Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD	Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR- 053
GESTION DE LA SALUD PÚBLICA	Versión: 03
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria	Fecha de aprobación: 07 / Marzo / 2022

DATOS BÁSICOS

Nº FICHA

INSTITUCION: ESE RSS — FECHA (DD/MM/AÑO) ___/___/___ — MUNICIPIO: Soacha

VEREDA O DIRECCION: KR 27 E 56 B 115 — TIPO DE USUARIO C__S__V__P__E__NO AFILIADO__ — ASEGURADOR: Capital salud

COMUNA/CORREGIMIENTO: Comuna 4 — BARRIO: luis carlos Galan

Educación en Aseguramiento	SI	NO
	X	

Canalización en Aseguramiento	SI	NO
		X

NOMBRES Y APELLIDOS: Dayanny S De los Angeles Duarte Gomez — FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO) 12/02/22 — EDAD: AÑOS 1 MESES ___ DÍAS ___

MENOR ESCOLARIZADO: SI | NO X | NO APLICA — GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | 1ERO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO — CUAL?___

JARDIN/HCB: ___

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

GÉNERO: X F | M — OTRO CUAL?___ — RC__ X TI__ — MENOR SIN IDENTIFICACIÓN___ — OTRO:___ CÚAL?___ — NÚMERO: 1206277864

Canalización por Identificación	SI	NO

PROCEDENCIA: URBANA X — RURAL ___ — RURAL DISPERSO ___ — CENTRO POBLADO ___

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI | NO X — POBLACIÓN VULNERABLE: SI | NO X — MENOR EN CONDICION DE DISCAPACIDAD: SI | NO X

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI | NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI | NO

PALENQUERO		MENOR ABANDONADO	
ROM/GITANO		HABITANTE DE CALLE	
AFRO		VICTIMA CONFLICTO ARMADO	
RAIZAL		DESMOVILIZADO	
INDÍGENA		DESPLAZADO	
OTRO		INMIGRANTE	
		OTRO	

CÚAL? ___ — CÚAL? ___

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión)
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (ósea articular, muscular y/o nervioso)
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Michell Gomez — PARENTESCO: madre — DIRECCIÓN: Kr 27E 56B115 — TELEFONO: 3002424299

EVALUACIÓN REALIZADA: PRIMERA VEZ X — SEGUIMIENTO ___

ESPECIFIQUE PORQUE ES EL SEGUIMIENTO

SIGNOS DE PELIGRO		EDA		CANCER INFANTIL		VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD (CYD)	
SALUD BUCAL		DENGUE		PROBLEMAS DE OÍDO		SALUD MENTAL	
INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19		LEISHMANIA		NUTRICIÓN		ASEGURAMIENTO	

PAI	
OTRO PROGRAMA	

CÚAL? ___

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACION MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGUN CORRESPONDA

IDENTIFICACION DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI | NO X

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO (PRIMERA INFANCIA)	SI	NO X	NO APLICA	VOMITA TODO	SI	NO X	INCONSCIENTE: SI	NO X
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO (INFANCIA)	SI	NO X	NO APLICA	CONVULSIONES	SI	NO X	LETÁRGICO: SI	NO X

Educación en Signos Generales de Peligro	SI	NO
	X	

Canalización en Signos Generales de Peligro	SI	NO
		X

SALUD BUCAL

¿Nº DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 0

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0 X 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 o más ___

¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA___ CEPILLO___ ENJUAGUE___ GASA___
SEDA ___ CUANTAS VECES 1___ 2___ 3___ 4 o más ___
OTRO, CUAL?___

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI___ NO ___

RECUERDE

* Consultas de Odontologia Semestral a partir de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
*Remoción de placa bacteriana: Semestral a partir de los 2 años hasta los 19 años.
*Aplicación de sellantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio)

Educación en Salud Bucal	SI	NO
	X	

Canalizacion en Salud Bucal	SI	NO
	X	

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?	SI	NO X
Nº DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS		
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?	SI	NO X
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES SUPRAESTERNALES)	SI	NO X
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?	SI	NO X
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO?	SI	NO X
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES?	SI	NO X

RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR	SI	NO X
Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO	30	
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA	SI	NO X

FRECUENCIA RESPIRATORIA RÁPIDA	
MENOR DE 2 MESES:	MAYOR DE 60 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 2 MESES A 11 MESES:	MAYOR A 50 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 12 MESES A 5 AÑOS.	MAYOR A 40 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS.	MAYOR A 30 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 9 A 11 AÑOS:	MAYOR A 20 RESPIRACIONES POR MINUTO

Educación en IRA-TB-COVID19	SI	NO
	X	

Canalización en IRA-TB-COVID19	SI	NO
		X

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?	SI	NO X
Nº DE DIAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA		
¿HAY SANGRE EN LAS HECES?	SI	NO X
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS		
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO	SI	NO X

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACION	SI	NO X
BOCA SECA	SI	NO X
FONTANELA HUNDIDA	SI	NO X
BEBE ÁVIDAMENTE	SI	NO X
PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG	SI	NO X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA YSIN VOMITO

Educación en EDA	SI	NO
	X	

Canalización en EDA	SI	NO
		X

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?	SI	NO X
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES	SI	NO X
FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS	SI	NO X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE:
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTES 3 MESES 2 AÑOS

Educación en FIEBRE	SI	NO
	X	

Canalización en FIEBRE	SI	NO
		X

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT:79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT:79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS — SI / NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES — SI / NO
TIENE DEPOSITOS DE AGUA — SI / NO
A. SIN TAPA — SI / NO
B. CON PRESENCIA DE LARVAS — SI / NO
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO — SI / NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: — SI / NO

- DOLOR RETRO-OCULAR
- MIALGIAS
- ARTRALGIAS
- CEFALEA
- DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
- SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

TOLDILLO CONVENCIONAL ☐ — TOLDILLO IMPREGNADO DE LARGA DURACIÓN ☐

Educación en DENGUE: SI / NO — Canalización en DENGUE: SI / NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ULTIMO AÑO — SI / NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA — SI / NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO — SI / NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS — SI / NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN — SI / NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA — SI / NO

LAS LESIONES CUTÁNEAS SON:

- REDONDEADAS
- BORDES ABULTADOS
- CENTRO GRANULOMATOSO
- LESIONES NODULARES
- LESIONES SATELITALES

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DEBE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNÓSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Educación en LEISHMANIASIS: SI / NO — Canalización en LEISHMANIASIS: SI / NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA — SI / NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ — SI / NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VÓMITO — SI / NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES — SI / NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ — SI / NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO — SI / NO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO — SI / NO

Educación en CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS: SI / NO — Canalización en CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS: SI / NO

PROBLEMAS DE OÍDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OÍDO? — SI / NO
N° DE EPISODIOS PREVIOS — HACE CUÁNTOS DÍAS
TIENE SUPURACIÓN DE OÍDO — SI / NO
TUMEFACCIÓN/DOLOR ATRÁS DE LA OREJA — SI / NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO: SI / NO — Canalización en PROBLEMAS DE OIDO: SI / NO

NUTRICIÓN

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

- PALIDEZ PALMAR — SI / NO
- PALIDEZ CONJUNTIVAL — SI / NO
- EDEMA — SI / NO
- CARA DE LUNA LLENA — SI / NO
- ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER — SI / NO
- ANTECEDENTES DE PREMATUREZ (Inferior a 37 semanas) — SI / NO

PERÍMETRO BRAQUIAL — (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)
MEDIDA: 14 EN CENTÍMETROS
Unicamanete para menores entre 6 meses a 5 años
PERÍMETRO BRAQUIAL MENOR A 11,5 CM. (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? — SI / NO
¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? — SI / NO
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? (En meses): 6M
USO DE CHUPO O BIBERÓN — SI / NO

Unicamente para menores de 5 años

EL NIÑ@ COME SOL@ — SI / NO
CÚANTAS COMIDAS TIENE EN EL DÍA 1 2 3 4 5 6 7 8 ó más

CONSUME LOS SIGUIENTES ALIMENTOS — CUANTAS PORCIONES AL DÍA

		CUANTAS PORCIONES AL DÍA
CARBOHIDRATOS (PASTA, AZÚCAR CEREAL, PAN , PAPA,ETC...)	SI / NO	1 2 3 4 5 6 ó más
GRASAS (ACEITE, MANTEQUILLA, TOCINO, ETC..)	SI / NO	1 2 3 4 5 6 ó más
PROTEÍNAS (CARNE, POLLO, PESCADO, HUEVOS)	SI / NO	1 2 3 4 5 6 ó más
LÁCTEOS (LECHE, QUESO, YOGURT Y SUS DERIVADOS)	SI / NO	1 2 3 4 5 6 ó más
VITAMINAS MINERALES Y FIBRA (FRUTAS Y VERDURAS)	SI / NO	1 2 3 4 5 6 ó más
BEBIDAS ARTESANALES (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE)	SI / NO ¿CUÁL?	1 2 3 4 5 6 ó más

Para los dos cursos de Vida (Primera Infancia e Infancia)

ESTÁ EN UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL — SI / NO — ¿CUÁL?
Educación en Nutrición: SI / NO — Canalización por Nutrición: SI / NO

VALORACIÓN FÍSICA Y SEGUIMIENTO

SIGNOS VITALES	PRIMERA VISITA	SEGUIMIENTO
FECHA VISITA		
Frecuencia Cardiaca (FC)	100	
Frecuencia Respiratoria (FR)	26	
Temperatura (T°)	36.1	
Talla (T)	91	
Peso (P)	13.9	
Indice de Masa Corporal (IMC)	49	
Perimetro Cefalico		

ENFLAQUECIMIENTO GRAVE: NO — EDEMA EN AMBOS PIES: NO — PALIDEZ PALMAR: NO
DESVIACION ESTANDAR TALLA / EDAD: -1 — PESO / TALLA: 0 — IMC / EDAD (Mayores de 18 meses): 0
CLASIFICACION ESTADO NUTRICIONAL
ADECUADO: 1 — DESNUTRICION AGUDA: — ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER/ ACU/PREMATUREZ: SI: — NO: X DESCONOCIDO:
RIESGO: — DNT GRAVE: — VALORACION DE LA CARA: CARA DE VIENTA: — CARA DE LUNA LLENA:

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACIÓN INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO: 2
EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A , ZINC (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) — SI / NO
RECIBIÓ DESPARASITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses) — SI / NO

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA		
MEDICINA GENERAL	1 MES 4-5 MESES 12-18 MESES	24-29 MESES 3 AÑOS 5 AÑOS
ENFERMERIA	2-3 MESES 6-8 MESES 9-11 MESES	18-23 MESES 30-35 MESES 4 AÑOS

CONSULTAS PARA INFANCIA	
MEDICINA GENERAL	6,8 Y 10 AÑOS
ENFERMERIA	7, 9 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	10 Y 13 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD): SI / NO — Canalización Valoración Integral de Salud (CYD): SI / NO

SALUD MENTAL

¿SU HIJ@ ES MUY DESOBEDIENTE? — SI / NO
¿USTED ALGUNA VEZ PIERDE EL CONTROL Y LO GOLPEA? — SI / NO
¿USTED JUEGA CON SU HIJ@? — SI / NO
¿EL NIÑ@ SE BAÑA TODOS LOS DÍAS? — SI / NO

EL NIÑ@ PRESENTA SENALES FÍSICAS: — SI / NO

- CICATRICES
- QUEMADURAS
- FRACTURAS INEXPLICABLES
- MARCAS DE MORDEDURAS
- QUEJAS CRONICAS DE DOLOR
- PROBLEMAS DE APETITO

EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS: — SI / NO

- TRISTEZA
- RETRAIMIENTO
- LLANTO FRECUENTE
- DEMANDA EXCESIVA ATENCIÓN
- AGRESIVIDAD O MUCHA PASIVIDAD FRENTE A OTROS NIÑOS
- TEMOR A LOS PADRES O ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato: SI / NO — Canalización Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato: SI / NO

