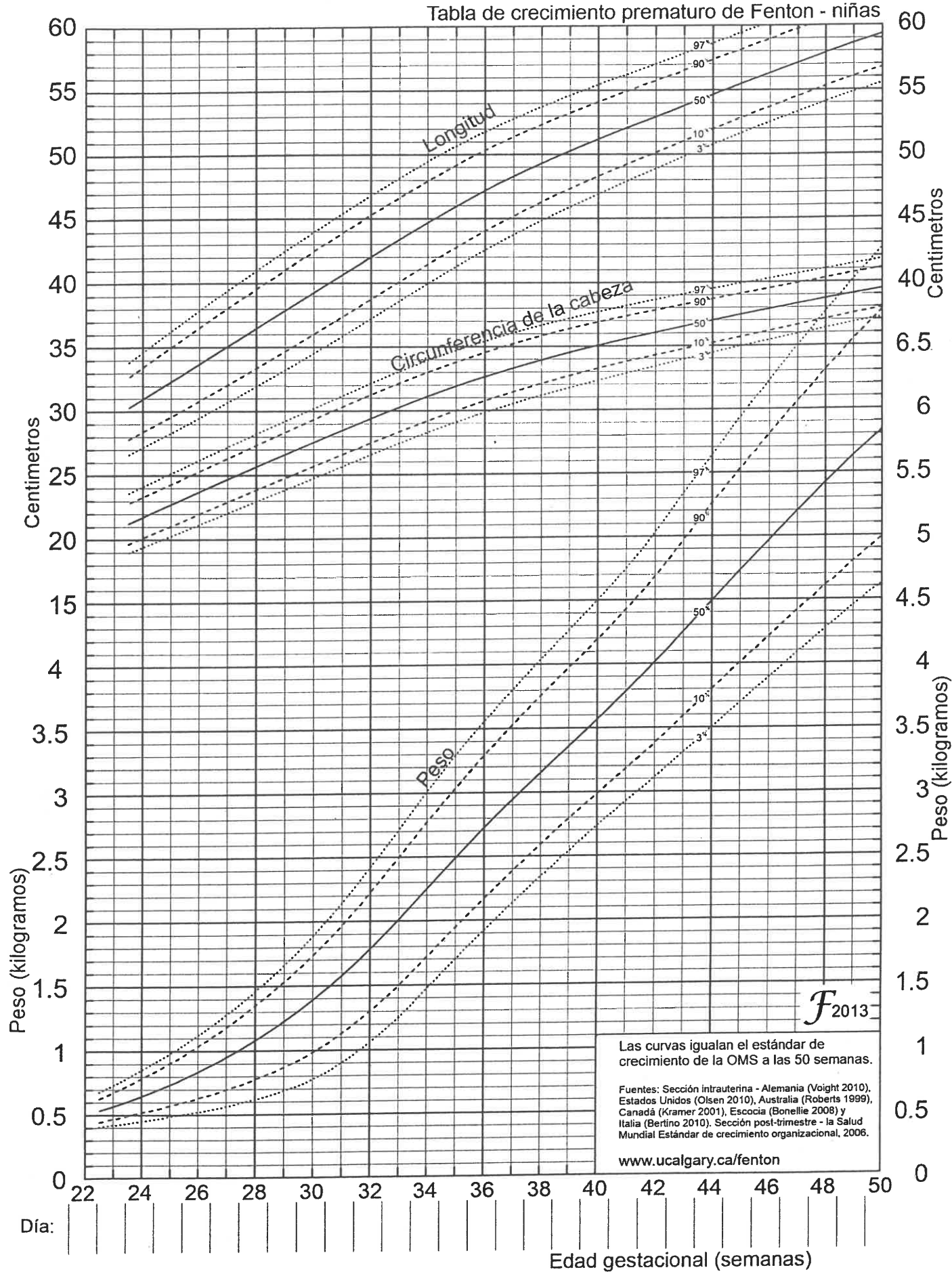
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

color



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Tabla de crecimiento prematuro de Fenton - niñas





TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

13

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 una aspa (x) en sí o no y/o llene según corresponda.

PREGUNTAS	SI	NO
¿Los padres son parientes cercanos?		
¿Alguien en la familia (materna ó 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 persona que lo cuida?		
¿Si la respuesta anterior es afirmativa especificar con quién? -----		
¿El niño presentó alguna infección de 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 o ha estado con Bajo Peso?		
¿El niño presenta alguna Malformación Congénita?		
¿El niño alguna vez ha convulsionado?		

TAMIZAJE DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL

Lea al Paciente

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

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

Pregunte

Al adulto (a)

¿Diría que en su familia se dan situaciones de violencia?

SI

☐

NO

☐

¿Alguna vez algún miembro de la familia le insulta?

☐
☐

¿Algún miembro de su familia le golpea?

☐
☐

¿Alguna vez algún miembro de su familia le chantajea?

☐
☐

¿Alguna vez algún miembro de su familia le obliga

☐
☐

a tener relaciones sexuales? ¿Quién?

¿Quién? _____

Al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña

Fácil

☐

Difícil

☐

Piensa en la mayor parte del tiempo, diría que ¿su hijo o hija es fácil o difícil?

¿Alguna vez pierde el control? SI ☐ NO ☐ Pega ☐ Grita ☐ Empuja o Sacude? ☐ Encierra? ☐

¿Su hijo es muy desobediente? SI ☐ NO ☐

Marque con (X), todos los indicadores de maltrato que observe en el niño o niña

FÍSICO

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

PSICOLÓGICO

- ☐ Extrema falta de confianza en si mismo.
- ☐ Tristeza, depresión o angustia

- ☐ Retraimiento
- ☐ Llanto frecuente.
- ☐ Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
- ☐ Demandas excesivas de atención.
- ☐ Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.
- ☐ Tartamudeo.
- ☐ Temor a los padres o de llegar al hogar.
- ☐ Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.
- ☐ Ausentismo escolar.
- ☐ Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde
- ☐ Bajo rendimiento académico.
- ☐ Aislamiento de personas.
- ☐ Intento de suicidio

SEXUALES

- ☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños)
- ☐ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual.

NEGLIGENCIAS

- ☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento
- ☐ No vacunas o atención de salud
- ☐ Accidente o enf. muy frecuente.
- ☐ Descuido en higiene o al niño.
- ☐ Falta de estimulación del desarrollo.
- ☐ Fatiga, sueño, hambre.

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 :		IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO			
No quiere mamar ni succiona		No puede beber o tomar el pecho		Emaciación visible grave		Quién cuida al niño? _____			
Convulsiones		Convulsiones		Piel vuelve muy lentamente		Participa el padre en el cuidado del niño?			
Fontanela abombada		Letárgico o comatoso		Traumatismo / Quemaduras		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel		Vomita todo		Envenenamiento		El niño recibe muestras de afecto?			
Rigidez de nuca				Palidez palmar intensa		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Pústulas muchas y extensas				No presenta signos <input type="checkbox"/>		Especifique _____			
Letárgico o comatoso									
ANAMNESIS									
1. Motivo de consulta:									
Tiempo de enfermedad: Forma de Inicio: Curso:									
Examen físico	Signos Vitales	T°	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC	
Diagnóstico	1. Diagnóstico Nosológico o Sindrómico				2. Condición del crecimiento y estado Nutricional			3. Condición del Desarrollo Psicomotor	
	1.				Crecimiento adecuado			Desarrollo normal	
	2.				Crecimiento inadecuado			Riesgo para el desarrollo	
	3.				Riesgo Nutricional			Deficit del desarrollo según PB	
	2. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.				Ganancia inadecuada de peso o talla			Trastorno del Desarrollo:	
	1.				Desnutrición			Observaciones :	
	2.				Sobrepeso				
	3.				Obesidad				
Tratamiento					Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño				
Exámenes Auxiliares					Referencia (lugar y motivo)				
Proxima cita:			Atendido por:						
Observación:				Firma y Sello					Colegio profesional DNI
APELLIDOS Y NOMBRES:					N° DE HISTORIA CLÍNICA:				

CONSULTA

Fecha	Hora:	Edad:	
Descarte de signos de peligro : (marcar los hallazgos)			
MEJOR DE 2 MESES : No quiere mamar ni succiona Convulsiones Fontanela abombada Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel Rigidez de nuca Pústulas muchas y extensas Letárgico o comatoso	DE 2 MESES A 4 AÑOS : No puede beber o tomar el pecho Convulsiones Letárgico o comatoso Vomita todo	PARA TODAS LAS EDADES : Emaciación visible grave Piel vuelve muy lentamente Traumatismo / Quemaduras Envenenamiento Palidez palmar intensa	IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO Quién cuida al niño? Participa el padre en el cuidado del niño? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El niño recibe muestras de afecto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique
No presenta signos <input type="checkbox"/>			

ANAMNESIS

1. Motivo de consulta:

Tiempo de enfermedad: **Forma de Inicio:** **Curso:**

	Signos Vitales	Tº	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC
Examen físico								

Diagnóstico	1. Diagnóstico Nosológico o Sindrómico		2. Condición del crecimiento y estado Nutricional				3. Condición del Desarrollo Psicomotor	
	1.		Crecimiento adecuado			Desarrollo normal		
	2.		Crecimiento inadecuado			Riesgo para el desarrollo		
	3.		Riesgo Nutricional: Ganancia inadecuada de peso o talla	P/E	T/E	P/T	Deficit del desarrollo según PB	
	2. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.					Trastorno del Desarrollo:		
	1.		Desnutrición				Observaciones :	
	2.		Sobrepeso					
	3.		Obesidad					

	Tratamiento	Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño

Exámenes Auxiliares	Referencia (lugar y motivo)

Proxima cita: **Atendido por:**

Observación:	Firma y Sello	Colegio profesional DNI	

APELLIDOS Y NOMBRES: **Nº DE HISTORIA CLÍNICA:**

1

Nº CUI/DNI: |

F. de Nac.

Sexo:

Cel. Madre o Cuidador:

Edad:

Nº DNI:

[illegible]

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO

2A

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO

N° DNI / Historia Clínica:

Establecimiento de Salud:

Tipo de seguro:

SIS

Essalud

Fospoli

S. seguro

N° de seguro:

DATOS GENERALES

Apellidos:

Nombres:

Sexo:

M

F

Edad:

Lugar de Nacimiento:

Domicilio/Referencia

F. Nac:

CUI/DNI

G.S.

