|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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:       |
| **Antecedentes Personales** |
|  | SI | NO |  |  | SI | NO |
| Embarazo planeado | [ ]  | [ ]  | Resultadosparaclínicos del RN |  TSH | [ ]  | [ ]  |
| Atención prenatal | [ ]  | [ ]  | Hemoclasificaciòn | [ ]  | [ ]  |
| Patologías durante embarazo-parto-puerperio | [ ]  | [ ]  | Serología materna | [ ]  | [ ]  |
| ¿Cuáles?       | Alimentación | LM exclusiva | Hasta       meses |
| Tipo de Parto | Vaginal | [ ]  | Cesárea | [ ]  | Complementaria | A partir de       meses |
| Atención del parto | Med. /Enf. | [ ]  | Partera | [ ]  | Esp. GO | [ ]  | Suspensión LM | A partir de       meses |
| Otro | [ ]  | ¿Quién?       | Observaciones:       |
| Edad madre  |        años | Edad gestacional al nacimiento  |       Sema. |
| Edad padre |       años |
| Medidas antropométricas al nacimiento: | Antecedentes de hospitalizaciones | SI | [ ]  | NO | [ ]  |
| Peso       gr. | Talla       cm. | ¿Cuáles?       |
| PC       cm | PT       cm | Antecedentes quirúrgicos | SI | [ ]  | NO | [ ]  |
| APGAR 1min | [ ]  | 5 min | [ ]  | 10 min | [ ]  | ¿Cuáles?       |
| Observaciones:       | Patologías crónicas | SI | [ ]  | NO | [ ]  |
| ¿Cuáles?       |
| **ANTECEDENTES FAMILIARES** | **RIESGOS SICOSOCIALES** |
|  | SI | NO | Observaciones |
| No. Hermanos (as) |    | Vivos |    | Bajo grado escolar padres | [ ]  | [ ]  |       |
| Muertos < 5 años |    | Bajo nivel Socioeconómico | [ ]  | [ ]  |       |
| Causas de mortalidad:       | Violencia | [ ]  | [ ]  |       |
| Patologías familiares |  | SI | NO | Parentesco | Trabajo |
| Hipertensión arterial | [ ]  | [ ]  |       | Inasistencia escolar | [ ]  | [ ]  |       |
| Diabetes | [ ]  | [ ]  |       | Huérfano/a | [ ]  | [ ]  |       |
| Enf. Mentales | [ ]  | [ ]  |       | Discapacidad | [ ]  | [ ]  |       |
| Tuberculosis | [ ]  | [ ]  |       | Otros | [ ]  | [ ]  |       |
| Asma | [ ]  | [ ]  |       | ¿Cuáles?       |
| Otras | [ ]  | [ ]  |       |
| ¿Cuáles?:      |
| **CONDICIONES DE LA VIVIENDA** |
| Vivienda | Propia | [ ]  | Cuenta con | Acueducto  | Si | [ ]  | No | [ ]  | Electricidad | Si | [ ]  | No | [ ]  |
| Arrendada | [ ]  | Alcantarillado | Si | [ ]  | No | [ ]  | Recolección basuras | Si | [ ]  | No | [ ]  |
| Número de cuartos  |       |

|  |
| --- |
| **EDUCACIÓN** |
|  Estudia: Si [ ]  No [ ]  NA [ ]   |  Nivel: No escolarizado [ ]  Jardín [ ]  Primaria [ ]  | Grado Cursado [ ]   |
| Años Aprobados: [ ]  |   | Años Repetidos:[ ] ¿Causa?       | Problemas en la Escuela Sí [ ]  No [ ]  ¿Cuáles?       |
| Deserción: Si [ ]  No [ ]  Causa:       |
| **ESQUEMA PAI** |
| Completo para la edad Si [ ]  No [ ]  Vacunas faltantes:       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Señales de alarma en la última semana** | SI | NO | **Observaciones** |
| ¿Puede el niño beber o tomar el pecho? | [ ]  | [ ]  |       |
| ¿Vomita todo lo que ingiere? | [ ]  | [ ]  |       |
| ¿Ha tenido el niño 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?       |  |
| **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 médico (a):       |