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

¿EXISTEN RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR? — SI / NO
CAIDAS ____ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCION ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ ¿CUAL?
EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS — SI / NO
EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) — SI / NO
EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) — SI / NO

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar: SI / NO

IMPRESO POR: IMPRESOS DE INFANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518-1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 660 4347

Powered by CamScanner

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS	X	NO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACION MARQUE CON LA X SEGÚN CORRESPONDA

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACION DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN			2 MESES			4 MESES			6 MESES		
BCG	SI	NO	POLIO		NO	POLIO		NO	PENTAVALENTE		NO
HEPATITIS B	SI	NO	NEUMOCOCO		NO	NEUMOCOCO		NO	POLIO		NO
7 MESES			ROTAVIRUS		NO	ROTAVIRUS		NO	INFLUENZA ESTACIONAL		NO
2da DOSIS DE INFLUENZA	SI	NO	PENTAVALENTE		NO	PENTAVALENTE	SI	NO			
			1 AÑO			18 MESES			5 AÑOS		
			SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)	SI	NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)	SI	NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)	SI	NO
			NEUMOCOCO		NO	POLIO	SI	NO	POLIO	SI	NO
			VARICELA		NO				SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)	SI	NO
			HEPATITIS A		NO						
			FIEBRE AMARILLA		NO						

Educación en PAI		
	X	NO

COVID 19 A PARTIR DE 5 AÑOS		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO
Refuerzo (solo para mayores con comorbilidades)	SI	NO

VPH		
Niños a partir de los 9 años		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 23 MESES)	SI	NO

Refuerzo Sarampion Rubeola Mayores de 5 años	SI	NO

ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA LA EDAD		
	X	NO

Canalización en PAI	SI	NO
		X

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácti as de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR	EDUCACION AL CUIDADOR
Educar en pautas de cuidado y crianza positivas	PI-I		X
Promover prácticas que fav rezcan el sueño seguro de las niñas y niños menores de un año	PI-I		
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I	X	X
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Prot cción solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Promover hábitos y prácticas d Cuidado bucal	PI-I		X
Educar para mantener la salud auditiva y omunicativa	PI-I		
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I		
Promover activi ades y estrategias que fortalezcan las capacidades coognitivas.	PI-I		
Educar en la importancia del juego, la recreación y el ocio y sus beneficios en el desarrollo físi co, cognitivo sicosocial.	PI-I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I		
Promover el cuidado a cuidadores	I		
Promover el fortalecimiento del tejido social	I		
Promover la práct a regular del juego y la recreación grupal, como mecanismo de socialización y comunicación.	PI-I		
Promover la actividad física y el porte, acorde a la condición física, psic gica y social.	PI-I		X
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I	X	
Educar en la identificac n de signos dede alarma y prácticas de man adecuado en casa de las enfermedades prevalentes de la infancia	PI-I		
Educar en inocuidad y calidad de los alimentos con el fin de prevenir los riesgos vinculados.	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Educar en habilidades para la vida	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover la sana convivencia	PI-I		
Educar en prácticas de c idade y protección del ambiente	PI-I		
Educar para el mantenimiento de un ambiente seguro	PI-I		X
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I	X	

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor de 1 año de edad quien no ha recibido vabraciones odonto logicas. y la madre no le realiza salud bucal. Se lebrinda edocacion y Se Canaliza, menor quien no ha estado enferma en los ultimos 15 dias NO cuenta Con antecedentes de prematurez ni bajo peso al nacer, Signos vitales Adecuados. desarrollo Estandar, Acorde.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: Natalia Vasquez 6010

Firma de la Persona que recibe la visita: Michel Gomez 23.469.068

EVALUADO POR

PIC	X
APS	

CONCURRENCIA AIEPI-IRA	
CONCURRENCIA PAI	

OTRO: CUAL:

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT. 79140518 - 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD		Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR- 053
GESTION DE LA SALUD PÚBLICA		Versión: 03
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia- AIEPI- Comunitario		Fecha de aprobación: 07 / Marzo / 2022

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: ESE RSS — N° FICHA

VEREDA O DIRECCIÓN: Kr 27E 56B 115 — FECHA (DD/MM/AÑO) ____/____/____ — MUNICIPIO: Soacha

COMUNA/CORREGIMIENTO: comuna 4 — TIPO DE USUARIO C___ S___ V___ P___ E___ NO AFILIADO X — ASEGURADOR: Nueva

INTO: — BARRIO: Luis Carlos Galan.

Educación en Aseguramiento: SI X | NO

Canalización en Aseguramiento: SI X | NO

NOMBRES Y APELLIDOS: Liomar Eduardo Sierra Zapata — FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO) 18,9,19 — EDAD: AÑOS 3 MESES 5 DÍAS ___

MENOR ESCOLARIZADO: SI X | NO | NO APLICA — GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | 1ERO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO — CUAL? ___

JARDIN/INCB:

GÉNERO: F | M X — OTRO CUAL? Nota — DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC___ TI___ MENOR SIN IDENTIFICACIÓN___ OTRO:___ CÚAL?___ NÚMERO: 2192

Canalización por Identificación: SI | NO

PROCEDENCIA: URBANA X | RURAL | RURAL DISPERSO | CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI | NO X — POBLACIÓN VULNERABLE: SI X | NO — MENOR EN CONDICION DE DISCAPACIDAD: SI | NO X

PALENQUERO | ROM/GITANO | AFRO | RAIZAL | INDÍGENA | OTRO — CÚAL? ___

MENOR ABANDONADO | HABITANTE DE CALLE | VICTIMA CONFLICTO ARMADO | DESMOVILIZADO | DESPLAZADO | INMIGRANTE X | OTRO — CÚAL? ___

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI | NO X

CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES. Dos o mas limitaciones: SI | NO X

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión)

MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (ósea artic lar, muscular y/o nervioso)

COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas yaea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje.

MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales.

AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas.

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Mayoli Zapata — PARENTESCO: madre — DIRECCIÓN: Kr 32 c 42 - 155 — TELÉFONO 3015373034.

EVALUACIÓN REALIZADA: PRIMERA VEZ X — SEGUIMIENTO

ESPECIFIQUE PORQUE ES EL SEGUIMIENTO

SIGNOS DE PELIGRO		EDA		CÁNCER INFANTIL		VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD (CYD)		PAI	
SALUD BUCAL		DENGUE		PROBLEMAS DE OÍDO		SALUD MENTAL		OTRO PROGRAMA	
INFECCIÓN RESPIRATORIA- TUBERCULOSIS-COVID 19		LEISHMANIA		NUTRICIÓN		ASEGURAMIENTO		CÚAL?	

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACION MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACION DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI | NO

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO (PRIMERA INFANCIA)	SI	NO	NO APLICA	VOMITA TODO	SI	NO	INCONSCIENTE	SI	NO
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO (INFANCIA)	SI	NO	NO APLICA	CONVULSIONES	SI	NO	LETÁRGICO	SI	NO

Educación en Signos Generales de Peligro: SI X | NO

Canalización en Signos Generales de Peligro: SI | NO

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 0

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0___ 1___ 2___ 3___ 4 o más ___

¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA X — CEPILLO X — ENJUAGUE___ — GASA___

SEDA ___ CUANTAS VECES 1___ 2___ 3___ 4 o más ___

OTRO, CUAL?___

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI X NO ___

RECUERDE

* Consultas de Odontología Semestral a partr de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartr del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
*Remoción de placa bacteriana: Semestral a partr de los 2 años hasta los 19 años.
*Aplicación de sellantes: a parti de los 3 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio)

Educación en Salud Bucal: SI X | NO

Canalización en Salud Bucal: SI | NO X

INFECCIÓN RESPIRATORIA- TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?	SI	NO X
N° DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS		
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?	SI	NO X
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES)	SI	NO X
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?	SI	NO X
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO?	SI	NO X
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES?	SI	NO X

RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR	SI	NO X
Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO	23	
TIENE RESPIRACION RÁPIDA	SI	NO X

FRECUENCIA RESPIRATORIA RÁPIDA

MENOR DE 2 MESES:	MAYOR DE 60 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 2 MESES A 11 MESES:	MAYOR A 50 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	MAYOR A 40 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS:	MAYOR A 30 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 9 A 11 AÑOS:	MAYOR A 20 RESPIRACIONES POR MINUTO

Educación en IRA-TB-COVID19: SI X | NO

Canalización en IRA-TB-COVID19: SI | NO X

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?	SI	NO X
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA		
¿HAY SANGRE EN LAS HECES?	SI	NO X
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS		
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO	SI	NO X

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN	SI	NO X
BOCA SECA	SI	NO X
FONTANELA HUNDIDA	SI	NO X
BEBE ÁVIDAMENTE	SI	NO X
PLIEGUE CUTÁNEO- MAYOR 2 SEG	SI	NO X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA YSIN VOMITO

Educación en EDA: SI X | NO

Canalización en EDA: SI | NO X

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?	SI	NO X
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES	SI	NO X
FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS	SI	NO X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE:
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES 2 AÑOS

Educación en FIEBRE: SI X | NO

Canalización en FIEBRE: SI | NO X

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS Ú LTIMOS 15 DÍAS — SI / NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES — SI / NO

TIENE DEPOSITOS DE AGUA — SI / NO
A. SIN TAPA — SI / NO
B. CON PRESENCIA DE LARVAS — SI / NO

EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO — SI / NO

TOLDILLO CONVENCIONAL ☐ TOLDILLO IMPREGNADO DE LARGA DURACIÓN ☐

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS:

DOLOR RETRO-OCULAR ☐ DOLOR ABDOMINAL INTENSO Y CONTINUO ☐
MIALGIAS ☐
ARTRALGIAS ☐
CEFALEA ☐
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición) ☐

Educación en DENGUE — SI / NO
Canalización en DENGUE — SI / NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ÚLTIMO AÑO — SI / NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA — SI / NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO — SI / NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS — SI / NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN — SI / NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA — SI / NO

LAS LESIONES CUTÁNEAS SON:

REDONDEADAS ☐
BORDES ABULTADOS ☐
CENTRO GRANULOMATOSO ☐
LESIONES NODULARES ☐
LESIONES SATELITALES ☐

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DEBE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNÓSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Educación en LEISHMANIASIS — SI / NO
Canalización en LEISHMANIASIS — SI / NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA — SI / NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ — SI / NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE D OLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO — SI / NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES — SI / NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVID ADES DEL NIÑ@ — SI / NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENT O — SI / NO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO F ATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO — SI / NO

Educación en CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS — SI / NO
Canalización en CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS — SI / NO

PROBLEMAS DE OÍDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OÍDO? — SI / NO
N° DE EPISODIOS PREVIOS ☐ HACE CUÁNTOS DÍAS ☐
TIENE SUPURACIÓN DE OÍDO — SI / NO
TUMEFACCIÓN/DOLOR ATRÁS DE LA OREJA — SI / NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO
Canalización en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO

PAGINA 1 DE 2

NUTRICIÓN

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

PALIDÉZ PALMAR — SI / NO
PALIDÉZ CONJUNTIVAL — SI / NO
EDEMA — SI / NO
CARA DE LUNA LLENA — SI / NO
ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER — SI / NO
ANTECEDENTES DE PREMATUREZ (Inferior a 37 se manas) — SI / NO

PERÍMETRO BRAQUIAL (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

MEDIDA 16 EN CENTÍMETROS

Unicamanete para menores entre 6 meses a 5 años

PERÍMETRO BRAQUIAL MENOR A 11.5 CM. (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? — SI / NO
¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? — SI / NO
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? (En meses) 6M
USO DE CHUPO O BIBERÓN — SI / NO