Rh

Nombre y Apellidos de la Madre o Tutor

Edad

Identificación (DNI)

Teléfono domicilio o móvil

Grado de Instrucción

Ocupación

Estado Civil

Religión

Nombre y Apellidos de la Padre o Tutor

Edad

Identificación (DNI)

Teléfono domicilio o móvil

Grado de Instrucción

Ocupación

Estado Civil

Religión

I. Antecedentes Personales:

1. Antecedentes Perinatales:

1.1 Embarazo

Normal

Complicado

Patología(s) durante la gestación:

Embarazo de riesgo

Infecciones intrauterinas, vaginal, ITU

Diabetes gestacional

Hipertensión arterial

Anemia

Control prenatal:

Si

No

N° CPN:

N° de embarazo

Lugar de APN:

1.2 Parto:

Parto Eutócico

Complicado

Complicaciones del parto:

Lugar del parto:

EESS:

Domicilio:

Consult. Particular:

Atendido por:

Profesional de Salud

Técnico

ACS

Familiar

Otro (especificar)

Corte tardío del cordón umbilical

< 3 min.

3 min a +

Contacto piel a piel

Si

No

Lactancia precoz

No

15 min

30 min

45 min a +

1.3 Nacimiento

Edad Gest. al nacer (sem):

A término (37 a 40)

Pretermino (< 36)

Peso al nacer (gr)

Talla al nacer (cm)

Perímetro cefálico (cm)

Sufrimiento fetal

Respiración y llanto al nacer:

Fue inmediato

Si

No

APGAR

1 min

Si

No

Reanimación

Si

No

Patología Neonatal

Si

No

Especifique:

Hospitalización

Si

No

Tiempo de hospitalización

1.4 Después del nacimiento (Patologías)

Hipoglucemia

Si

No

Infección

Si

No

Hiperbilirrubinemia

Si

No

Cirugías

Si

No

Retinopatía

Si

No

Otros:

2. Anteced. Patológicos

TBC

Si

No

SOBA / Asma

Si

No

Transfusiones sanguíneas

Si

No

Neurológico

Si

No

Alergia a medicamentos

Si

No

Especifique:

Otro

Si

No

Especifique

3. Antecedentes familiares

Quién

Tuberculosis

Si

No

VIH-SIDA

Si

No

Diabetes

Si

No

Epilepsia

Si

No

Alergia a medicinas

Si

No

Violencia familiar

Si

No

Alcoholismo

Si

No

Drogadicción

Si

No

Hepatitis B

Si

No

Padre(P), Madre(M), Hno(H), Abuelo/a(A)

4. Factores de Riesgo Social

Cuidador del niño:

Apoyo de familiares

Si

No

Embarazo adolescente

Si

No

N° de hijos

1

2 a 3

>3

Último embarazo espaciado

< 2

2 a 5

>6

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y DE SEGUIMIENTO DE LA NIÑA Y EL NIÑO

2B

ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS						
Grupo etareo	Vacunas	Edad	Dosis	Edad que se administra	Fecha de administración	
RN	BCG	1 día	Única			
	HVB	1 día	Única			
MENOR DE 1 AÑO	Pentavalente	2 meses	1° D			
		4 meses	2° D			
		6 meses	3° D			
	Antipolio	IPV	1° D			
		IPV	2° D			
		IPV	3° D			
	Rotavirus	2 meses	1° D			
		4 meses	2° D			
	Neumococo	2 meses	1° D			
		4 meses	2° D			
1 AÑO	Influenza Estac.	6 meses	1° D			
		7 meses	2° D			
	COVID	6 meses	1° D			
		Después de 28 días de la 1° Dosis	2° D			
	SPR 1° D	12 meses	1° D			
	Neumococo	12 meses	3° D			
	Varicela	12 meses	Única			
	Antiamarílica	15 meses	Única			
	HVA	15 meses	Única			
	DPT 1° Ref.	18 meses	1° Ref.			
4 AÑOS	Influenza Estac.	18 meses	1° Ref.			
		2° D				
	Influenza Estac.	12 - 23 m	Única			
		24 - 35 m	Única			
	DPT 2° Ref.	36 - 47 m	Única			
		4 años	2do Ref.			
	APO 2° Ref.	4 años	2do Ref.			
		48 - 59 m	Única			
	Otras vacunas o Dosis Adicionales o Dosis de Barrido					

APELLIDOS Y NOMBRES:

CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO ATERMINO Y PESO ADECUADO AL NACER						
Grupo etareo	CRED	Edad	Edad de control	Fecha de control	Nº y fecha de visita	
RN	1° C.					
	2° C.					
	3° C.					
	4° C.					
MENOR DE 1 AÑO	1° C.	1 mes				
	2° C.	2 meses				
	3° C.	3 meses				
	4° C.	4 meses				
	5° C.	5 meses				
	6° C.	6 meses				
	7° C.	7 meses				
	8° C.	8 meses				
	9° C.	9 meses				
	10° C.	10 meses				
1 AÑO	11° C.	11 meses				
	1° C.	12 meses				
	2° C.	14 meses				
	3° C.	16 meses				
	4° C.	18 meses				
	5° C.	20 meses				
	6° C.	22 meses				
	1° C.	24 meses				
	2° C.	27 meses				
	3° C.	30 meses				
2 AÑOS	4° C.	33 meses				
	1° C.	36 meses				
	2° C.	39 meses				
	3° C.	42 meses				
3 AÑOS	4° C.	45 meses				
	1° C.	48 meses				
	2° C.	51 meses				
	3° C.	54 meses				
4 AÑOS	4° C.	57 meses				

CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO BPN Y/O PREMATURO						
Grupo etareo	CRED	Edad	Edad de control	Fecha de control	Nº y fecha de visita	
RN	1° C.	Post Alta				
	2° C.	7 días				
	3° C.	10 días				
	4° C.	14 días				
	5° C.	21 días				
MENOR DE 1 AÑO	1° C.	1 mes				
	2° C.	1 m y 15 d				
	3° C.	2 meses				
	4° C.	2 m y 15 d				
	5° C.	3 meses				
	6° C.	4 meses				
	7° C.	5 meses				
	8° C.	6 meses				
	9° C.	7 meses				
	10° C.	8 meses				
1 AÑO	11° C.	9 meses				
	12° C.	10 meses				
	13° C.	11 meses				
	1° C.	12 meses				
	2° C.	14 meses				
	3° C.	16 meses				
	4° C.	18 meses				
	5° C.	20 meses				
	6° C.	22 meses				
	1° C.	24 meses				
2 AÑOS	2° C.	27 meses				
	3° C.	30 meses				
	4° C.	33 meses				
	1° C.	36 meses				
3 AÑOS	2° C.	39 meses				
	3° C.	42 meses				
	4° C.	45 meses				
	1° C.	48 meses				
4 AÑOS	2° C.	51 meses				
	3° C.	54 meses				
	4° C.	57 meses				

Nº DNI:

TRATAMIENTO DE ANEMIA CON HIERRO						
Actividad	Edad	Fecha de actividad	Hb Ocs	Hb Odo	Peso	Medicamento y dosis
Hb inicial						Visita comunitaria
1ª entrega						
1ª C. de Hb: al término del 1º mes de Tx						
2ª entrega						
3ª entrega						
2ª C. de Hb: al término del 3º mes de Tx						
4ª entrega						
5ª entrega						
6ª entrega						
3ª C. de Hb: al término del 6º mes de Tx						

Colocar en la celda la sigla del medicamento que se va a administrar: Sulfato Ferroso (SF), Polimaltoza (PO)

TRATAMIENTO DE ANEMIA CON HIERRO						
Actividad	Edad	Fecha de actividad	Hb Ocs	Hb Odo	Peso	Medicamento y dosis
Hb inicial						Visita comunitaria
1ª entrega						
1ª C. de Hb: al término del 1º mes de Tx						
2ª entrega						
3ª entrega						
2ª C. de Hb: al término del 3º mes de Tx						
4ª entrega						
5ª entrega						
6ª entrega						
3ª C. de Hb: al término del 6º mes de Tx						

Colocar en la celda la sigla del medicamento que se va a administrar: Sulfato Ferroso (SF), Polimaltoza (PO)

DESCARTE DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA						
TAMIZAJE	1 mes*	2 meses*	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses
Descarte de anemia	Fecha					
	Resultado					
Descarte parásitos	Examen seriado de heces	Fecha solicitud				
		fecha resultado				
	Tes de Graham	Fecha solicitud				
		fecha resultado				

* El tamizaje de Hb de 1 mes, se realiza en aquellos RN que nacieron prematuros o BPN, y al 2º mes de vida se hace el control de Hb, a partir del 6to mes de vida es rutinario.

