|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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): | | | | | | | | | | | | | |