Unicamente para menores de 5 años

EL NIÑ@ COME SOL@ — SI / NO
CUÁNTAS COMIDAS TIENE EN EL DÍA 1 2 3 4 5 6 7 8 ó más

CONSUME LOS SIGUIENTES ALIMENTOS

		CUANTAS PORCIONES AL DÍA
CARBOHIDRATOS (PASTA, AZÚCAR CEREAL, PAN , PAPA,ETC...)	SI / NO	1 2 3 4 5 6 ó más
GRASAS (ACEITE, MANTEQUILLA, T OCINO, ETC..)	SI / NO	1 2 3 4 5 6 ó más
PROTEÍNAS (CARNE, POLLO, PESCAD O, HUEVOS)	SI / NO	1 2 3 4 5 6 ó más
LÁCTEOS (LECHE, QUESO, YOGURT Y SUS DERIVADOS)	SI / NO	1 2 3 4 5 6 ó más
VITAMINAS MINERALES Y FIBRA (FRUTAS Y VERDURAS)	SI / NO	1 2 3 4 5 6 ó más
BEBIDAS ARTESANALES (CHICHA, MASAT O, GUARAPO, CHIRINCHE)	SI / NO ¿CUÁL?	1 2 3 4 5 6 ó más

Para los dos cursos de Vida (Primera Infancia e Infancia)

ESTÁ EN UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL — SI / NO ¿CUÁL? _____

Educación en Nutrición — SI / NO
Canalización por Nutrición — SI / NO

VALORACIÓN FÍSICA Y SEGUIMIENTO

SIGNOS VITALES / FECHA VISITA	PRIMERA VISITA	SEGUIMIENTO
Frecuencia Cardiaca (FC)	95	
Frecuencia Respiratoria (FR)	23	
Temperatura (T°)	36.1	
Talla (T)	98	
Peso (P)	19	
Indice de Masa Corporal (IMC)	13.8	
Perimetro Cefalico	52	

ENFLAQUECIMIENTO GRAVE: NO — EDEMA EN AMBOS PIES: NO — PALIDEZ PALMAR: NO

DESVIACION ESTANDAR TALLA / EDAD: 0 — PESO / TALLA: −1 — IMC / EDAD (Mayores de 18 meses): −1

CLASIFICACION ESTADO NUTRICIONAL
ADECUADO: ___ DESNUTRICION AGUDA: ___ ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER/ BCN(PREMATUREZ: SI ___ NO ___ DESCONOCIDO ___
RIESGO: X DNT GRAVE: ___ VALORACION DE LA CARA: CARA DE VIEJITA ___ CARA DE LUNA LLENA ___

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INF ANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO: 0

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A , ZINC (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) — SI / NO

RECIBE DESPARASITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de ed a, cada 6 meses) — SI / NO

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA		
MEDICINA GENERAL	1 MES 4-5 MESES 12-18 MESES	24-29 MESES 3 AÑOS 5 AÑOS
ENFERMERÍA	2-3 MESES 6-8 MESES 9-11 MESES	18-23 MESES 30-35 MESES 4 AÑOS

CONSULTAS PARA INFANCIA	
MEDICINA GENERAL	6,8 Y 10 AÑOS
ENFERMERÍA	7, 9 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES : HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	10 Y 18 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO
Educación Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO

SALUD MENTAL

¿SU HIJ@ES MUY DESOBEDIENTE? — SI / NO
¿USTED ALGUNA VEZ PIERDE EL CONTROL Y LO GOLPEA? — SI / NO
¿USTED JUEGA CON SU HIJ@? — SI / NO
¿EL NIÑ@ SE BAÑA TODOS LOS DÍAS? — SI / NO

EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FÍSICAS: — SI / NO

CICATRICES ☐
QUEMADURAS ☐
FRACTURAS INEXPLICABLES ☐
MARCAS DE MORDEDURAS ☐
QUEJAS CRONICAS DE DOLOR ☐
PROBLEMAS DE APETITO ☐

EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS: — SI / NO

TRISTEZA ☐
RETRAIMIENTO ☐
LLANTO FRECUENTE ☐
DEMANDA EXCESIVA ATENCION ☐
AGRESIVIDAD O MUCHA PASIVIDAD FRENTE A OTROS NIÑOS ☐
TEMOR A LOS PADRES O ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA ☐

DE SI TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Canalización Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato — SI / NO
Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato — SI / NO

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

¿EXISTEN RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR? — SI / NO

CAÍDAS ___ INTOXICACIONES ___ QUEMADURAS ___ ELECTROCUCIÓN ___ ASFIXIA ___ AHOGAMIENTO ___ TRANSITO ___ OTRO ___ ¿CUAL? _____

EXPOSICION INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICID A) — SI / NO

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79[illegible]
212 4315 - 310 580 4347

Powered by CamScanner

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS		
	X	NO

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON (X)SEGÚN CORRESPONDA

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN			2 MESES			4 MESES			6 MESES		
BCG	X	NO	POLIO	SI	NO	POLIO	SI	NO	PENTAVALENTE	SI	NO
HEPATITIS B	X SI	NO	NEUMOCOCO	SI	NO	NEUMOCOCO	SI	NO	POLIO	SI	NO
			ROTAVIRUS	SI	NO	ROTAVIRUS	SI	NO	INFLUENZA ESTACIONAL	SI	NO
7 MESES			PENTAVALENTE	SI	NO	PENTAVALENTE	SI	NO			
2da DOSIS DE INFLUENZA	X SI	NO	1 AÑO			18 MESES			5 AÑOS		
			SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)	SI	NO	DPT (Diferia, Tetanos, Tosferina)	SI	NO	DPT (Diferia, Tetanos, Tosferina)	SI	NO
			NEUMOCOCO	SI	NO	POLIO	SI	NO	POLIO	SI	NO
			VARICELA	SI	NO				SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)	SI	NO
			HEPATITIS A	SI	NO						
			FIEBRE AMARILLA	X	NO						

COVID-19 A PARTIR DE 3 AÑOS		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO
Refuerzo (solo para menores con comorbilidades)	SI	NO

VPH		
Niñas a partir de los 9 años		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 23 MESES)	SI	NO

Refuerzo Sarampión Rubeola Mayores de 5 años	SI	NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD	X	NO

Educación en PAI	SI	NO

Canalización en PAI	SI	NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácti as de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA-CUIDADOR	EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Educar en pautas de cuidado y crianza positivas	PI-I		X
Promover prácticas que fav rezcan el sueño seguro de las niñas y niños menores de un año	PI-I		
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I	X	X
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Prot cción solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		X
Promover hábitos y prácticas d cuidado bucal	PI-I		
Educar para mantener la salud auditiva y omuniccativa	PI-I		
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I		
Promover activi aoes y estrategias que fortalezcan las capacidades coognitivas.	PI-I		
Educar en la importancia del juego, la recreación y el ocio y sus beneficios en el desarroollo fisi co, cognitivo sicosocial.	PI-I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I		
Promover el cuidado a cuidadores	I		
Promover el fortalecimiento del tejido social	I		
Promover la prácti a regular del juego y la recreación grupal, como mecanismo de socialización y comunicación.	PI-I		
Promover la actividad física y el porte, acorde a la condiciólón física, psic gica y social	PI-I		
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I	X	
Educar en la identificac n de signos dede alarma y prácticas de man adecuado en casa de las enfermedades prevalentes de la infancia	PI-I		X
Educar en inocuidad y calidad de los alimentos con el fin de prevenir los riesgos vinculados.	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Educar en habilidades para la vida	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover la sana convivencia	PI-I		
Educar en prácticas de c idado y protección del ambiente	PI-I		
Educar para el mantenimiento de un ambiente seguro	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I	X	X

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor de 3años 4 5meses Migrante Venezolano que no cuenta Con Asegoramiento por lo cual el menor no Comple Con la ruta de Promocion y mantenimiento de la salud en la 1ra infancia Se Canaliza Menor A Trabajo social. Menor no ha estado enfermo en los ultimos 15 dias, no cuenta Con Antecedentes de Prematurez. Signos vitales en orden. Cuado Estado desviacion Estandar de Peso para la talla en -1 Se canaliza.

INFORMACION GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: Natalia Vasquez 6010

Firma de la Persona que recibe la visita: 21.470265

EVALUADO POR

PIC: X

APS:

CONCURRENCIA AIEPI-IRA:

CONCURRENCIA PAI:

OTRO:

CUAL:

PROCESO DOC: MEDICOS DEL INFANTE S HOSPITALARIOS NIT:79140516-1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD	Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR- 058
GESTION DE LA SALUD PÚBLICA	Versión: 03
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria	Fecha de aprobación: 07 / Marzo / 2022

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: ESERSS — N° FICHA

VEREDA O DIRECCIÓN: Kr. 27 E 56B 111 — FECHA (DD/MM/AÑO) ____/____/____ — MUNICIPIO: Soacha

COMUNA/CORREGIMIENTO: Comuna 4 — TIPO DE USUARIO C__ S X__ P__ E__ NO AFILIADO__ — ASEGURADOR: E COOPSOS

BARRIO: Los Carlos Galan,

Educación en Aseguramiento: SI X | NO

Canalización en Aseguramiento: SI | NO X

NOMBRES Y APELLIDOS: Elianyelis Hernandez Campos

MENOR ESCOLARIZADO: SI X | NO | NO APLICA — FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO) 24,8,19 — EDAD: AÑOS 3 MESES 5 DÍAS

JARDÍN/HCB: — GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | 1ERO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO — CUAL?

GÉNERO: X | M — OTRO CUAL? Acta — DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC__ TI__ MENOR SIN IDENTIFICACIÓN____ OTRO:____ CÚAL?____ NÚMERO: 1431

Canalización por Identificación: SI | NO X

PROCEDENCIA: URBANA X | RURAL | RURAL DISPERSO | CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI | NO X

POBLACIÓN VULNERABLE: SI X | NO

MENOR EN CONDICION DE DISCAPACIDAD: SI | NO X

PALENQUERO | ROM/GITANO | AFRO | RAIZAL | INDÍGENA | OTRO — CÚAL?

MENOR ABANDONADO | HABITANTE DE CALLE | VICTIMA CONFLICTO ARMADO | DESMOVILIZADO | DESPLAZADO | INMIGRANTE X | OTRO — CÚAL?

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI | NO X

CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI | NO X

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión) | MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (ósea articular, muscular y/o nervioso) | COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje. | MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales | AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas.

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Marcane Campos — PARENTESCO: madre — DIRECCIÓN: Kr 27 E 56B 111 — TELÉFONO: 3015033685

EVALUACIÓN REALIZADA: PRIMERA VEZ X — SEGUIMIENTO

ESPECIFIQUE PORQUE ES EL SEGUIMIENTO

SIGNOS DE PELIGRO | EDA | CÁNCER INFANTIL | VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD (CYD) | PAI

SALUD BUCAL | DENGUE | PROBLEMAS DE OÍDO | SALUD MENTAL | OTRO PROGRAMA

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19 | LEISHMANIA | NUTRICIÓN | ASEGURAMIENTO | CÚAL?