APELLIDOS Y NOMBRES:

SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO PREVENTIVO AL NIÑO(A) A TÉRMINO Y PESO ADECUADO AL NACER						
Nº entrega y Medicamento	Edad	Fecha de entrega	Peso	Dosis a tomar	Fecha de VD	Nº
1ª -	4m					
2ª -	5m					
1ª -	6m					
2ª -	7m					
3ª -	8m					
4ª -	9m					
5ª -	10m					
6ª -	11m					
TA - DOSAJE	12m					
DOSAJE	18m					
DOSAJE	24m					
	25m					
	26m					
	27m					
	28m					
	29m					
DOSAJE	36m					

Colocar en la celda la sigla del medicamento que se va a administrar: Sulfato Ferroso (SF), Polimaltoza (PO).

ADMINISTRACIÓN DE VITAMINA A					
Vitamina A	Edad	1ª dosis	2ª dosis		
		Edad de administración	Edad de administración	Fecha de administración	Fecha de administración
100000 UI	6 meses				
200000 UI	12 - 23 m				
200000 UI	24 - 35 m				
200000 UI	36 - 47 m				
200000 UI	48 - 59 m				

I/C: se realiza cuando el diagnóstico es positivo
La actividad de confirmación: es siempre cuando el resultado sea positivo ó hay a l g u n a observación en la muestra anterior; considerar la NTS Nº 154-2019 de tamizaje neonatal.

SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO PREVENTIVO AL NIÑO(A) BPN Y/O PREMATURO						
Nº entrega y Medicamento	Edad	Fecha de entrega	Peso	Dosis a tomar	Fecha de VD	Nº de VD
1ª -	1m					
2ª -	2m					
3ª -	3m					
4ª -	4m					
5ª -	5m					
1ª -	6m					
2ª -	7m					
3ª -	8m					
4ª -	9m					
5ª -	10m					
6ª -	11m					
TA - DOSAJE	12m					
DOSAJE	18m					
DOSAJE	24m					
	25m					
	26m					
	27m					
	28m					
	29m					
DOSAJE	36m					

TAMIZAJE DEL RECIEN NACIDO			
Tamizaje	Edad	Actividad de descarte	Actividad de confirmación
TSH	De 2 a 6 días de nacido	fecha toma de muestra	fecha toma de muestra
		fecha de resultado	fecha de resultado
		Diagnóstico	Diagnóstico
		fecha toma de muestra	fecha toma de muestra
Fenilcetonuria	De 2 a 6 días de nacido	fecha de resultado	fecha de resultado
		Diagnóstico	Diagnóstico
		fecha de examen	fecha de examen
		Diagnóstico	Diagnóstico
Fibrosis quística	De 2 a 6 días de nacido	fecha de I/C	fecha de I/C
		fecha de examen	fecha de examen
		Diagnóstico	Diagnóstico
		fecha de I/C	fecha de I/C
Hipoacusia congénito	De 2 a 6 días de nacido	fecha de examen	fecha de examen
		Diagnóstico	Diagnóstico
		fecha de I/C	fecha de I/C
		fecha de examen	fecha de examen
Catarata congénito	De 2 a 6 días de nacido	Diagnóstico	Diagnóstico
		fecha de I/C	fecha de I/C

Nº DNI:

color

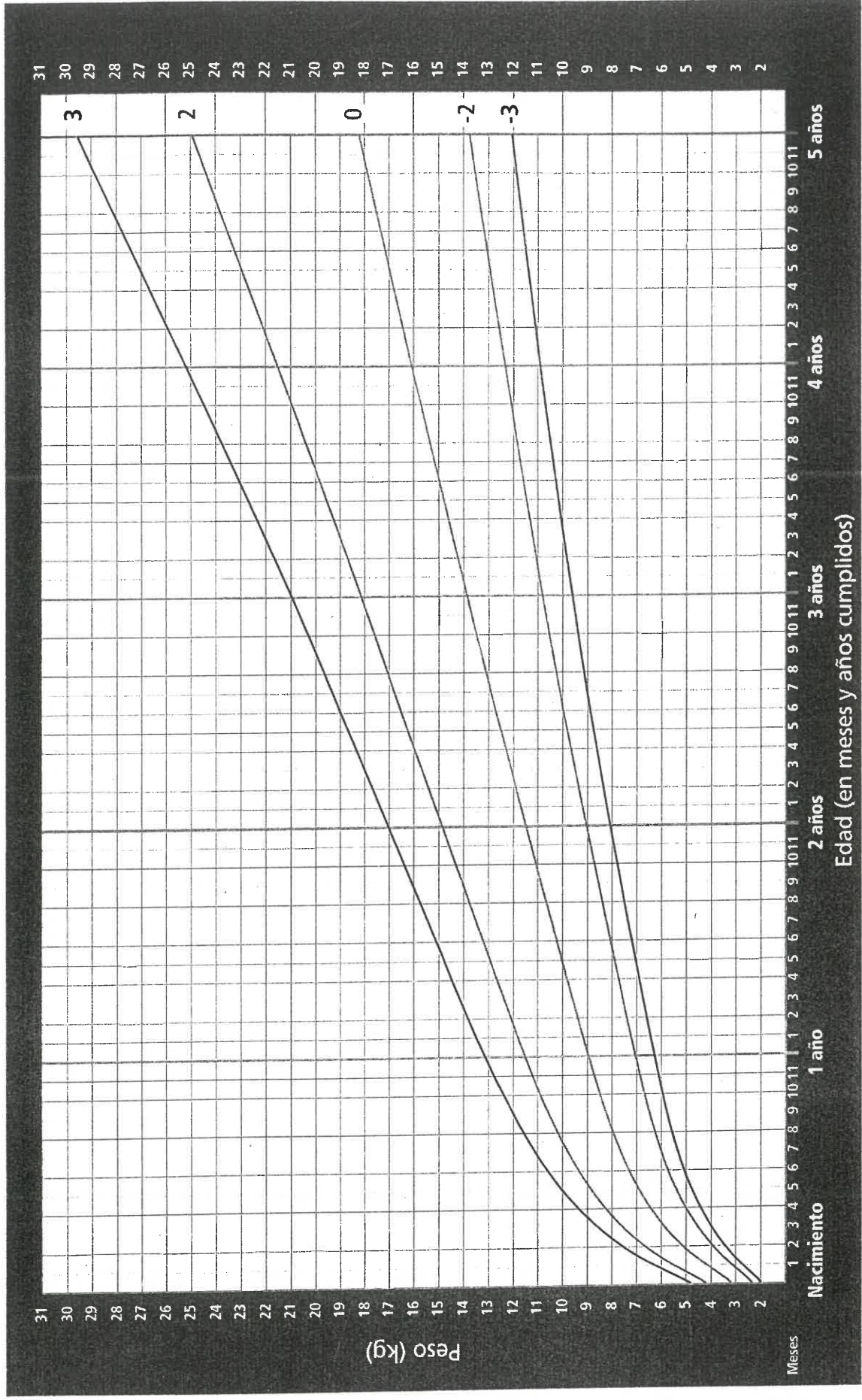
EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA

FECHA:	RN	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m	13m	14m	15m	16m	17m	18m	20m	21m	22m	23m	24m	27m	30m	33m	36m	39m	42m	
1. ¿El niño está recibiendo lactancia materna? (explorar)																															
2. ¿La técnica de LM es adecuada? (explorar y observar)																															
3. ¿La frecuencia de la LM es adecuada? (explorar y observar)																															
4. ¿El niño recibe leche no materna? (explorar)																															
5. ¿El niño recibe agüitas? (explorar)																															
6. ¿El niño recibe algún otro alimento? (explorar)																															
7. ¿La consistencia de la preparación es adecuada según la edad? (explorar)																															
8. ¿La cantidad de alimentos es adecuada según la edad? (explorar)																															
9. ¿La frecuencia de la alimentación es adecuada según la edad? (explorar)																															
10. ¿Consumo alimentos de origen animal? (explorar)																															
11. ¿Consumo 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 yodada a la comida familiar?																															
15. ¿Su niña o niño está tomando suplemento de hierro?																															
16. ¿Su niña o niño ha recibido vit. A?																															
17. ¿Su niña o niño está recibiendo multimicronutrientes?																															
18. ¿Es el niño beneficiario de algún Programa de Apoyo Social? Si () No () Especificar: PVL, PIN																															

