|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombres:       | Tipo de identificación | R.C | [ ]  | T.I | [ ]  |
| Apellidos:       | No. identificación:       |
| Fecha de nacimiento:       | Edad | Años |     | Meses |     |  Etnia: Indígena [ ]  ROM[ ]  Afrocolombiano [ ]  Mestizo [ ]  |
| Nombre del cuidador (a):       | Dirección:       |
| Teléfono:       |
| **ANAMNESIS** |
| Señales De Alarma En La Última Semana | SI | NO | Observaciones |
| ¿Puede el niño (a) beber o tomar el pecho? | [ ]  | [ ]  |       |
| ¿Vomita todo lo que ingiere? | [ ]  | [ ]  |       |
| ¿Ha tenido el niño (a) convulsiones? | [ ]  | [ ]  |       |
| ¿Tiene el niño o niña dificultad para respirar? | [ ]  | [ ]  |       |
| ¿Tiene el niño o niña diarrea? | [ ]  | [ ]  |       |
| ¿Tiene el niño o la niña fiebre? | [ ]  | [ ]  |       |
| ¿Tiene el niño o niña problemas de oído? | [ ]  | [ ]  |       |
| ¿Tiene el niño o niña problema de garganta? | [ ]  | [ ]  |       |
| ¿Otra? [ ]  ¿Cuál?       |
| Esquema PAI |
| Completo para la edad Si [ ]  No [ ]  Vacunas faltantes:       |
| Medicamentos según AIEPI |
| Medicamentos | SI | NO | Descripción de la prescripción anterior |
| Hierro | [ ]  | [ ]  |       |
| Vitamina A | [ ]  | [ ]  |       |
| Albendazol | [ ]  | [ ]  |       |
| Zinc | [ ]  | [ ]  |       |
| Evaluación de la Alimentación |
|  | SI | NO | NA | Observaciones |
| Lactancia materna exclusiva | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Leche de fórmula  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Alimentación complementaria | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Alimentación del niño (a) mayor de 1 año | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Educación |
|  Estudia: SI [ ]  NO [ ]  NA [ ]  |  Nivel: No escolarizado [ ]  Jardín [ ]  Primaria [ ]  | Grado Cursado [ ]   |
| Años Aprobados:       | Problemas en la Escuela SI [ ]  No [ ]  ¿Cuáles?       |
| Deserción: Si [ ]  NO [ ]  Causa:       |

|  |
| --- |
| **Examen Físico** |
|  FC:       x min. FR :       x min. T:       °C | Peso       Kg. Talla:       cm. PC:       cm. Interpretación Curva PC      PB:       Interpretación curva PB:       |
|  | Normal  | Anormal | Observaciones  |
| Aspecto general | [ ]  | [ ]  |       |
| Ojos | [ ]  | [ ]  |       |
| ORL | [ ]  | [ ]  |       |
| Cuello | [ ]  | [ ]  |       |
| Tórax | [ ]  | [ ]  |       |
| Cardio-pulmonar | [ ]  | [ ]  |       |
| Abdomen | [ ]  | [ ]  |       |
| Genitourinario | [ ]  | [ ]  |       |
| Musculo-esquelético | [ ]  | [ ]  |       |
| Extremidades | [ ]  | [ ]  |       |
| Piel y anexos (valoración higiene) | [ ]  | [ ]  |       |
| SNC | [ ]  | [ ]  |       |
| **VALORACIÓN NUTRICIONAL** | Indicador peso/edad 0 -2 años | Peso muy bajo | [ ]  | Peso bajo | [ ]  | Riesgo peso bajo | [ ]  | Peso adecuado  | [ ]  |
| Indicador talla/edad 0 -5 años | Talla baja | [ ]  | Riesgo de talla baja |  | Talla adecuada | [ ]  |
| Indicador peso/talla 0 -5 años | Peso muy bajo para talla (DNT Aguda Severa) | [ ]  | Peso bajo para talla (DNT Aguda) | [ ]  | Riesgo peso bajo para talla | [ ]  | Peso adecuado para talla | [ ]  |
| Sobrepeso | [ ]  | Obesidad | [ ]  |
| Indicador IMC/edad 0 -5 años | Sobrepeso | [ ]  | Obesidad | [ ]  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VALORACIÓN DEL DESARROLLO**(menor 5 años)  | Motora | Alerta | [ ]  | Medio | [ ]  | Medio Alto | [ ]  | Alto | [ ]  | TOTAL | Alerta | [ ]  |
| Adaptativa | Alerta | [ ]  | Medio | [ ]  | Medio Alto | [ ]  | Alto | [ ]  | Medio | [ ]  |
| Lenguaje | Alerta | [ ]  | Medio | [ ]  | Medio Alto | [ ]  | Alto | [ ]  | Medio Alto | [ ]  |
| Personal-Social | Alerta | [ ]  | Medio | [ ]  | Medio Alto | [ ]  | Alto | [ ]  | Alto | [ ]  |
| **RESULTADO PRUEBA DE DESARROLLO COGNITIVO (mayor de 5 años):**       |
| **DIAGNÓSTICO (S)** |
| Diagnóstico Principal:       Tipo Diagnóstico: ID [ ]  CN [ ]  CR [ ]  Diagnostico relacionado 1:       Diagnostico relacionado 2:        |
| **CONDUCTAS** |
| Diagnósticas |       |
| Terapéuticas |       |
| Remisorias |       |
| Educativas |       |
| Otras  |       |
| Próxima cita de control: (dd/mm/aaaa) Responsable:       |
| Firma y registro del Enfermero (a):       |