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACION MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI | NO X

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO (PRIMERA INFANCIA)	SI	NO X	NO APLICA	VOMITA TODO	SI	NO X	INCONSCIENTE: SI	NO X
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO (INFANCIA)	SI X	NO	NO APLICA	CONVULSIONES	SI	NO X	LETÁRGICO: SI	NO X

Educación en Signos Generales de Peligro: SI X | NO

Canalización en Signos Generales de Peligro: SI | NO X

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 0

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0____ 1____ 2 X 3____ 4 o más____

¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA X CEPILLO X ENJUAGUE____ GASA____ SEDA____ CUANTAS VECES 1____ 2____ 3____ 4 o más____ OTRO, CUAL?____

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI X NO____

RECUERDE

* Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
*Remoción de placa bacteriana: Semestral a partir de los 2 años hasta los 19 años.
*Aplicación de sellantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio)

Educación en Salud Bucal: SI X | NO

Canalización en Salud Bucal: SI | NO X

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?	SI X | NO
N° DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS	
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?	SI | NO X
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES)	SI | NA
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?	SI | NO X
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO?	SI | NO X
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ULTIMOS TRES MESES?	SI | NA

RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR: SI | NO X

Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO: 28

TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA: SI | NO X

FRECUENCIA RESPIRATORIA RÁPIDA

MENOR DE 2 MESES :	MAYOR DE 60 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 2 MESES A 11 MESES:	MAYOR A 50 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	MAYOR A 40 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS:	MAYOR A 30 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 9 A 11 AÑOS:	MAYOR A 20 RESPIRACIONES POR MINUTO

Educación en IRA-TB-COVID19: SI X | NO

Canalización en IRA-TB-COVID19: SI | NO X

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?	SI | NO X
N° DE DIAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA	
¿HAY SANGRE EN LAS HECES?	SI | NO X
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS	
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO	SI | NO X

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN: SI | NO X

BOCA SECA: SI | NO X

FONTANELA HUNDIDA: SI | NO X

BEBE ÁVIDAMENTE: SI X | NO

PLIEGUE CUTANEO - MAYOR 2 SEG: SI | NO X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

Educación en EDA: SI X | NO

Canalización en EDA: SI | NO X

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?	SI X | NO
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES	SI | NO X
FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS	SI | NO X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE:
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTES 3 MESES 2 AÑOS

Educación en FIEBRE: SI X | NO

Canalización en FIEBRE: SI | NO X

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

DENGUE

VIVE O VISITO ZONA ENDÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS — SI / NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES — SI / NO
TIENE DEPOSITOS DE AGUA — SI / NO
A. SIN TAPA — SI / NO
B. CON PRESENCIA DE LARVAS — SI / NO
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO — SI / NO
TOLDILLO CONVENCIONAL
TOLDILLO IMPREGNADO DE LARGA DURACIÓN

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: — SI / NO
DOLOR RETRO-OCULAR
MIALGIAS
ARTRALGIAS
CEFALEA
DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Educación en DENGUE — SI / NO
Canalización en DENGUE — SI / NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ULTIMO AÑO — SI / NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA — SI / NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO — SI / NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS — SI / NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN — SI / NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA — SI / NO

LAS LESIONES CUTÁNEAS SON:
REDONDEADAS
BORDES ABULTADOS
CENTRO GRANULOMATOSO
LESIONES NODULARES
LESIONES SATELITALES

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DEBE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNÓSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Educación en LEISHMANIASIS — SI / NO
Canalización en LEISHMANIASIS — SI / NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA — SI / NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ — SI / NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO — SI / NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES — SI / NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ — SI / NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO — SI / NO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO — SI / NO

Educación en CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS — SI / NO
Canalización en CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS — SI / NO

PROBLEMAS DE OÍDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OÍDO? — SI / NO
N° DE EPISODIOS PREVIOS
HACE CÚANTOS DÍAS
TIENE SUPURACIÓN DE OÍDO — SI / NO
TUMEFACCIÓN/DOLOR ATRÁS DE LA OREJA — SI / NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO
Canalización en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO

PAGINA 1 DE 2

NUTRICIÓN

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA
PALIDÉZ PALMAR — SI / NO
PALIDÉZ CONJUNTIVAL — SI / NO
EDEMA — SI / NO
CARA DE LUNA LLENA — SI / NO
ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER — SI / NO
ANTECEDENTES DE PREMATUREZ (Inferior a 37 semanas) — SI / NO

PERÍMETRO BRAQUIAL — (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)
MEDIDA: 15 — EN CENTÍMETROS
Unicamanete para menores entre 6 meses a 5 años
PERÍMETRO BRAQUIAL MENOR A 11,5 CM. (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? — SI / NO
¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? — SI / NO
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? (En meses)
USO DE CHUPO O BIBERÓN — SI / NO
Unicamente para menores de 5 años

EL NIÑ@ COME SOL@ — SI / NO
CÚANTAS COMIDAS TIENE EN EL DÍA 1__2__3__4__5__6__7__8 ó más__

CONSUME LOS SIGUIENTES ALIMENTOS — CUANTAS PORCIONES AL DÍA

CARBOHIDRATOS (PASTA, AZÚCAR CEREAL, PAN , PAPA,ETC...)	SI / NO	1__2__3__4__5__6 ó más__
GRASAS (ACEITE, MANTEQUILLA, TOCINO, ETC..)	SI / NO	1__2__3__4__5__6 ó más__
PROTEÍNAS (CARNE, POLLO, PESCADO, HUEVOS)	SI / NO	1__2__3__4__5__6 ó más__
LÁCTEOS (LECHE, QUESO, YOGURT Y SUS DERIVADOS)	SI / NO	1__2__3__4__5__6 ó más__
VITAMINAS MINERALES Y FIBRA (FRUTAS Y VERDURAS)	SI / NO	1__2__3__4__5__6 ó más__
BEBIDAS ARTESANALES (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE)	SI / NO ¿CUÁL?	1__2__3__4__5__6 ó más__

Para los dos cursos de Vida (Primera Infancia e Infancia)

ESTÁ EN UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL — SI / NO — ¿CUÁL? _____
Educación en Nutrición — SI / NO
Canalización por Nutrición — SI / NO

VALORACIÓN FÍSICA Y SEGUIMIENTO

SIGNOS VITALES	PRIMERA VISITA	SEGUIMIENTO
FECHA VISITA		
Frecuencia Cardiaca (FC)	99	
Frecuencia Respiratoria (FR)	25	
Temperatura (T°)	36.1	
Talla (T)	99.5	
Peso (P)	17	
Indice de Masa Corporal (IMC)	17.6	
Perimetro Cefalico	48	

ENFLAQUECIMIENTO GRAVE: NO — EDEMA EN AMBOS PIES: NO — PALIDEZ PALMAR: NO
DESVIACION ESTANDAR — TALLA / EDAD: 0 — PESO / TALLA: -2 — IMC / EDAD:(Mayores de 18 meses) -2
CLASIFICACION ESTADO NUTRICIONAL — ADECUADO:____ — DESNUTRICION AGUDA: X — ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER/ RCIU/PREMATUREZ: SI:___ NO: X DESCONOCIDO:____
RIESGO:____ — DNT GRAVE:____ — VALORACION DE LA CARA: CARA DE VIEJITA:____ CARA DE LUNA LLENA:____

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO: 0
EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A , ZINC (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) — SI / NO
RECIBIÓ DESPARASITACION EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses) — SI / NO

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA		
MEDICINA GENERAL	1 MES 4-5 MESES 12-18 MESES	24-29 MESES 3 AÑOS 5 AÑOS
ENFERMERÍA	2-3 MESES 6-8 MESES 9-11 MESES	18-23 MESES 30-35 MESES 4 AÑOS

CONSULTAS PARA INFANCIA	
MEDICINA GENERAL	6,8 Y 10 AÑOS
ENFERMERIA	7, 9 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	10 Y 13 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO
Canalización Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO

SALUD MENTAL

¿SU HIJ@ES MUY DESOBEDIENTE? — SI / NO
¿USTED ALGUNA VEZ PIERDE EL CONTROL Y LO GOLPEA? — SI / NO
¿USTED JUEGA CON SU HIJ@? — SI / NO
¿EL NIÑ@ SE BAÑA TODOS LOS DÍAS? — SI / NO

EL NIÑ@PRESENTA SEÑALES FÍSICAS: — SI / NO
CICATRICES
QUEMADURAS
FRACTURAS INEXPLICABLES
MARCAS DE MORDEDURAS
QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR
PROBLEMAS DE APETITO

EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS: — SI / NO
TRISTEZA
RETRAIMIENTO
LLANTO FRECUENTE
DEMANDA EXCESIVA ATENCION
AGRESIVIDAD O MUCHA PASIVIDAD FRENTE A OTROS NIÑOS
TEMOR A LOS PADRES O ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato — SI / NO
Canalización Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato — SI / NO

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

¿EXISTEN RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR? — SI / NO
CAÍDAS ____ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCIÓN ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ ¿CUAL?_____
EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS — SI / NO
EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) — SI / NO
EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) — SI / NO
Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar — SI / NO

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518 - 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON (X)SEGUN CORRESPONDA

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION PAI

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACION DEL HOSPITAL MUNICIPAL

CARNET DE VACUNAS: SI [X] NO [ ]

BCG	[X]	NO	2 MESES			4 MESES			6 MESES			COVID-19 A PARTIR DE 3 AÑOS		
HEPATITIS B	[X]	NO	POLIO	[X]	NO	POLIO	[X]	NO	PENTAVALENTE	[X]	NO	3ra Dosis	SI	NO
7 MESES			NEUMOCOCO	[X]	NO	NEUMOCOCO	[X]	NO	POLIO	[X]	NO	2da Dosis	SI	NO
2da DOSIS DE INFLUENZA	[X]	NO	ROTAVIRUS	[X]	NO	ROTAVIRUS	[X]	NO	INFLUENZA ESTACIONAL	[X]	NO	Refuerzo (solo para menores con comorbilidades)	SI	NO
			PENTAVALENTE	[X]	NO	PENTAVALENTE	[X]	NO						
			1 AÑO			18 MESES			5 AÑOS			VPH		
			SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)	[X]	NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)	[X]	NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)	SI	NO	Niñas a partir de los 9 años		
			NEUMOCOCO	[X]	NO	POLIO	[X]	NO	POLIO	SI	NO	1ra Dosis	SI	NO
			VARICELA	[X]	NO				SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)	SI	NO	2da Dosis	SI	NO
			HEPATITIS A	[X]	NO							Refuerzo Sarampion Rubeola Mayores de 5 años	SI	NO
			FIEBRE AMARILLA	[X]	NO									
			Educación en PAI		SI NO							INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 23 MESES)	SI	NO
												ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA LA EDAD	SI	NO
												Canalización en PAI	SI	NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácti as de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR	EDUCACION AL CUIDADOR
Educar en pautas de cuidado y crianza positivas	PI-I		X
Promover prácticas que fav rezcan el sueño seguro de las niñas y niños menores de un año	PI-I		
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I	X	X
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Prot cción solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Promover hábitos y prácticas d cuidado bucal	PI-I	X	X
Educar para mantener la salud auditiva y omuniccativa	PI-I		
Educar para mantener la salud y ergonomia visual y postural	PI-I		
Promover activi ades y estrategias que fortalezcan las capacidades coognitivas.	PI-I		
Educar en la importancia del juego, la recreación y el ocio y sus beneficios en el desarroollo fisi co, cognitivo sicosocial.	PI-I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I		
Promover el cuidado a cuidadores	I		
Promover el fortalecimiento del tejido social	I		
Promover la practi a regular del juego y la recreación grupal, como mecanismo de socialización y comunicación.	PI-I		
Promover la actividad fisica y el porte, acorde a la condición fisica, psic gica y social.	PI-I		
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I		X
Educar en la identificac n de signos dede alarma y prácticas de man adecuado en casa de las enfermedades prevalentes de la infancia	PI-I		
Educar en inocuidad y calidad de los alimentos con el fin de prevenir los riesgos vinculados.	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Educar en habilidades para la vida	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover la sana convivencia	PI-I		
Educar en prácticas de c idado y protección del ambiente	PI-I		
Educar para el mantenimiento de un ambiente seguro	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I	X	X

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor de 3años y 5meses migrante Venezolana. qce Cuenta Con Eps Pero la Madre no ha solicitado citas Medicas. Menor qceno Cuenta Con Valora cion A Salod bucal, no ha estado enferma en los ultimos 15 dias, no Cuenta Con Antecedentes de Prematurez. setoman Signos y estan en Adecuados Parametros. Desviacion Estandar P/Ten-2 DAM. se Canaliza

INFORMACION GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: Natalia Vasquez 6010

Firma de la Persona que recibe la visita: Mercedis-C 29946846

EVALUADO POR: PIC [X] APS [ ]

CONCURRENCIA AIEPI-IRA [ ] CONCURRENCIA PAI [ ]

OTRO [ ] CUAL:

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT. 79140518- 1 TELÉFONO. 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD	Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR- 053
GESTION DE LA SALUD PÚBLICA	Versión: 08
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria	Fecha de aprobación: 07 / Marzo / 2022

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: ESE RSS. — Nº FICHA

VEREDA O DIRECCIÓN: KR 27E SGB 115 — FECHA (DD/MM/AÑO) ____/____/____ — MUNICIPIO: Soacha

COMUNA/CORREGIMIENTO: Comuna 4 — TIPO DE USUARIO C__ S__ V__ P__ E__ NO AFILIADO X — ASEGURADOR: Ningano

BARRIO: Cas Carlos Galon

Educación en Aseguramiento	SI	NO
		X

Canalización en Aseguramiento	SI	NO
	X	

NOMBRES Y APELLIDOS: Lusane Gotterrez Campos

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO) 16/9/22 — EDAD: AÑOS ___ MESES 5 DÍAS ___

MENOR ESCOLARIZADO	SI	NO	NO APLICA

JARDIN/HCB: — GRADO DE ESCOLARIDAD

TRANS	1ERO	2DO	3ERO	4TO	5TO	6TO	OTRO

CUAL? ____

GÉNERO

F	M

OTRO CUAL? Nacido V. — RC___ TI___ — MENOR SIN IDENTIFICACIÓN____ — OTRO:____ CÚAL? Nacido Vivo. — DOCUMENTO DE IDENTIDAD NÚMERO: 2204BE1009G072.