color

Peso para la edad Niñas

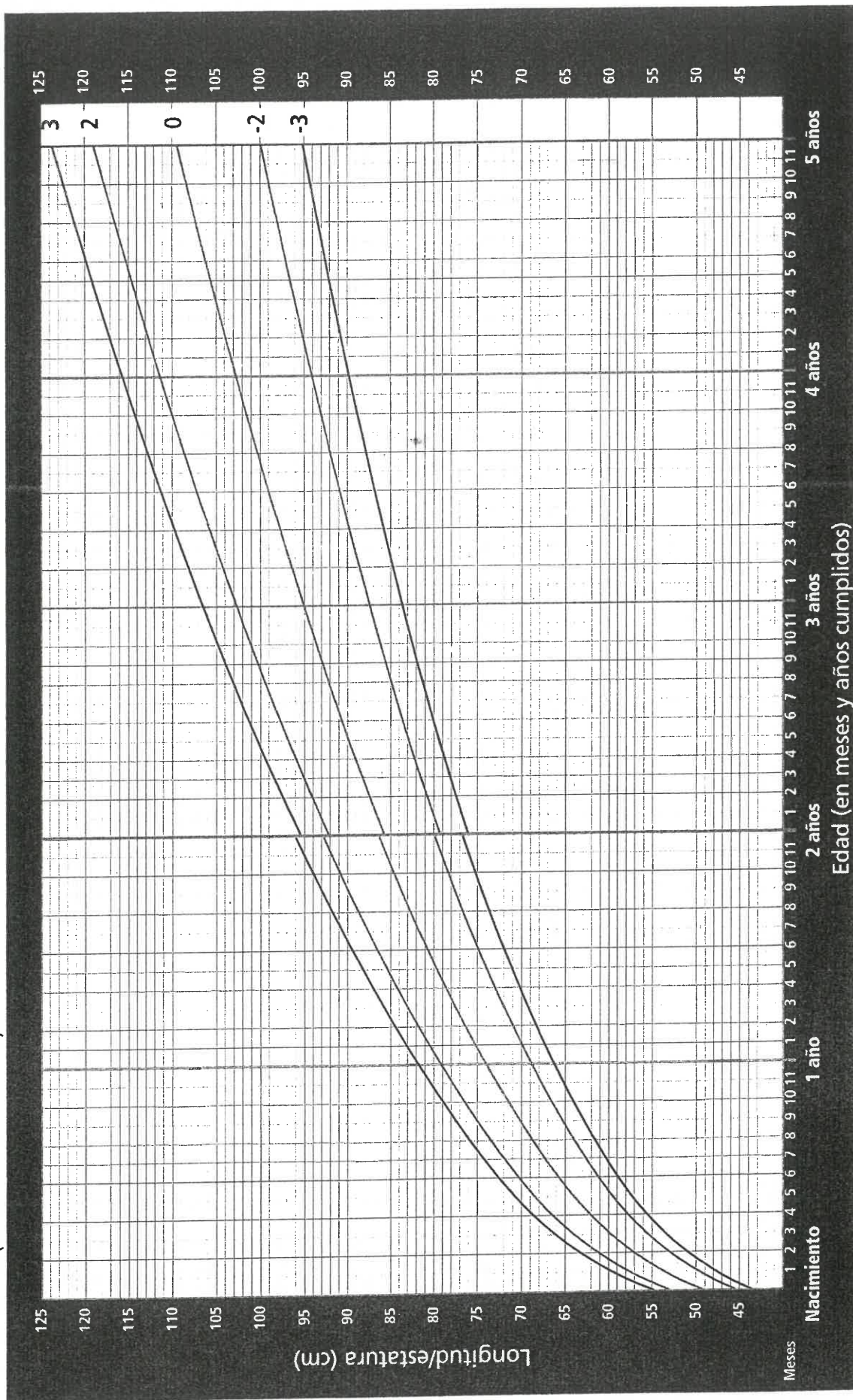
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Coloe

Longitud/estatura para las Niñas

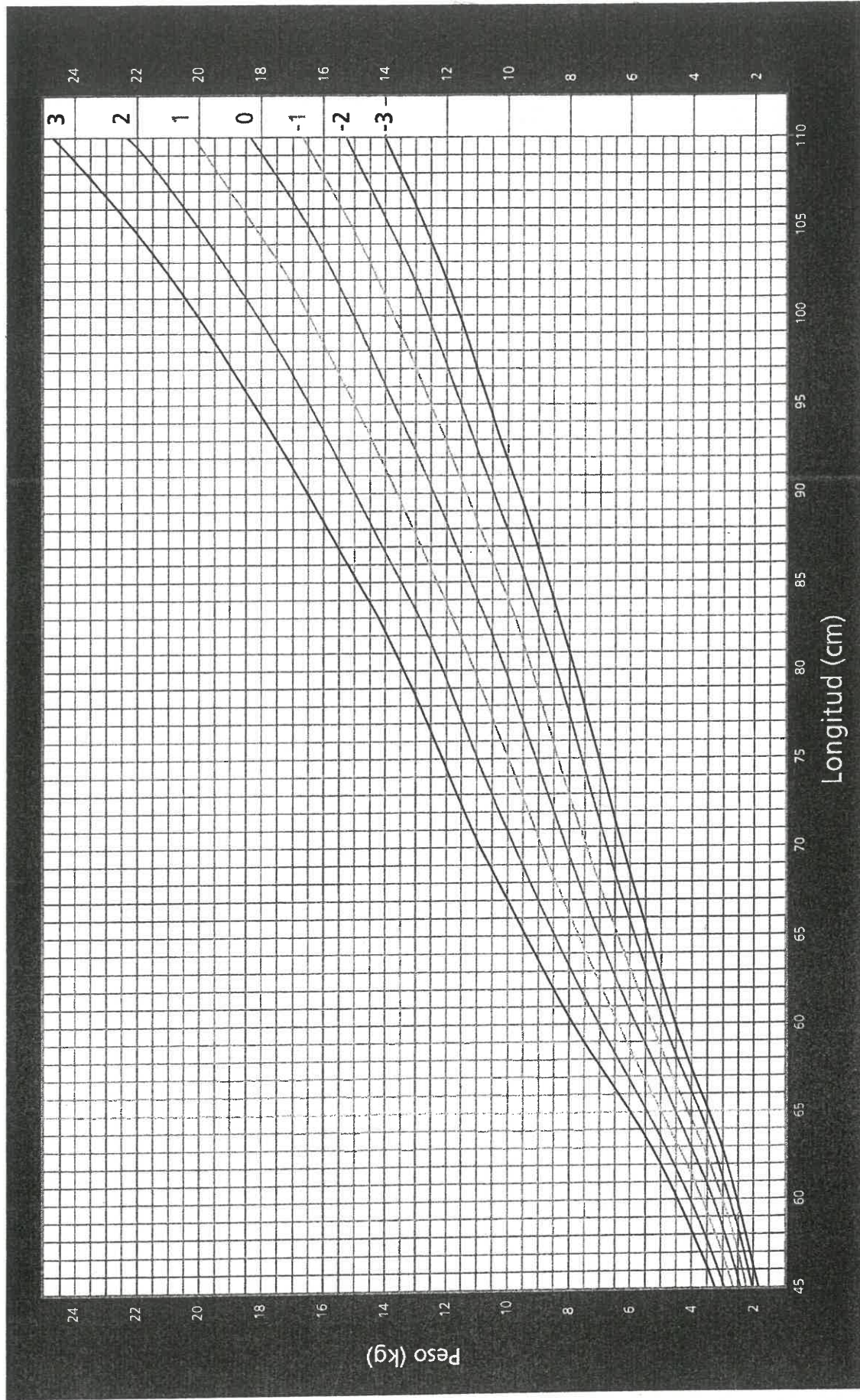
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Color