Canalización por Identif ación	SI	NO
		X

PROCEDENCIA: URBANA X — RURAL ____ — RURAL DISPERSO ____ — CENTRO POBLADO ____

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI ____ NO X

PALENQUERO ____ ROM/GITANO ____ AFRO ____ RAIZAL ____ INDÍGENA ____ OTRO ____ CUÁL? ____

POBLACIÓN VULNERABLE: SI ____ NO X

MENOR ABANDONADO ____ HABITANTE DE CALLE ____ VICTIMA CONFLICTO ARMADO ____ DESMOVILIZADO ____ DESPLAZADO ____ INMIGRANTE ____ OTRO ____ CÚAL? ____

MENOR EN CONDICION DE DISCAPACIDAD: SI ____ NO X

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI ____ NO X

CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI ____ NO X

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión) ____
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (ósea artic lar, muscular y/o nervioso) ____
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas yaea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje. ____
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales. ____
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Audmvas ____

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Marcelme Campos — PARENTESCO: Madre. — DIRECCIÓN: Kr 27E SGB 115 — TELÉFONO 3015083085

EVALUACIÓN REALIZADA: PRIMERA VEZ X — SEGUIMIENTO ____

ESPECIFIQUE PORQUE ES EL SEGUIMIENTO

SIGNOS DE PELIGRO		EDA		CÁNCER INFANTIL		VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD (CYD)	
SALUD BUCAL		DENGUE		PROBLEMAS DE OÍDO		SALUD MENTAL	
INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19		LEISHMANIA		NUTRICIÓN		ASEGURAMIENTO	

PAI	
OTRO PROGRAMA	
CUÁL?	

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACION MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACION DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI ____ NO X

	SI	NO	NO APLICA
NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO (PRIMERA INFANCIA)		X	
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO (INFANCIA)		X	

	SI	NO
VOMITA TODO		X
CONVULSIONES		X

	SI	NO
INCONSCIENTE		X
LETÁRGICO		X

Educación en Signos Generales de Peligro	SI	NO
	X	

Canalización en Signos Generales de Peligro	SI	NO
		X

SALUD BUCAL

¿Nº DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 0

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0 X 1____ 2____ 3____ 4 o mas ____

¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA____ CEPILLO___ ENJUAGUE____ GASA X

SEDA ___ CUANTAS VECES 1____ 2____ 3____ 4 o más ____

OTRO, CUAL?____

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI X NO ____

RECUERDE

* Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartr del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
*Remoción de placa bacteriana: Semestral a partr de los 2 años hasta los 19 años.
*Aplicación de sellantes: a partr de los 3 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio)

Educación en Salud Bucal	SI	NO
	X	

Canalización en Salud Bucal	SI	NO
		X

INFECCION RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

	SI	NO
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?		X
Nº DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS		
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?		X
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES)		X
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?		X
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO?		X
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES?		X

	SI	NO
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR		X
Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO	38	
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA		X

FRECUENCIA RESPIRATORIA RAPIDA

MENOR DE 2 MESES:	MAYOR DE 60 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 2 MESES A 11 MESES:	MAYOR A 50 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	MAYOR A 40 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS:	MAYOR A 30 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 9 A 11 AÑOS:	MAYOR A 20 RESPIRACIONES POR MINUTO

Educación en IRA-TB-COVID19	SI	NO
	X	

Canalización en IRA-TB-COVID19	SI	NO
		X

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

	SI	NO
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?		X
Nº DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA		
¿HAY SANGRE EN LAS HECES?		X
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS		
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO		X

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACION	SI	NO
BOCA SECA		X
FONTANELA HUNDIDA		X
BEBE ÁVIDAMENTE		X
PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG		X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA YSIN VOMITO

Educación en EDA	SI	NO
	X	

Canalización en EDA	SI	NO
		X

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

	SI	NO
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?		X
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES		X
FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS		X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE.
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTES 3 MESES 2 AÑOS

Educación en FIEBRE	SI	NO
	X	

Canalización en FIEBRE	SI	NO
		X

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO — SI / NO

TOLDILLO CONVENCIONAL

TOLDILLO IMPREGNADO DE LARGA DURACIÓN

CEFALEA

SANGRADOS (Hemorragia nasal, encías o deposiciones)

Educación en DENGUE — SI / NO

Canalización en DENGUE — SI / NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ÚLTIMO AÑO — SI / NO

LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA — SI / NO

HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO — SI / NO

SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS — SI / NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN — SI / NO

LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA — SI / NO

LAS LESIONES CUTÁNEAS SON:

- REDONDEADAS
- BORDES ABULTADOS
- CENTRO GRANULOMATOSO
- LESIONES NODULARES
- LESIONES SATELITALES

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DEBE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNÓSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Educación en LEISHMANIASIS — SI / NO

Canalización en LEISHMANIASIS — SI / NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA — SI / NO

EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ — SI / NO

N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA

EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO — SI / NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES — SI / NO

DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ — SI / NO

EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO — SI / NO

EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO — SI / NO

Educación en CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS — SI / NO

Canalización en CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS — SI / NO

PROBLEMAS DE OÍDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OÍDO? — SI / NO

N° DE EPISODIOS PREVIOS

HACE CUÁNTOS DÍAS

TIENE SUPURACIÓN DE OÍDO — SI / NO

TUMEFACCIÓN/DOLOR ATRÁS DE LA OREJA — SI / NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO

NUTRICIÓN

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

- PALIDÉZ PALMAR — SI / NO
- PALIDÉZ CONJUNTIVAL — SI / NO
- EDEMA — SI / NO
- CARA DE LUNA LLENA — SI / NO
- ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER — SI / NO
- ANTECEDENTES DE PREMATUREZ (Inferior a 37 semanas) — SI / NO

PERÍMETRO BRAQUIAL

(TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

MEDIDA: N/A — EN CENTÍMETROS

Unicamanete para menores entre 6 meses a 5 años

PERÍMETRO BRAQUIAL MENOR A 11,5 CM, (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? — SI / NO

¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? — SI / NO

¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? (En meses): 3M

USO DE CHUPO O BIBERÓN — SI / NO

Unicamente para menores de 5 años

EL NIÑ@ COME SOL@ — SI / NO

CUÁNTAS COMIDAS TIENE EN EL DÍA 1___2___3___4___5___6___7___8 ó más___

CONSUME LOS SIGUIENTES ALIMENTOS

		CUANTAS PORCIONES AL DÍA
CARBOHIDRATOS (PASTA, AZÚCAR CEREAL, PAN , PAPA,ETC...)	SI / NO	1___2___3___4___5___6 ó más___
GRASAS (ACEITE, MANTEQUILLA, TOCINO, ETC..)	SI / NO	1___2___3___4___5___6 ó más___
PROTEÍNAS (CARNE, POLLO, PESCADO, HUEVOS)	SI / NO	1___2___3___4___5___6 ó más___
LÁCTEOS (LECHE, QUESO, YOGURT Y SUS DERIVADOS)	SI / NO	1___2___3___4___5___6 ó más___
VITAMINAS MINERALES Y FIBRA (FRUTAS Y VERDURAS)	SI / NO	1___2___3___4___5___6 ó más___
BEBIDAS ARTESANALES (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE)	SI / NO	1___2___3___4___5___6 ó más___
	¿CUÁL?	

Para los dos cursos de Vida (Primera Infancia e Infancia)

ESTÁ EN UN PROGRAMA DE RECUPERACION NUTRICIONAL — SI / NO — ¿CUÁL? _____

Educación en Nutrición — SI / NO

Canalización por Nutrición — SI / NO

VALORACIÓN FISICA Y SEGUIMIENTO

SIGNOS VITALES	PRIMERA VISITA	SEGUIMIENTO
FECHA VISITA		
Frecuencia Cardiaca (FC)	110	
Frecuencia Respiratoria (FR)	33	
Temperatura (T°)	37.1	
Talla (T)	64	
Peso (P)	3	
Indice de Masa Corporal (IMC)	17.1	
Perimetro Cefalico	43	

ENFLAQUECIMIENTO GRAVE: NO (EDEMA EN AMBOS PIES: NO) PALIDEZ PALMAR: NO.

DESVIACION ESTANDAR — TALLA / EDAD: 0 — PESO / TALLA: 0 — IMC / EDAD:(Mayores de 18 meses) 0

CLASIFICACION ESTADO NUTRICIONAL — ADECUADO: ____ DESNUTRICION AGUDA ____ ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER/ RCIU/PREMATUREZ: SI: ____ NO: X DESCONOCIDO: ____

RIESGO: ____ DNT GRAVE: ____ VALORACION DE LA CARA: CARA DE VIEJITA: ____ CARA DE LUNA LLENA: ____

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO: 0

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A , ZINC (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) — SI / NO

RECIBIO DESPARASITACION EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vi a, cada 6 meses) — SI / NO

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA		
MEDICINA GENERAL	1 MES 4-5 MESES 12-18 MESES	24-29 MESES 3 AÑOS 5 AÑOS
ENFERMERÍA	2-3 MESES 6-8 MESES 9-11 MESES	18-23 MESES 30-35 MESES 4 AÑOS

CONSULTAS PARA INFANCIA	
MEDICINA GENERAL	6,8 Y 10 AÑOS
ENFERMERÍA	7, 9 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	10 Y 13 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO

SALUD MENTAL

¿SU HIJ@ES MUY DESOBEDIENTE? — SI / NO

¿USTED ALGUNA VEZ PIERDE EL CONTROL Y LO GOLPEA? — SI / NO

¿USTED JUEGA CON SU HIJ@? — SI / NO

¿EL NIÑ@ SE BAÑA TODOS LOS DÍAS? — SI / NO

EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FÍSICAS: — SI / NO

- CICATRICES
- QUEMADURAS
- FRACTURAS INEXPLICABLES
- MARCAS DE MORDEDURAS
- QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR
- PROBLEMAS DE APETITO

EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS: — SI / NO

- TRISTEZA
- RETRAIMIENTO
- LLANTO FRECUENTE
- DEMANDA EXCESIVA ATENCION
- AGRESIVIDAD O MUCHA PASIVIDAD FRENTE A OTROS NIÑOS
- TEMOR A LOS PADRES O ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato — SI / NO

Canalización Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato — SI / NO

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

¿EXISTEN RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR? — SI / NO

CAIDAS ____ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCION ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ ¿CUAL? _____