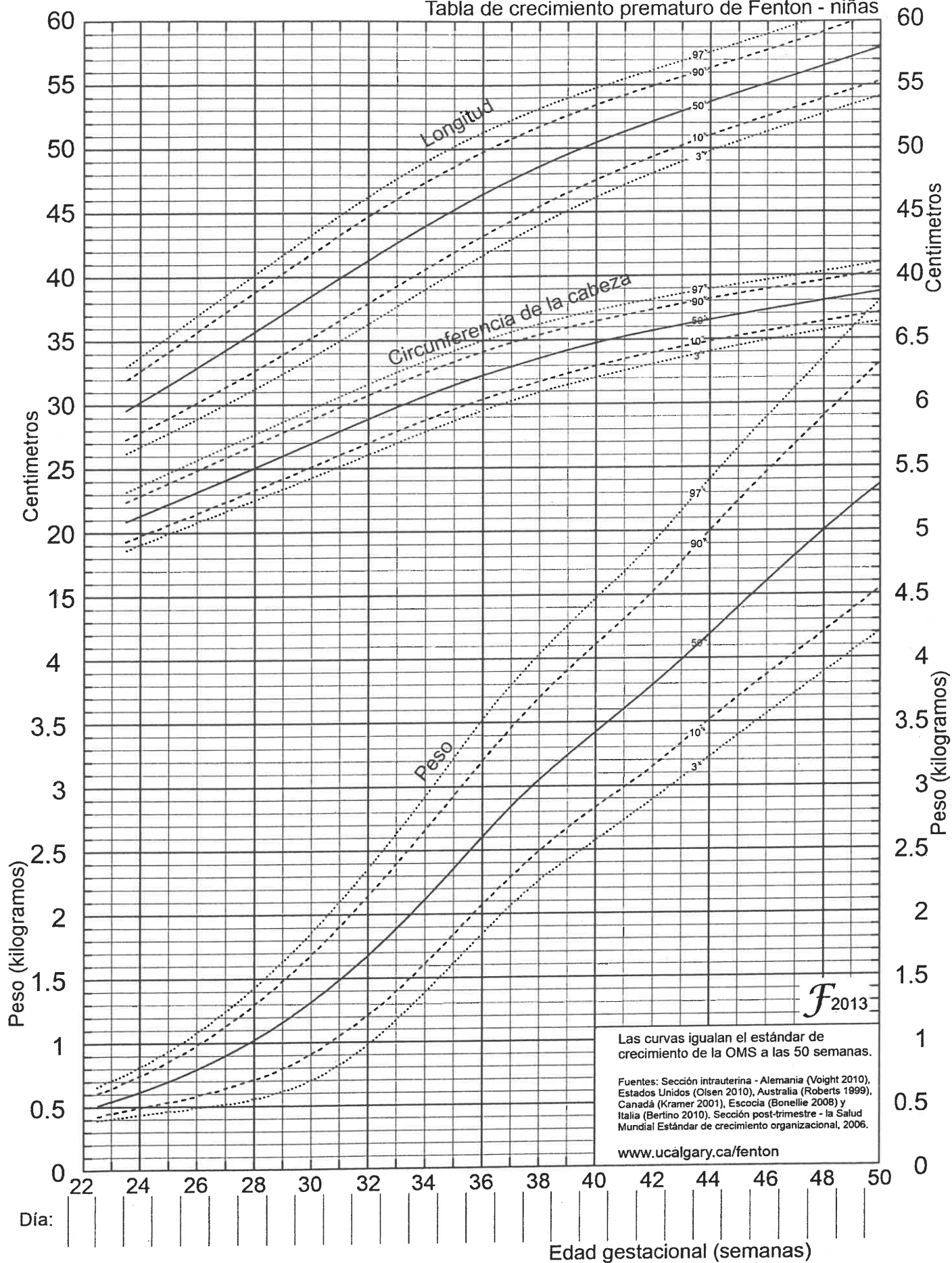
Peso para la longitud Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Tabla de crecimiento prematuro de Fenton - niñas



TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

APELLIDOS Y NOMBRES:

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 una aspa (x) en sí o no y/o llene según corresponda.

PREGUNTAS	SI	NO
¿Los padres son parientes cercanos?		
¿Alguien en la familia (materna ó 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 persona que lo cuida?		
¿Si la respuesta anterior es afirmativa especificar con quién? -----		
¿El niño presentó alguna infección de 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 o ha estado con Bajo Peso?		
¿El niño presenta alguna Malformación Congénita?		
¿El niño alguna vez ha convulsionado?		

TAMIZAJE DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL

Lea al Paciente

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

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

Pregunte

Al adulto (a)

¿Diría que en su familia se dan situaciones de violencia?

SI

☐

NO

☐

¿Alguna vez algún miembro de la familia le insulta?

☐
☐

¿Algún miembro de su familia le golpea?

☐
☐

¿Alguna vez algún miembro de su familia le chantajea?

☐
☐

¿Alguna vez algún miembro de su familia le obliga

☐
☐

a tener relaciones sexuales? ¿Quién?

¿Quién? _____

Al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña

Fácil

Difícil

Piensa en la mayor parte del tiempo, diría que ¿su hijo o hija es fácil o difícil?

☐
☐

¿Alguna vez pierde el control? SI ☐ NO ☐ Pega ☐ Grita ☐ Empuja o Sacude? ☐ Encierra? ☐

¿Su hijo es muy desobediente? SI ☐ NO ☐

Marque con (X), todos los indicadores de maltrato que observe en el niño o niña

FÍSICO

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

PSICOLÓGICO

- ☐ Extrema falta de confianza en si mismo.
- ☐ Tristeza, depresión o angustia

- ☐ Retraimiento
- ☐ Llanto frecuente.
- ☐ Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
- ☐ Demandas excesivas de atención.
- ☐ Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.
- ☐ Tartamudeo.
- ☐ Temor a los padres o de llegar al hogar.
- ☐ Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.
- ☐ Ausentismo escolar.
- ☐ Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde
- ☐ Bajo rendimiento académico.
- ☐ Aislamiento de personas.
- ☐ Intento de suicidio

SEXUALES

- ☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños)
- ☐ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual.

NEGLIGENCIAS

- ☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento
- ☐ No vacunas o atención de salud
- ☐ Accidente o enf. muy frecuente.
- ☐ Descuido en higiene o al niño.
- ☐ Falta de estimulación del desarrollo.
- ☐ Fatiga, sueño, hambre.

CONSULTA

Fecha		Hora:		Edad:	
Descarte de signos de peligro : (marcar los hallazgos)					
MENOR DE 2 MESES : No quiere mamar ni succiona <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Fontanela abombada <input type="checkbox"/> Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca <input type="checkbox"/> Pústulas muchas y extensas <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/>		DE 2 MESES A 4 AÑOS : No puede beber o tomar el pecho <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/> Vomita todo <input type="checkbox"/>		PARA TODAS LAS EDADES : Emaciación visible grave <input type="checkbox"/> Piel vuelve muy lentamente <input type="checkbox"/> Traumatismo / Quemaduras <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Palidez palmar intensa <input type="checkbox"/> No presenta signos <input type="checkbox"/>	
IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO Quién cuida al niño? <input type="checkbox"/> Participa el padre en el cuidado del niño? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El niño recibe muestras de afecto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique _____					
ANAMNESIS					
1. Motivo de consulta:					
Tiempo de enfermedad:		Forma de Inicio:		Curso:	
Examen físico	Signos Vitales	Tº	PA	FC	FR
Diagnóstico	1. Diagnóstico Nosológico o Sindrómico			2. Condición del crecimiento y estado Nutricional	
	1. _____			Crecimiento adecuado	
	2. _____			Crecimiento inadecuado	
	3. _____			Riesgo Nutricional:	P/E T/E P/T
	2. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.			Ganancia inadecuada de peso o talla	
	1. _____			Desnutrición	
	2. _____			Sobrepeso	
	3. _____			Obesidad	
Tratamiento				Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño	
Exámenes Auxiliares				Referencia (lugar y motivo)	
Proxima cita:		Atendido por:			
Observación:			Firma y Sello		Colegio profesional DNI
APELLIDOS Y NOMBRES:					Nº DE HISTORIA CLÍNICA:

CONSULTA

Fecha	Hora:	Edad:	
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)			
MEJOR DE 2 MESES : No quiere mamar ni succiona Convulsiones Fontanela abombada Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel Rigidez de nuca Pústulas muchas y extensas Letárgico o comatoso	DE 2 MESES A 4 AÑOS : No puede beber o tomar el pecho Convulsiones Letárgico o comatoso Vomita todo	PARA TODAS LAS EDADES : Emaciación visible grave Piel vuelve muy lentamente Traumatismo / Quemaduras Envenenamiento Palidez palmar intensa	IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO Quién cuida al niño? Participe el padre en el cuidado del niño? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El niño recibe muestras de afecto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique
No presenta signos <input type="checkbox"/>			

ANAMNESIS

1. Motivo de consulta:

Tiempo de enfermedad: Forma de Inicio: Curso:

	Signos Vitales	Tº	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC
Examen físico								

	1. Diagnóstico Nosológico o Sindrómico	2. Condición del crecimiento y estado Nutricional	3. Condición del Desarrollo Psicomotor
Diagnóstico	1.	Crecimiento adecuado	Desarrollo normal
	2.	Crecimiento inadecuado	Riesgo para el desarrollo
	3.	Riesgo Nutricional Ganancia inadecuada de peso o talla	Deficit del desarrollo según PB
	2. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.		Trastorno del Desarrollo:
	1.	Desnutrición	Observaciones :
	2.	Sobrepeso	
	3.	Obesidad	

	Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño
Tratamiento	

	Referencia (lugar y motivo)
Exámenes Auxiliares	

Proxima cita:	Atendido por:	
Observación:	Firma y Sello	Colegio profesional DNI

APELLIDOS Y NOMBRES: N° DE HISTORIA CLÍNICA:

[illegible]



LISTA DE PARTICIPANTES A LA SESIONES EDUCATIVAS Y/O DEMOSTRATIVAS

EDUCATIVA
DEMOSTRATIVA

FECHA DE LA SESION
LUGAR DE SESION
NOMBRE DEL FACILITADOR
1
2
3

MICRO RED
ESTABLECIMIENTO DE SALUD
SECTOR
PROGRAMA PRESUPUESTAL
OTROS
1
2



TEMAS TRATADO

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	EDAD	SEXO	DIRECCION	N° CELULAR	FIRMA Y HUELLA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

PROMOCIÓN DE LA SALUD

CONSEJERÍA INTEGRAL A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

Nombres y Apellidos del Jefe de Familia:

1

Dirección:

HCL:

FECHA DE CONSEJERÍA INTEGRAL A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA:

• 1° consejería en prácticas saludables

• 2° consejería en medidas preventivas

Edad:

DNI:

Consejería Integral a través de visita domiciliaria	TEMAS DE CONSEJERÍA	Observar y Verificar	Persona que realiza la consejería	Compromiso	Nombre y Firma de la persona que recibió la consejería
1° Consejería en prácticas saludables	Alimentación balanceada, mantener la vivienda limpia, ordenada, con iluminación y ventilación natural, y medidas preventivas como: lavado de manos, cubrirse con el antebrazo al toser y/o estornudar.	Entorno Familiar, Alimentación Balanceada.			
2° Consejería en medidas preventivas	Evitar escupir al suelo, usar y eliminar papeles desechables a un tacho con tapa, y reconocer a los sintomáticos respiratorios, conocer la importancia del diagnóstico precoz y adherencia al tratamiento. Uso de mascarilla descartable, evaluación de contactos.	Entorno Familiar, Alimentación balanceada.			