EXPOSICION A PLAGUICIDAS — SI / NO

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) — SI / NO

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) — SI / NO

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar — SI / NO

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS | SI | NO

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON (X)SEGUN CORRESPONDA

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN			2 MESES			4 MESES			6 MESES		
BCG	SI	NO	POLIO	SI	NO	POLIO	SI	NO	PENTAVALENTE	SI	NO
HEPATITIS B	SI	NO	NEUMOCOCO	SI	NO	NEUMOCOCO	SI	NO	POLIO	SI	NO
7 MESES			ROTAVIRUS	SI	NO	ROTAVIRUS	SI	NO	INFLUENZA ESTACIONAL	SI	NO
2da DOSIS DE INFLUENZA	SI	NO	PENTAVALENTE	SI	NO	PENTAVALENTE	SI	NO			
			1 AÑO			18 MESES			5 AÑOS		
			SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)	SI	NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)	SI	NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)	SI	NO
			NEUMOCOCO	SI	NO	POLIO	SI	NO	POLIO	SI	NO
			VARICELA	SI	NO				SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)	SI	NO
			HEPATITIS A	SI	NO						
			FIEBRE AMARILLA	SI	NO						

COVID-19 A PARTIR DE 3 AÑOS		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO
Refuerzo (solo para menores con comorbilidades)	SI	NO

VPH		
Niñas a partir de los 9 años		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 23 MESES)	SI	NO
Refuerzo Sarampion Rubeola Mayores de 5 años	SI	NO

Educación en PAI	SI	NO
ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD	SI	NO
Canalización en PAI	SI	NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácti as de cuidado para la salud

	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA-CUIDADOR	EDUCACION AL CUIDADOR
Educar en pautas de cuidado y crianza positivas	PI-I		X
Promover prácticas que fav rezcan el sueño seguro de las niñas y niños menores de un año	PI-I		
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I	X	X
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Prot cción solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Promover hábitos y prácticas d cuidado bucal	PI-I	X	X
Educar para mantener la salud auditiva y omuniccativa	PI-I		
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I		
Promover activi ades y estrategias que fortalezcan las capacidades coognitivas.	PI-I		
Educar en la importancia del juego, la recreación y el ocio y sus beneficios en el desarroollo fisi co, cognitivo sicosocial.	PI-I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I		
Promover el cuidado a cuidadores	I		
Promover el fortalecimiento del tejido social	I		
Promover la prácti a regular del juego y la recreación grupal, como mecanismo de socialización y comunicación.	PI-I		
Promover la actividad física y el porte, acorde a la condición física, psic gica y social.	PI-I		
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I	X	
Educar en la identificac n de signos dede alarma y prácticas de man adecuado en casa de las enfermedades prevalentes de la infancia	PI-I		X
Educar en inocuidad y calidad de los alimentos con el fin de prevenir los riesgos vinculados.	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Educar en habilidades para la vida	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover la sana convivencia	PI-I		
Educar en prácticas de c idado y protección del ambiente	PI-I		
Educar para el mantenimiento de un ambiente seguro	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I	X	X

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor de 8meses de edad que no cuenta con eps nacida en el municipio madre quien no la ha registrado por que refiere que perdio su cedula se le indica que le esta vulnerando los derechos a la menor responsable de la fundacion en donde se realiza jornada refiere que la madre tiene ya ata programada en la registradoria, menor quien no ha estado enferma en los ultimos 15 dias signos vitales Acordes a desviacion estandar Acor de en la menor quien recibe solo lactancia materna.

INFORMACION GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: Natalia Vasquez Goio

EVALUADO POR — PIC: A — APS:

Firma de la Persona que recibe la visita: Mercedes C 79948 896

CONCURRENCIA AIEPI-IRA:

CONCURRENCIA PAI:

OTRO:

CUAL:

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT-79940618-1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD	Código: M-PDS-GESP-GPSP-FR- 053
	GESTION DE LA SALUD PÚBLICA	Versión: 03
	Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria	Fecha de aprobación: 07 / Marzo / 2022

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: ESE RSS. — N° FICHA

VEREDA O DIRECCIÓN: KR 27 E SGB 115 — FECHA (DD/MM/AÑO) ____/____/____ — MUNICIPIO: Soacha.

COMUNA/CORREGIMIENTO: Comuna 4 — TIPO DE USUARIO C__S__V__P__E__ NO AFILIADO__ — BARRIO: Luis Carlos Galan — ASEGURADOR: Famisanar

Educación en Aseguramiento: SI X | NO

Canalización en Aseguramiento: SI | NO X

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Andres Moreno Quintana

JARDIN/HCB: — MENOR ESCOLARIZADO: SI | NO X | NO APLICA — GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | 1ERO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO — CUAL? E - Inicial

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO) 23/3/20 — EDAD: AÑOS 2 MESES 10 DÍAS

GÉNERO: F | X — OTRO CUAL?____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC__ TI__ MENOR SIN IDENTIFICACIÓN____ OTRO:____ CÚAL?____ NÚMERO: 1242689669

Canalización por Identificación: SI | NO X

PROCEDENCIA: URBANA X | RURAL | RURAL DISPERSO | CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI | NO X — POBLACIÓN VULNERABLE: SI | NO X — MENOR EN CONDICION DE DISCAPACIDAD: SI | NO X

PALENQUERO | ROM/GITANO | AFRO | RAIZAL | INDÍGENA | OTRO — CÚAL? ____

MENOR ABANDONADO | HABITANTE DE CALLE | VICTIMA CONFLICTO ARMADO | DESMOVILIZADO | DESPLAZADO | INMIGRANTE | OTRO — CÚAL? ____

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI | NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI | NO

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión).
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (ósea artic lar, muscular y/o nervioso).
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas yaea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje.
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales.
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas.

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Iris Quintana — PARENTESCO: Mamá — DIRECCIÓN: cl 59 73 Ps 2 — TELÉFONO: 3153384866

EVALUACIÓN REALIZADA: PRIMERA VEZ X | SEGUIMIENTO

ESPECIFIQUE PORQUE ES EL SEGUIMIENTO

SIGNOS DE PELIGRO	EDA	CÁNCER INFANTIL	VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD (CYD)	PAI	
SALUD BUCAL	DENGUE	PROBLEMAS DE OÍDO	SALUD MENTAL	OTRO PROGRAMA	
INFECCIÓN RESPIRATORIA- TUBERCULOSIS-COVID 19	LEISHMANIA	NUTRICIÓN	ASEGURAMIENTO	CÚAL?	

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACION MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI | NO X

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO (PRIMERA INFANCIA)	SI	NO X	NO APLICA	VOMITA TODO	SI	NO X	INCONSCIENTE: SI	NO X
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO (INFANCIA)	SI	NO X	NO APLICA	CONVULSIONES	SI	NO	LETÁRGICO: SI	NO X

Educación en Signos Generales de Peligro: SI X | NO

Canalización en Signos Generales de Peligro: SI | NO X

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 0

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0____ 1____ 2 X 3____ 4 o más____

¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA X — CEPILLO X — ENJUAGUE____ — GASA____

SEDA____ CUANTAS VECES 1____ 2____ 3____ 4 o más____

OTRO, CUAL?____

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI X NO____

RECUERDE
* Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
*Remoción de placa bacteriana: Semestral a partir de los 2 años hasta los 19 años.
*Aplicación de sellantes: a parti de los 3 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio)

Educación en Salud Bucal: SI X | NO

Canalización en Salud Bucal: SI | NO X

INFECCIÓN RESPIRATORIA- TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?	SI X	NO
N° DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS	Solos	
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?	SI	NO X
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNIALES)	SI	NO X
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?	SI	NO X
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO?	SI	NO X
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES?	SI	NO X

RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR: SI | NO X
Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO: 29
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA: SI | NO X

FRECUENCIA RESPIRATORIA RÁPIDA

MENOR DE 2 MESES:	MAYOR DE 60 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 2 MESES A 11 MESES:	MAYOR A 50 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	MAYOR A 40 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS:	MAYOR A 30 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 9 A 11 AÑOS:	MAYOR A 20 RESPIRACIONES POR MINUTO

Educación en IRA-TB-COVID19: SI X | NO

Canalización en IRA-TB-COVID19: SI | NO X

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?	SI	NO X
N° DE DÍAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA		
¿HAY SANGRE EN LAS HECES?	SI	NO X
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS		
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO	SI	NO X

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN		
	SI	NO X
BOCA SECA	SI	NO X
FONTANELA HUNDIDA	SI	NO X
BEBE ÁVIDAMENTE	SI	NO X
PLIEGUE CUTÁNEO- MAYOR 2 SEG	SI	NO X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA YSIN VOMITO

Educación en EDA: SI X | NO

Canalización en EDA: SI | NO X

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?	SI	NO X
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES	SI	NO X
FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS	SI	NO X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE:
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTES 3 MESES 2 AÑOS

Educación en FIEBRE: SI X | NO

Canalización en FIEBRE: SI X | NO

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518-1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 660 4347

Powered by CamScanner

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS Ú LTIMOS 15 DÍAS — SI / NO

SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES — SI / NO

TIENE DEPOSITOS DE AGUA — SI / NO

A. SIN TAPA — SI / NO

B. CON PRESENCIA DE LARVAS — SI / NO

EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO — SI / NO

TOLDILLO CONVENCIONAL

TOLDILLO IMPREGNADO DE LARGA DURACIÓN

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS:

DOLOR RETRO-OCULAR

MIALGIAS

ARTRALGIAS

CEFALEA

DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO

SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Canalización en DENGUE — SI / NO

Educación en DENGUE — SI / NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ÚLTIMO AÑO — SI / NO

LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA — SI / NO

HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO — SI / NO

SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS — SI / NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN — SI / NO

LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA — SI / NO

LAS LESIONES CUTÁNEAS SON:

REDONDEADAS

BORDES ABULTADOS

CENTRO GRANULOMATOSO

LESIONES NODULARES

LESIONES SATELITALES

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DEBE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNÓSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Canalización en LEISHMANIASIS — SI / NO

Educación en LEISHMANIASIS — SI / NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA — SI / NO

EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ — SI / NO

N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA

EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO — SI / NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES — SI / NO

DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ — SI / NO

EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO — SI / NO

EN LOS ULTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO — SI / NO

Canalización en CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS — SI / NO

Educación en CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS — SI / NO

PROBLEMAS DE OÍDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OÍDO? — SI / NO

TIENE SUPURACIÓN DE OÍDO — SI / NO

N° DE EPISODIOS PREVIOS

HACE CUÁNTOS DÍAS

TUMEFACCIÓN/DOLOR ATRÁS DE LA OREJA — SI / NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO

PAGINA 1 DE 2

NUTRICION

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

PALIDEZ PALMAR — SI / NO

PALIDEZ CONJUNTIVAL — SI / NO

EDEMA — SI / NO

CARA DE LUNA LLENA — SI / NO

ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER — SI / NO

ANTECEDENTES DE PREMATUREZ (Inferior a 37 se manas) — SI / NO

PERÍMETRO BRAQUIAL

(TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

MEDIDA: 16 EN CENTÍMETROS

Unicamanete para menores entre 6 mesos a 5 años

PERÍMETRO BRAQUIAL MENOR A 11,5 CM. (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? — SI / NO

¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? — SI / NO

¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? (En meses): 6M

USO DE CHUPO O BIBERON — SI / NO

Unicamente para menores de 5 años

EL NIÑ@ COME SOL@ — SI / NO

CÚANTAS COMIDAS TIENE EN EL DÍA 1 2 3 4 5 6 7 8 ó más

CONSUME LOS SIGUIENTES ALIMENTOS — CUANTAS PORCIONES AL DÍA

	SI / NO	PORCIONES AL DÍA
CARBOHIDRATOS (PASTA, AZÚCAR CEREAL, PAN , PAPA,ETC...)	SI	1 2 3 4 5 6 ó más
GRASAS (ACEITE, MANTEQUILLA, T OCINO, ETC..)	NO	1 2 3 4 5 6 ó más
PROTEÍNAS (CARNE, POLLO, PESCAD O, HUEVOS)	SI	1 2 3 4 5 6 ó más
LÁCTEOS (LECHE, QUESO, YOGURT Y SUS DERIVADOS)	SI	1 2 3 4 5 6 ó más
VITAMINAS MINERALES Y FIBRA (FRUTAS Y VERDURAS)	NO	1 2 3 4 5 6 ó más
BEBIDAS ARTESANALES (CHICHA, MASAT O, GUARAPO, CHIRINCHE)	SI / NO	1 2 3 4 5 6 ó más
	¿CUÁL?	

Para los dos cursos de Vida (Primera Infancia e Infancia)

ESTÁ EN UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL — SI / NO — ¿CUÁL?

Canalización por Nutrición — SI / NO

Educación en Nutrición — SI / NO

VALORACIÓN FÍSICA Y SEGUIMIENTO

SIGNOS VITALES	PRIMERA VISITA	SEGUIMIENTO
FECHA VISITA	07	
Frecuencia Cardiaca (FC)	29	
Frecuencia Respiratoria (FR)	36.3	
Temperatura (T°)	89	
Talla (T)	11	
Peso (P)	13.9	
Indice de Masa Corporal (IMC)	48	
Perimetro Cefalico		

ENFLAQUECIMIENTO GRAVE: NO — EDEMA EN AMBOS PIES: NO — PALIDEZ PALMAR: NO

DESVIACIÓN ESTANDAR — TALLA / EDAD: −1 — PESO / TALLA: −1 — IMC / EDAD (Mayores de 18 meses): −1

CLASIFICACION ESTADO NUTRICIONAL — ADECUADO: — DESNUTRICION AGUDA: — ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER/ RCIU/PREMATUREZ: SI: NO: DESCONOCIDO:

RIESGO: X — DNT GRAVE: — VALORACION DE LA CARA: CARA DE VIEJITA: CARA DE LUNA LLENA:

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO: 0

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A , ZINC (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) — SI / NO

RECIBIÓ DESPARASITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses) — SI / NO

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA		
MEDICINA GENERAL	1 MES 4-5 MESES 12-18 MESES	24-29 MESES 3 AÑOS 5 AÑOS
ENFERMERÍA	2-3 MESES 6-8 MESES 9-11 MESES	18-23 MESES 30-35 MESES 4 AÑOS

CONSULTAS PARA INFANCIA	
MEDICINA GENERAL	6,8 Y 10 AÑOS
ENFERMERÍA	7, 9 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	10 Y 13 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO

SALUD MENTAL

¿SU HIJ@ES MUY DESOBEDIENTE? — SI / NO

¿USTED ALGUNA VEZ PIERDE EL CONTROL Y LO GOLPEA? — SI / NO

¿USTED JUEGA CON SU HIJ@? — SI / NO

¿EL NIÑ@ SE BAÑA TODOS LOS DÍAS? — SI / NO

EL NIÑ@PRESENTA SEÑALES FÍSICAS: — SI / NO

CICATRICES

QUEMADURAS

FRACTURAS INEXPLICABLES

MARCAS DE MORDEDURAS

QUEJAS CRONICAS DE DOLOR

PROBLEMAS DE APETITO

EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS: — SI / NO

TRISTEZA

RETRAIMIENTO

LLANTO FRECUENTE

DEMANDA EXCESIVA ATENCION

AGRESIVIDAD O MUCHA PASIVIDAD FRENTE A OTROS NIÑOS

TEMOR A LOS PADRES O ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA

DE NO TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Canalización Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato — SI / NO

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato — SI / NO

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

¿EXISTEN RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR? — SI / NO

CAÍDAS ____ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCIÓN ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ ¿CUAL?

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS — SI / NO

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) — SI / NO

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) — SI / NO

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar — SI / NO

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79 [illegible] 4315 - 3[illegible] 4347

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140618-1 TELÉFONO 812 4315 - 310 580 4347

Powered by CamScanner

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS: SI ✗ NO

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACION MARQUE CON (✓) SEGÚN CORRESPONDA

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION PAI

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACION DEL HOSPITAL MUNICIPAL

BCG	SI ✗	NO
HEPATITIS B	SI ✗	NO
2da DOSIS DE INFLUENZA	SI ✗	NO

2 MESES: POLIO SI ✗ NO; NEUMOCOCO SI ✗ NO; ROTAVIRUS SI ✗ NO; PENTAVALENTE SI ✗ NO

4 MESES: POLIO SI ✗ NO; NEUMOCOCO SI ✗ NO; ROTAVIRUS SI ✗ NO; PENTAVALENTE SI ✗ NO

6 MESES: PENTAVALENTE SI ✗ NO; POLIO SI ✗ NO; INFLUENZA ESTACIONAL SI ✗ NO

7 MESES

1 AÑO: SRP(Sarampion Rubeola, Paperas) SI ✗ NO; NEUMOCOCO SI ✗ NO; VARICELA SI ✗ NO; HEPATITIS A SI ✗ NO; FIEBRE AMARILLA SI ✗ NO

18 MESES: DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) SI ✗ NO; POLIO SI ✗ NO

5 AÑOS: DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) SI ✗ NO; POLIO SI ✗ NO; SRP(Sarampion Rubeola, Paperas) SI ✗ NO

Educacion en PAI: SI ✗ NO

COVID-19 A PARTIR DE 5 AÑOS

1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO
Refuerzo (solo para inmunosuprimidos)	SI	NO

VPH

Niñas a partir de los 9 años		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 23 MESES): SI NO

Refuerzos Sarampion Rubeola Mayores de 5 años: SI NO

ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA LA EDAD: SI ✓ NO

Canalización en PAI: SI NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de práctic as de cuidado para la salud

	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA-CUIDADOR	EDUCACION AL CUIDADOR
Educar en hábitos de cuidado y crianza positivas	PI-I		Y
Promover prácticas que fav rezcan el sueño seguro de los niños menores de un año	PI-I	λ	
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I		Y
Educar para la prevención de los efectos nocivos del cambio climático (Prot cción solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I	λ	
Promover hábitos y prácticas d cuidado bucal	PI-I		λ
Educar para mantener la salud auditiva a inmunización	PI-I		
Educar para mantener la salud v ergonomía visual y postural	PI-I		
Promover activ dades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas.	PI-I		
Educar en la importancia del juego, la recreación y el ocio y sus beneficios en el desarrollo físi co, cognitivo socioafectivo.	PI-I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I		
Promover el cuidado a cuidadores	I		
Promover el fortalecimiento del tejido social	I		
Promover la práctic a regular del juego y la recreación grupal, como mecanismo de socialización y comunicación.	PI-I		
Promover la actividad física y d porte, acorde a la condición física, mec gica y social.	PI-I		
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I	M	
Educar en la identificac n de signos de alarma y prácticas de man ejo inicial en casa de las enfermedades prevalentes de la infancia	PI-I		X
Educar en inocuidad y calidad de los alimentos con el fin de prevenir los riesgos asociados.	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Educar en habilidades para la vida	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover la sana convivencia	PI-I		
Educar en practicas de c idado y protección del ambiente	PI-I		
Educar para el mantenimiento de un ambiente seguro	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I	A	A

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor de 2años y 10meses que Cuenta Con Afiliacion A la EPS, no cuenta Con Valoraciones odontologicas, no ha estado enfermo en los ultimos 15 dias, menor no Cuenta Con antecedentes de Prematurez menor que recibio Lactancia Materna exclusiva, se toman Signos vitales que esta en parametros normales, se toman Medidas Antropometricas Con desviacion estandar de Peso/Talla en -1 se canaliza Menor.

INFORMACION GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: Natalia Vasquez Ecaio

Firma de la Persona que recibe la visita: 5268441

EVALUADO POR: PIC X; APS

CONCURRENCIA AIEPI-IRA; CONCURRENCIA PAI

OTRO; CUAL:

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518-1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 580 4347

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD	Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR- 053
GESTION DE LA SALUD PÚBLICA	Versión: 03
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria	Fecha de aprobación: 07 / Marzo / 2022

DATOS BÁSICOS

INSTITUCION: ESE RSS — Nº FICHA

VEREDA O DIRECCIÓN: KR 27E 56B 115 — FECHA (DD/MM/AÑO) ____/____/____ — MUNICIPIO: Soacha

COMUNA/CORREGIMIENTO: Comuna 4 — TIPO DE USUARIO C__ S__ V__ P__ E__ NO AFILIADO__ — ASEGURADOR: ninguna.

BARRIO: Luis Carlos Galan.

Educación en Aseguramiento		NO
	X	

Canalización en Aseguramiento	SI	NO
	X	

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Angelus Dalexa Aguilar Torres — FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO) 27,01,18 — EDAD: AÑOS 5 MESES ____ DÍAS ____

MENOR ESCOLARIZADO		NO	NO APLICA
	X		

JARDIN/HCB: ____ — GRADO DE ESCOLARIDAD

TRANS	1ERO	2DO	3ERO	4TO	5TO	6TO	OTRO
X							

CUAL? ____

GÉNERO

F	M
X	

OTRO CUAL? ____ — RC__ TI__ — MENOR SIN IDENTIFICACIÓN____ — DOCUMENTO DE IDENTIDAD — OTRO:____ CÚAL? Acta. NÚMERO: 111.

Canalización por Identif ación	SI	NO
		X

PROCEDENCIA: URBANA X — RURAL ____ — RURAL DISPERSO ____ — CENTRO POBLADO ____

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ETNICO: SI X

POBLACIÓN VULNERABLE: X NO

MENOR EN CONDICION DE DISCAPACIDAD: SI NO X

PALENQUERO	
ROM/GITANO	
AFRO	
RAIZAL	
INDÍGENA	
OTRO	

CUÁL? ____

MENOR ABANDONADO	
HABITANTE DE CALLE	
VICTIMA CONFLICTO ARMADO	
DESMOVILIZADO	
DESPLAZADO	
INMIGRANTE	X
OTRO	

CUÁL? ____

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI NO X

CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI NO X

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión)	
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (ósea artic lar, muscular y/o nervioso)	
COGNITIVA: dificultad de las funciones coggnitivas yaea entrada, elaboracion y respuesta del aprendizaje	
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales	
AUDITIVA: Alteracion de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas	

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Keila Torres — PARENTESCO: Madre — DIRECCIÓN: KR 26c ESG A 41 — TELÉFONO 3240050315

EVALUACIÓN REALIZADA: PRIMERA VEZ X — SEGUIMIENTO ____

ESPECIFIQUE PORQUE ES EL SEGUIMIENTO

SIGNOS DE PELIGRO		EDA		CÁNCER INFANTIL		VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD (CYD)		PAI	
SALUD BUCAL		DENGUE		PROBLEMAS DE OIDO		SALUD MENTAL		OTRO PROGRAMA	
INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19		LEISHMANIA		NUTRICIÓN		ASEGURAMIENTO		CUÁL?	