SESIONES EDUCATIVAS-DEMOSTRATIVAS GRUPOS DE FAMILIA

FAMILIAS EN RIESGO TBC	SESIONES EDUCATIVAS-DEMOSTRATIVAS	FECHA
1° Sesión Educativa en Prácticas Saludables	Alimentación balanceada, lavado de manos, cubrirse con el antebrazo al toser o estornudar, mantener sus vivienda limpia, ordenada, con iluminación y ventilación natural.	
2° Sesión Educativa en Prácticas Saludables	Evitar escupir al suelo, usar y eliminar papeles desechables a un tacho con tapa, limpieza de la vivienda con trapos húmedos, reconocer a los sintomáticos respiratorios, conocer la importancia del diagnóstico precoz y adherencia al tratamiento.	

PROMOCIÓN DE LA SALUD

CONSEJERÍA INTEGRAL A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE ITS, VIH SIDA

Nombres y Apellidos del Jefe de Familia:

1

Dirección:.....

HCL:

FECHA DE CONSEJERÍA INTEGRAL A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA:

- 1° consejería en habilidades sociales
- 2° consejería en autocuidado del cuerpo

Edad:

DNI:

Consejería Integral a través de visita domiciliaria	TEMAS DE CONSEJERÍA	Observar y Verificar	Persona que realiza la consejería	Compromiso	Nombre y Firma de la persona que recibió la consejería
1° Consejería en habilidades sociales	Comunicación asertiva, presión de grupo, toma de decisiones y proyecto de vida	Entorno Familiar, Alimentación Balanceada.			
2° Consejería en autocuidado del cuerpo	Sexualidad saludable y segura, el auto cuidado del cuerpo y medidas preventivas como: retraso en el inicio de las relaciones sexuales, fidelidad mutua, uso del preservativo e identificación de situaciones de riesgo.	Entorno Familiar, Alimentación balanceada.			

SESIONES EDUCATIVAS-DEMOSTRATIVAS GRUPOS DE FAMILIA

FAMILIAS EN RIESGO ITS, VIH SIDA	SESIONES EDUCATIVAS	FECHA
1° Sesión Educativa	Comunicación asertiva, toma de decisiones y proyecto de vida y orientar a sus integrantes hacia el ejercicio de una sexualidad saludable y segura, el auto cuidado del cuerpo y medidas preventivas como: retraso en el inicio de las relaciones sexuales, fidelidad mutua, uso del preservativo.	
2° Sesión Educativa	Identificación de situaciones de riesgo y refuerzo la primera sesión.	



PROMOCIÓN DE LA SALUD



CONSEJERÍA INTEGRAL A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA PARA CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DEL CÁNCER

Nombres y Apellidos del Jefe de Familia:

1

Dirección:

FECHA DE CONSEJERÍA INTEGRAL A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA:

- 1° consejería
- 2° consejería

HCL:

Edad:

DNI:

Consejería Integral a través de visita domiciliaria	TEMAS DE CONSEJERÍA	Observar y Verificar	Persona que realiza la consejería	Compromiso	Nombre y Firma de la persona que recibió la consejería
1° Consejería a través de la visita domiciliaria.	- Evitar el consumo y exposición al humo de tabaco (ambientes libres de humo de tabaco). - Reducción del consumo de alcohol (expendio limitado de alcohol). - Promoción de la higiene y cuidado del ambiente. - Promoción de la salud sexual y reproductiva. A las familias a intervenir: definir Se cumplen	Práctica el lavado de manos, consume 5 frutas al día, utiliza bloqueador o ropa apropiada de protección de la radiación ultravioleta, práctica algún deporte			
1° Consejería a través de la visita	Refuerzo de la primera Consejería.	Práctica el lavado de manos, consume 5 frutas al día, utiliza bloqueador o ropa apropiada de protección de la radiación ultravioleta, practica algún deporte.			
sesiones educativas	Brindar sesiones educativas a las familias para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer.	1 sesiones	2 sesiones	3 sesiones	4 sesiones

PROMOCIÓN DE LA SALUD

CONSEJERÍA EN PAUTAS DE CRIANZA Y BUEN TRATO A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA

SALUD MENTAL

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA NIÑA/O EDAD

DIRECCIÓN: HCL:

DNI:

VISITA DOMICILIARIA A FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

MEJOR DE 1 AÑO: 3 VISITAS

Nº CONSEJERÍA EN PAUTAS DE CRIANZA Y BUEN TRATO	FECHA	TEMAS DE LA CONSEJERÍA EN PAUTAS DE CRIANZA Y BUEN TRATO	OBSERVAR Y REGISTRAR EL ENTORNO FAMILIAR	PERSONA QUE REALIZA LA CONSEJERÍA	COMPROMISO	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBIÓ LA CONSEJERÍA
1º VISITA 7 días después del parto		- Cuidado psicoafectivo (con énfasis en el apego madre e hijo) - Detección precoz de la depresión post parto (primera semana de nacido)				
2º VISITA Entre los 2 y 6 meses		- Apoyo a la madre y el padre - Roles de los padres				
3º VISITA Entre los 7 y 12 meses		- Buenas prácticas de crianza				

MEJOR DE 1 AÑO A MEJOR DE 5 AÑOS: 1 VISITA POR AÑO

Nº CONSEJERÍA EN PAUTAS DE CRIANZA Y BUEN TRATO	FECHA	TEMAS DE LA CONSEJERÍA EN PAUTAS DE CRIANZA Y BUEN TRATO	OBSERVAR Y REGISTRAR EL ENTORNO FAMILIAR	PERSONA QUE REALIZA LA CONSEJERÍA	COMPROMISO	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBIÓ LA CONSEJERÍA
Niñas y niños entre 13 y 24 meses		- Establecimiento de límites - Gestión de las emociones - Construcción de la identidad				
Niñas y niños entre 25 y 36 meses		- Construcción de la autonomía y el autocuidado				
Niñas y niños entre 37 y 48 meses		- Prácticas para la convivencia saludable con énfasis en la comunicación asertiva y derecho al juego				
Niñas y niños entre 49 y 60 meses		- Prácticas para la convivencia saludable con énfasis en habilidades de afrontamiento y resolución				



PROMOCIÓN DE LA
SALUD



35



PROMOCIÓN DE LA SALUD

CONSEJERÍA EN PAUTAS DE CRIANZA Y BUEN TRATO A TRAVÉS DE VISITA DOMICILIARIA

SALUD MENTAL

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA NIÑA/O

EDAD

DIRECCIÓN:

HCL:

DNI:

VISITA DOMICILIARIA A FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

MEJOR DE 1 AÑO. 3 VISITAS

Nº CONSEJERÍA EN PAUTAS DE CRIANZA Y BUEN TRATO	FECHA	TEMAS DE LA CONSEJERÍA EN PAUTAS DE CRIANZA Y BUEN TRATO	OBSERVAR Y REGISTRAR EL EN TORNO FAMILIAR	PERSONA QUE REALIZA LA CONSEJERÍA	COMPROMISO	NOMBRE Y FIR MA DE LA PERSO NA QUE RECIBIO LA CONSEJERÍA
1º VISITA 7 días después del parto		<ul style="list-style-type: none">- Cuidado psicoafectivo (con énfasis en el apego madre e hijo)- Detección precoz de la depression post parto (primera semana de nacido)				
2º VISITA Entre los 2 y 6 meses		<ul style="list-style-type: none">- Apoyo a la madre y el padre- Roles de los padres				
3º VISITA Entre los 7 y 12 meses		<ul style="list-style-type: none">- Buenas prácticas de crianza				

MEJOR DE 1 AÑO A MENOR DE 5 AÑOS: 1 VISITA POR AÑO

Nº CONSEJERÍA EN PAUTAS D E CRIANZA Y BUEN TRATO	FECHA	TEMAS DE LA CONSEJERÍA EN PAUTAS DE CRIANZA Y BUEN TRATO	OBSERVAR Y RE GISTRAR EL ENT ORNO FAMILIAR	PERSONA QUE REALIZA LA CO NSEJERÍA	COMPROMISO	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERS ONA QUE RECIBI Ó LA CONS EJERÍA
Niñas y niños entre 13 y 24 meses		<ul style="list-style-type: none">- Establecimiento de límites- Gestión de las emociones- Construcción de la identidad				
Niñas y niños entre 25 y 36 meses		<ul style="list-style-type: none">- Construcción de la autonomía y el autocuidado				
Niñas y niños entre 37 a 48 meses		<ul style="list-style-type: none">- Prácticas para la convivencia sal udable con énfasis la comunicaci ón asertiva y derecho al juego				
Niñas y niños entre 49 a 60 meses		<ul style="list-style-type: none">- Prácticas para la convivencia sal udable con énfasis en habilidades de afrontamiento y resolución				

[illegible]

CONSULTA

ENFERMEDAD ACTUAL

FECHA:

HORA:

Edad:

Motivo de consulta:

Tiempo de Enfermedad:

Apetito:

Sed:

Sueño:

Estado de ánimo

Orina:

Deposiciones:

Pérdida de peso:

Ex. Físico:

Tº

P.A.

F.C:

F.R:

Peso:

Talla:

IMC:

Piel

TCSC: Edemas

Estado de los pies (pulsos)

Cabeza y Cuello:

Cavidad Oral

Tórax y Pulmones

Aparato Cardiovascular:

Abdomen:

Aparato Genitourinario

Tacto Rectal:

Sistema Nervioso

Aparato Locomotor:

CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR

(Al final de la primera consulta)

SALUDABLE

ENFERMO

FRAGIL

GERIÁTRICO COMPLEJO

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

Exámenes auxiliares

Referencia (Lugar y Motivo)

Próxima cita

Firma y Sello:

Atendido por:

(Colegio prof.)

Observación:

CONSULTA

ENFERMEDAD ACTUAL

FECHA:

HORA:

Edad:

Motivo de consulta:

Tiempo de Enfermedad:

Apetito:

Sed:

Sueño:

Estado de ánimo

Orina:

Deposiciones:

Pérdida de peso:

Ex. Físico:

Tº

P.A.

F.C:

F.R:

Peso:

Talla:

IMC:

Piel

TCSC: Edemas

Estado de los pies (pulsos)

Cabeza y Cuello:

Cavidad Oral

Tórax y Pulmones

Aparato Cardiovascular:

Abdomen:

Aparato Genitourinario

Tacto Rectal:

Sistema Nervioso

Aparato Locomotor:

CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR

(Al final de la primera consulta)

SALUDABLE

ENFERMO

FRAGIL

GERIÁTRICO COMPLEJO

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

Exámenes auxiliares

Referencia (Lugar y Motivo)

Próxima cita

Firma y Sello:

Atendido por:

(Colegio prof.)

Observación:

TEST DE EVALUACIÓN

Pretest

☐

MÓDULO EDUCATIVO SALUD RESPIRATORIA.

Participante:

Post test

Región: UGEL: IIEE:

Código modular:..... Fecha:

Marque con una "X" la alternativa que usted considere es la correcta:

1. La importancia de la salud respiratoria radica en:
 - a) Contribuye a la salud integral de la persona.
 - b) Contribuye al bienestar personal y a la calidad de vida.
 - c) Función vital, sin ella no existe vida.
 - d) Todas las anteriores
 - e) Las alternativas a y b
2. Los beneficios de la respiración saludable son:
 - a) Rejuvenecimiento de las glándulas y de la piel
 - b) Mayor oxigenación, lo que ayuda a eliminar las toxinas de nuestro cuerpo.
 - c) Potencia las capacidades del cerebro
 - d) Reduce el excesivo trabajo del corazón
 - e) Todas las anteriores
3. En la etapa escolar, la respiración saludable contribuye para que los escolares:
 - a) Mejoren el rendimiento académico
 - b) Tengan mayor capacidad de concentración.
 - c) Las alternativas a y b
 - d) Fortalezcan las capacidades motrices funcionales
 - e) Ninguna de las anteriores
4. Son prácticas saludables en salud respiratoria:
 - a) Cubrirse al estornudar o toser
 - b) vacunación
 - c) ventilación e iluminación
 - d) Las alternativas a y c
 - e) Las alternativas b y c
5. Identifique la relación incorrecta entre condición y práctica saludable en salud respiratoria
 - a) Fruta - alimentación saludable
 - b) Jabón – lavado de manos
 - c) Papel higiénico – abrigo
 - d) Ventana – ventilación

e) Todas las anteriores

6. Son factores causales para las enfermedades respiratorias:

- a) Contaminación del aire por la gran cantidad de sustancias tóxicas
- b) Falta de ventilación e iluminación dentro de las viviendas, aulas y centros de trabajo.
- c) Desarrollo de prácticas y entornos saludables
- d) Las alternativas a y b
- e) Todas las anteriores

TEST DE EVALUACIÓN

MÓDULO EDUCATIVO DE SALUD BUCAL

Pretest

☐

Participante:

Región: UGEL: IIEE:

☐

Post test

Código modular II.EE:..... Fecha:

1.- ¿Qué argumento usarías para explicar a tus alumnos la importancia de cuidar nuestra salud bucal?

- a) Porque permitirá tener dientes sanos para masticar adecuadamente.
- b) Porque permitirá tener dientes sanos para: masticar adecuadamente y contribuir a la correcta pronunciación de las palabras
- c) Porque permitirá tener dientes sanos: para masticar adecuadamente, contribuir a la correcta pronunciación de las palabras y además contribuye a una buena imagen (sin dientes cariados, encías enrojecidas y mal aliento), favoreciendo la autoestima.
- d) Porque contribuye a la correcta pronunciación de las palabras y además contribuye a una buena imagen (sin dientes cariados, encías enrojecidas y mal aliento), favoreciendo la autoestima.

2.- ¿Cuál es el principal factor que produce la caries dental?

- a) El consumo y la frecuencia de alimentos y bebidas azucaradas como galletas, golosinas, entre otros.
- b) La experiencia pasada de caries dental
- c) Insuficiente exposición a fluoruros.
- d) Flujo y cantidad de saliva.

3.- ¿Cuál es el objetivo principal de cepillarse los dientes?

- a) Para que estén limpios y tener un buen aliento.
- b) Para tratar la caries dental.
- c) Para eliminar la placa dental que se pega a los dientes, porque las bacterias presentes en la placa producen los ácidos que dañan el esmalte que recubre los dientes, y lo destruyen gradualmente, generando la caries dental.
- d) Para tratar la gingivitis.

4.- Sobre el cepillo dental, seleccione dos sugerencias que brindaría a sus alumnos.

- a) Por lo general, debes cambiar de cepillo cada tres meses o cuando las cerdas se vean desgastadas
- b) Los cepillos deben tener cerdas suaves
- c) Los cepillos dentales no se contaminan, por lo que no requieren un cuidado especial.

5 ¿Qué características debe tener la pasta dental?, seleccione dos alternativas.

- a) Los niños de hasta 3 años deben utilizar la cantidad de pasta del tamaño de un “granito de arroz”
- b) La cantidad de pasta a usar es llenar de pasta dental el largo del cepillo
- c) Opcionalmente, la pasta dental puede ser fluorada
- d) Desde los 3 años a más se sugiere una cantidad de pasta dental del tamaño de una “alverjita”

6. Respecto al cepillado dental para niños mayores de 8 años, forma dos parejas correctas.

- | | |
|---|--|
| A. Las caras triturantes de los dientes se cepillan | I. con el cepillo en forma vertical, con movimientos de ida y vuelta |
| B. Para cepillar las caras internas de los dientes incisivos se realiza | II. de derecha a izquierda |
| C. La cara del diente se cepilla | III. de forma circular |

- a) A-I
- b) B-I
- c) A-III
- d) B-III

7.- En reunión de padres de familia debemos compartir otras medidas preventivas para el cuidado de la salud bucal, seleccione dos mensajes que podría compartir.

- a) Los dientes con caries deben ser extraídos para evitar que contagien a los dientes sanos.
- b) Debemos llevar al dentista a los niños solo cuando veamos que tienen caries.
- c) Es necesaria la visita regular al odontólogo. Siendo la primera visita antes del primer año de vida, y la frecuencia establecida, de dos veces al año.
- d) Los procedimientos de aplicación de barniz de flúor y sellantes previenen la formación de caries dental.

8.- De las sentencias siguientes sobre la gingivitis, ¿cuál no compartiría con los estudiantes por ser incorrecta?

- a) La gingivitis es la inflamación de las encías, por la acumulación de placa bacteriana en el margen de la encía o por debajo de ella.
- b) No afecta los dientes
- c) Se manifiesta con el enrojecimiento o sangrado de las encías y mal aliento
- d) La podemos prevenir con el cepillado dental

9.- Si desea limpiar las áreas de contacto entre los dientes utilizamos:

- a) Cepillo dental de cerdas suaves
- b) Hilo dental
- c) Cepillo dental de cerdas duras
- d) Enjuague bucal

10.- Coloque V o F si considera que los siguientes enunciados son verdaderos o falsos

- A. La madre o padre de familia debe ser quien cepille los dientes del niño hasta los siete años de vida.
 - B. Se recomienda cepillarlos después de cada comida o mínimo dos veces al día, sobre todo antes de dormir.
 - C. La cabeza del cepillo debe tener bordes protectores y ser de tamaño adecuado al niño, de forma que permita su acceso a las zonas posteriores de la cavidad oral
 - D. Se recomienda el uso de hilo dental desde los tres años, bajo la supervisión de los padres o tutores.
- a) V,V,V, V
 - b) V,F,V, F
 - c) V,F,F, F
 - d) F,V,F, V

TEST DE EVALUACIÓN GUÍA EDUCATIVA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Pretest ☐

Participante:

Región: UGEL: IIEE:

Post test ☐

Código modular:..... Fecha:

1.- Coloca Verdadero (V) o Falso (F) según corresponda:

- a) La principal diferencia entre macronutrientes y micronutrientes, es la cantidad que precisa nuestro organismo ()
- b) Los macronutrientes y micronutrientes tienen como función proveer de energía necesaria para reponer el gasto que se produce para afrontar las funciones del organismo ()
- c) El hierro hemínico, forma parte de la hemoglobina y lo encontramos en alimentos de origen animal y vegetal ()
- d) Los azúcares o azúcares totales son los que están presentes naturalmente en las frutas, plantas, leche más los azúcares que son agregados por el fabricante, cocinero o consumidor ()

2.- Coloca Verdadero (V) o Falso (F) según corresponda:

- a) Las grasas saturadas son beneficiosas para la salud ()
- b) Las grasas trans se encuentran en alimentos fritos como papas fritas, donas, snack, pasteles, galletas y palomitas de maíz para microondas ()
- c) En la niñez el desarrollo de capacidades para comer, de hábitos alimentarios y de conocimientos sobre nutrición no van acorde con el desarrollo cognitivo ()
- d) Entre los hábitos alimentarios de interés para los adolescentes están el consumo irregular de las comidas y de snack excesivos, la comida fuera de casa y la realización de dietas de adelgazamiento y la costumbre de saltarse las comidas ()

3.- El hierro hemínico es muy importante para prevenir la anemia, lo encontramos en alimentos como: (marca la o las alternativas correctas)

- a) Hígado, sangrecita y pescado
- b) Frejoles, pallares y lentejas
- c) Avena, trigo y cebada
- d) Espinaca y acelgas.

4.- El sistema NOVA agrupa los alimentos en 1) alimentos sin procesar o mínimamente procesados, 2) ingredientes culinarios procesados, 3) alimentos procesados, y 4) productos ultra procesados. Al respecto, asocia cada grupo de alimento con los alimentos que comprende:

A. Alimentos sin procesar o mínimamente procesados	1. Incluye panes y quesos sencillos; pescados, mariscos y carnes salados y curados; frutas, leguminosas y verduras en conserva.
B. Ingredientes culinarios procesados	2. Incluye alimentos que no han experimentado ningún procesamiento industrial. Se modifican de maneras que no agregan ni introducen ninguna sustancia nueva (como grasas, azúcares o sal).
C. Alimentos procesados	3. Comprenden grasas, aceites y sal y azúcares, se usan para preparar alimentos y hacer las comidas más sabrosas.
D. Productos ultra procesados	4. En sus formas actuales, son inventos de la ciencia y la tecnología de los alimentos industriales modernos.

5. Seleccione las alternativas que incluyen alimentos naturales (marca la o las alternativas correctas)

- a) Frutas y verduras
- b) Tubérculos y menestras
- c) Mermeladas y jaleas
- d) Pescados y carnes

6. *Seleccione las alternativas que incluyen alimentos procesados (marca la o las alternativas correctas)*

- a) Atún en conserva y pescados salados o ahumados
- b) Concentrados de tomate con sal o azúcar
- c) Hamburguesas listas para preparar
- d) Quesos
- e) Panes

7. *Seleccione las alternativas que incluyen alimentos ultraprocesados (marca la o las alternativas correctas)*

- a) Bebidas gaseosas y bebidas energizantes
- b) Helados, chocolates y caramelos
- c) Mermelada y jalea
- d) Quesos
- e) Fórmulas lácteas para lactantes

8. *Son mensajes según lo indicado en las guías alimentarias: (marca la o las alternativas correctas)*

- a) Elige y disfruta tres veces por semana de la variedad de alimentos naturales disponibles en tu localidad
- b) Reduce el consumo de alimentos procesados para proteger tu salud
- c) Protege tu salud evitando el consumo de alimentos ultraprocesados
- d) Pon color y salud en tu vida, consumiendo tres veces por semana frutas y verduras
- e) Fortalece tu cuerpo y mente, comiendo diariamente un alimento de origen animal, como carnes, vísceras, sangrecita, pescado, huevos y lácteos.

9. *La obesidad en niños puede conllevar las siguientes enfermedades: (marca la o las alternativas correctas)*

- a) Diabetes
- b) Hipertensión arterial
- c) Ataques cardíacos
- d) Problemas en huesos y articulaciones que pueden llevar a osteoartritis
- e) Todas las anteriores

10. *Sobre la relación de las enfermedades no transmisibles asociadas al consumo de productos procesados y ultraprocesados, seleccione la letra que indica el mayor riesgo al que se puede asociar a cada octógono y ubícala en el casillero correspondiente.*

- a) Posible aumento de tensión arterial, aumento de riesgo de ataques cardiacos, aumento de ataques cardiovasculares
- b) Mala nutrición, aumento de peso, aumento de triglicéridos, caries dentales
- c) Aumento de colesterol, riesgo de diabetes.
- d) Aumento colesterol no saludable, posible enfermedad cardiovascular.

 	 	 	 
_____	_____	_____	_____

TEST DE EVALUACIÓN

Pretest

☐

MÓDULO EDUCATIVO DE ACTIVIDAD FÍSICA

Participante:

Post test

Región: UGEL: IIEE:

Código modular: Fecha:

1. ¿Cuál de mis siguientes alumnos de 13 años realiza actividad física según lo recomendado?

- a) José realiza variedad de actividad física todos los días por 30 minutos.
- b) María realiza variedad de actividad física todos los días por 60 minutos.
- c) Luisa realiza actividad física todos los días por lo menos 60 minutos principalmente aeróbica, pero tres veces a la semana realiza ejercicios para sus músculos y huesos.
- d) Marcos realiza 60 minutos diarios de actividad física principalmente ejercicios para sus músculos y huesos

2. Realizar actividad física nos proporciona los siguientes beneficios:

- A. Fortalece las capacidades motrices (flexibilidad, fuerza, equilibrio, velocidad, resistencia)
- B. Contribuye al rendimiento académico
- C. Fortalece el sistema inmunológico
- D. Permite la reducción de la incidencia de enfermedades no transmisibles (diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, otras)

- a) A y B
- b) B, C y D
- c) A, C y D
- d) A, B, C y D

3. Es un tipo de actividad física que se realiza por la mañana e incluye ejercicios de desarrollo físico general, de brazos y hombros, tronco, piernas y combinaciones de movimientos, mejorando el estado de ánimo y la predisposición para comenzar el día.

- a) Gimnasia de pausa
- b) Gimnasia matutina.
- c) Brain gym
- d) Pausa activa

4. Si observo a mis alumnos comienzan a sentir signos de fatiga y disminución de la capacidad de atención, puedo utilizar:

- a) Gimnasia de pausa
- b) Gimnasia matutina.
- c) Brain gym
- d) Pausa activa

5. Ordena la secuencia de una sesión de gimnasia de pausa.
- A. Estiramiento (para aumentar la elasticidad y disminuye la sensación de fatiga)
 - B. Movimiento de articulaciones (para recuperar la movilidad y disminuir las tensiones musculares),
 - C. Relajación (para la recuperación del organismo mediante la respiración diafragmática).
- a) A, B, C
 - b) B, A, C
 - c) C, B, A
 - d) C, A, B
6. Selecciona el concepto para completar la siguiente frase: _____ es un conjunto de movimientos físico cruzados, se realizan para mejorar la capacidad de aprendizaje. Los ejercicios básicos se pueden realizar en cualquier momento del día y repetirlos tantas veces como se desee. El tiempo de duración de los ejercicios son apenas unos segundos.
- a) Gimnasia de pausa
 - b) Gimnasia matutina.
 - c) Brain gym
 - d) Pausa activa
7. ¿Qué acciones podría realizar en su institución educativa para promover el recreo escolar? Seleccione dos
- a) No usar el tiempo de recreo como un tiempo de castigo ni para hacer deberes.
 - b) Recreos cortos
 - c) Facilitar instalaciones seguras y adecuadas para que todos los escolares puedan realizar actividad física a la vez; en caso no los hubiera, se deben implementar estrategias que permitan que todos cuenten con espacio para el recreo.
 - d) Usar el recreo para clases de Educación Física
8. Seleccione la alternativa que indique si las siguientes expresiones son Verdaderas (V) o Falsas (F)
- A. La actividad física se desarrolla en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias.
 - B. Estudios realizados concluyen que a mayor actividad física en las instituciones educativas (dentro del aula, en el recreo o en actividades extraescolares) se mejora el rendimiento académico.
- a. V V
 - b. F F
 - c. F V
 - d. V F

9. ¿Qué orientaciones metodológicas son válidas para la gimnasia de pausa? Seleccione 3
- a) Cada sesión debe tener como mínimo un ejercicio para cada parte del cuerpo o en su defecto, un ejercicio de influencia combinada.
 - b) El docente se situará en un lugar donde pueda ser observado por todos los estudiantes, cuando realiza una breve explicación y demostración de los ejercicios.
 - c) Consiste en cruzar las piernas y también los brazos, formando una figura (símbolo del infinito).
 - d) Orientar: se debe mantener un buen ritmo de respiración a la hora de ejercitarse, lo que nos ayudará a optimizar nuestra energía.

10. Coloque V o F si considera que los siguientes enunciados son verdaderos o falsos
- A. La actividad física favorece comportamientos saludables, como evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas.
 - B. El tipo de apego que establece un niño con la actividad física, influirá en la capacidad de disfrute al realizar las actividades recreativas en el futuro.
- a) V,V,
 - b) F,F,
 - c) V,F,
 - d) F,V,