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACION MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI NO X

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO (PRIMERA INFANCIA)	SI	NO X	NO APLICA	VOMITA TODO	SI	NO X	INCONSCIENTE	SI	NO X
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO (INFANCIA)	SI	NO X	NO APLICA	CONVULSIONES	SI	NO X	LETÁRGICO	SI	NO X

Educación en Signos Generales de Peligro		NO
	X	

Canalización en Signos Generales de Peligro	SI	NO
		X

SALUD BUCAL

¿Nº DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 0

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DIA? 0____ 1____ 2 X 3____ 4 o mas ____

¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA X CEPILLO X ENJUAGUE____ GASA____

SEDA ____ CUANTAS VECES 1____ 2____ 3____ 4 o más____

OTRO, CUAL?____

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI X NO ____

RECUERDE

* Consultas de Odontología Semestral a partr de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartr del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
*Remoción de placa bacteriana: Semestral a partr de los 2 años hasta los 19 años.
*Aplicación de sellantes: a partr de los 3 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio)

Educación en Salud Bucal		NO
	X	

Canalización en Salud Bucal	SI	NO
		X

INFECCION RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?	SI	NO X
Nº DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS		
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?	SI	NO X
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES)	SI	NO X
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?	SI	NO X
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO?	SI	NO X
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES?	SI	NO X

RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR	SI	NO X
Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO	24	
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA	SI	NO X

FRECUENCIA RESPIRATORIA RAPIDA

MENOR DE 2 MESES:	MAYOR DE 60 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 2 MESES A 11 MESES:	MAYOR A 50 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	MAYOR A 40 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS:	MAYOR A 30 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 9 A 11 AÑOS:	MAYOR A 20 RESPIRACIONES POR MINUTO

Educación en IRA-TB-COVID19		NO
	X	

Canalización en IRA-TB-COVID19	SI	NO
		X

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?	SI	NO X
Nº DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA		
¿HAY SANGRE EN LAS HECES?	SI	NO X
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS		
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO	SI	NO X

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACION	SI	NO
BOCA SECA	SI	NO X
FONTANELA HUNDIDA	SI	NO X
BEBE ÁVIDAMENTE	SI	NO X
PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG	SI	NO X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

Educación en EDA	SI	NO
	X	

Canalización en EDA	SI	NO
		X

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?	SI	NO X
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES	SI	NO X
FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS	SI	NO X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE.
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTES 3 MESES 2 AÑOS

Educación en FIEBRE	SI	NO
	X	

Canalización en FIEBRE	SI	NO
		X

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

DENGUE

VIVE O VISITO ZONA ENDEMICA EN LOS ULTIMOS 15 DIAS — SI / NO

SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES — SI / NO

TIENE DEPOSITOS DE AGUA — SI / NO
A. SIN TAPA — SI / NO
B. CON PRESENCIA DE LARVAS — SI / NO
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO — SI / NO

TOLDILLO CONVENCIONAL ☐ — TOLDILLO IMPREGNADO DE LARGA DURACION ☐

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: — SI

- DOLOR RETRO-OCULAR ☐
- MIALGIAS ☐
- ARTRALGIAS ☐
- CEFALEA ☐
- DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO ☐
- SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición) ☐

Educación en DENGUE — SI / NO

Canalización en DENGUE — SI / NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ÚLTIMO AÑO — SI / NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA — SI / NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO — SI / NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS — SI / NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCION — SI / NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA — SI / NO

LAS LESIONES CUTÁNEAS SON:

- REDONDEADAS ☐
- BORDES ABULTADOS ☐
- CENTRO GRANULOMATOSO ☐
- LESIONES NODULARES ☐
- LESIONES SATELITALES ☐

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DEBE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNÓSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Educación en LEISHMANIASIS — SI / NO

Canalización en LEISHMANIASIS — SI / NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA — SI / NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ — SI / NO
N° DE DIAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO — SI / NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES — SI / NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ — SI / NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO — SI / NO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO — SI / NO

Educación en CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS — SI / NO

Canalización en CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS — SI / NO

PROBLEMAS DE OÍDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OÍDO? — SI / NO
N° DE EPISODIOS PREVIOS
HACE CUÁNTOS DÍAS
TIENE SUPURACIÓN DE OÍDO — SI / NO
TUMEFACCION/DOLOR ATRÁS DE LA OREJA — SI / NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO

PAGINA 1 DE 2

NUTRICIÓN

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

- PALIDEZ PALMAR — SI / NO
- PALIDEZ CONJUNTIVAL — SI / NO
- EDEMA — SI / NO
- CARA DE LUNA LLENA — SI / NO
- ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER — SI / NO
- ANTECEDENTES DE PREMATUREZ (Inferior a 37 semanas) — SI / NO

PERÍMETRO BRAQUIAL (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

MEDIDA 16. EN CENTÍMETROS

Unicamanete para menores entre 6 meses a 5 años

PERÍMETRO BRAQUIAL MENOR A 11,5 CM, (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? — SI / NO
¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? — SI / NO
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? (En meses) — GN
USO DE CHUPO O BIBERÓN — SI / NO

Unicamente para menores de 5 años

EL NIÑ@ COME SOL@ — SI / NO

CUÁNTAS COMIDAS TIENE EN EL DÍA 1 2 3 4 5 6 7 8 ó más

CONSUME LOS SIGUIENTES ALIMENTOS

		CUANTAS PORCIONES AL DÍA
CARBOHIDRATOS (PASTA, AZÚCAR CEREAL, PAN , PAPA,ETC...)	SI	1 2 3 4 5 6 ó más
GRASAS (ACEITE, MANTEQUILLA, TOCINO, ETC..)	NO	1 2 3 4 5 6 ó más
PROTEÍNAS (CARNE, POLLO, PESCADO, HUEVOS)	NO	1 2 3 4 5 6 ó más
LÁCTEOS (LECHE, QUESO, YOGURT Y SUS DERIVADOS)	NO	1 2 3 4 5 6 ó más
VITAMINAS MINERALES Y FIBRA (FRUTAS Y VERDURAS)	NO	1 2 3 4 5 6 ó más
BEBIDAS ARTESANALES (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE)	SI / NO	1 2 3 4 5 6 ó más
	¿CUÁL?	

Para los dos cursos de Vida (Primera Infancia e Infancia)

ESTÁ EN UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL — SI / NO — ¿CUÁL? _____

Educación en Nutrición — SI / NO

Canalización por Nutrición — SI / NO

VALORACIÓN FISICA Y SEGUIMIENTO

SIGNOS VITALES	PRIMERA VISITA	SEGUIMIENTO
FECHA VISITA		
Frecuencia Cardiaca (FC)	90	
Frecuencia Respiratoria (FR)	24	
Temperatura (T°)	36.1	
Talla (T)	105cm.	
Peso (P)	18	
Indice de Masa Corporal (IMC)	16.3	
Perimetro Cefalico	51	

ENFLAQUECIMIENTO GRAVE: NO — EDEMA EN AMBOS PIES: NO — PALIDEZ PALMAR: NO

DESVIACIÓN ESTANDAR TALLA / EDAD: 0 — PESO / TALLA: -1 a 0 — IMC / EDAD:(Mayores de 18 meses) -1 a 0.

CLASIFICACION ESTADO NUTRICIONAL
ADECUADO: _____ DESNUTRICION AGUDA _____ ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER/ RCIU/PREMATUREZ: SI: ___ NO: X DESCONOCIDO: ___
RIESGO: X DNT GRAVE: _____ VALORACION DE LA CARA: CARA DE VIEJITA: ___ CARA DE LUNA LLENA: ___

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE V ALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INF ANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO: 0

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A , ZINC (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) — SI / NO

RECIBIÓ DESPARASITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vi a, cada 6 meses) — SI / NO

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA		
MEDICINA GENERAL	1 MES 4-5 MESES 12-18 MESES	24-29 MESES 3 AÑOS 5 AÑOS
ENFERMERÍA	2-3 MESES 6-8 MESES 9-11 MESES	18-23 MESES 30-35 MESES 4 AÑOS

CONSULTAS PARA INFANCIA	
MEDICINA GENERAL	6,8 Y 10 AÑOS
ENFERMERÍA	7, 9 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	10 Y 13 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO

SALUD MENTAL

¿SU HIJ@ES MUY DESOBEDIENTE? — SI / NO
¿USTED ALGUNA VEZ PIERDE EL CONTROL Y LO GOLPEA? — SI / NO
¿USTED JUEGA CON SU HIJ@? — SI / NO
¿EL NIÑ@ SE BAÑA TODOS LOS DÍAS? — SI / NO

EL NIÑ@PRESENTA SEÑALES FÍSICAS: — SI / NO

- CICATRICES
- QUEMADURAS
- FRACTURAS INEXPLICABLES
- MARCAS DE MORDEDURAS
- QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR
- PROBLEMAS DE APETITO

EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS: — SI / NO

- TRISTEZA
- RETRAIMIENTO
- LLANTO FRECUENTE
- DEMANDA EXCESIVA ATENCIÓN
- AGRESIVIDAD O MUCHA PASIVIDAD FRENTE A OTROS NIÑOS
- TEMOR A LOS PADRES O ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato — SI / NO

Canalización Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato — SI / NO

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

¿EXISTEN RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR? — SI / NO

CAIDAS ____ INTOXICACIONES ____ QUEMADURAS ____ ELECTROCUCION ____ ASFIXIA ____ AHOGAMIENTO ____ TRANSITO ____ OTRO ____ ¿CUAL? _____

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS — SI / NO
EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) — SI / NO

EXPOSICION INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) — SI / NO

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar — SI / NO

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS	SI	NO
	X	

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON (X) SEGÚN CORRESPONDA

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN			2 MESES			4 MESES			6 MESES		
BCG	SI	NO	POLIO		NO	POLIO		NO	PENTAVALENTE		NO
HEPATITIS B		NO	NEUMOCOCO		NO	NEUMOCOCO		NO	POLIO		NO
7 MESES			ROTAVIRUS		NO	ROTAVIRUS		NO	INFLUENZA ESTACIONAL		NO
2da DOSIS DE INFLUENZA		NO	PENTAVALENTE		NO	PENTAVALENTE		NO	5 AÑOS		
			1 AÑO			18 MESES			DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)		NO
			SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)		NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)		NO	POLIO		NO
			NEUMOCOCO		NO	POLIO		NO	SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)		NO
			VARICELA		NO						
			HEPATITIS A		NO						
			FIEBRE AMARILLA		NO						

COVID-19 A PARTIR DE 3 AÑOS		
1ra Dosis		NO
2da Dosis		NO
Refuerzo (solo para menores con comorbilidades)		NO

VPH		
Niñas a partir de los 9 años		
1ra Dosis		NO
2da Dosis		NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 23 MESES)		
		NO

Refuerzo Sarampion Rubeola Mayores de 5 años		
		NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD		
		NO

Educación en PAI		
		NO

Canalización en PAI		
		NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácti as de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR	EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Educar en pautas de cuidado y crianza positivas	PI-I		
Promover prácticas que fav rezcan el sueño seguro de las niñas y niños menores de un año	PI-I		
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I		
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Prot ción solar, consumo de liquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Promover hábitos y prácticas d cuidado bucal	PI-I		
Educar para mantener la salud auditiva y omunicativa	PI-I		
Educar para mantener la salud y ergonomia visual y postural	PI-I		
Promover activi ades y estrategias que fortalezcan las capacidades coognitivas.	PI-I		
Educar en la importancia del juego, la recreación y el ocio y sus beneficios en el desarroollo fisi co, cognitivo sicosocial.	PI-I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I		
Promover el cuidado a cuidadores	I		
Promover el fortalecimiento del tejido social	I		
Promover la práctica regular del juego y la recreación grupal, como mecanismo de socialización y comunicación.	PI-I		
Promover la actividad fisica y el porte, acorde a la condición fisica, psic gica y social.	PI-I	X	
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I		X
Educar en la identificac n de signos dede alarma y prácticas de man adecuado en casa de las enfermedades prevalentes de la infancia	PI-I		
Educar en inocuidad y calidad de los alimentos con el fin de prevenir los riesgos vinculados.	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Educar en habilidades para la vida	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover la sana convivencia	PI-I		
Educar en prácticas de c idado y protección del ambiente	PI-I		X
Educar para el mantenimiento de un ambiente seguro	PI-I	X	
Promover el ejercicio del derecho a la salud			

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor de 5años de edad Migrante Venezolano que no cuenta con AFiliacion a ninguna EPS por la cual menor no cuenta con el esquema de atenciones de la ruta en la infancia, menor que no ha estado enfermo en los ultimos 15 dias, menor quien no cuenta con antecedentes de. Prematurez, ni bajo peso al nacer, se toman signos vitales estan acordes, desviacion estandar. con P/T en Riesgo, se Canaliza Menor.

INFORMACION GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: Natalia Vasquez Soto

Firma de la Persona que recibe la visita: 23.411854

EVALUADO POR: PIC X; APS

CONCURRENCIA AIEPI-IRA

CONCURRENCIA PAI

OTRO

CUAL:

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518-1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD	Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR- 053
GESTION DE LA SALUD PÚBLICA	Versión: 03
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria	Fecha de aprobación: 07 / Marzo / 2022

DATOS BÁSICOS

Nº FICHA

INSTITUCIÓN: ESE RSS — FECHA (DD/MM/AÑO) ____/____/____ — MUNICIPIO: Soacha

VEREDA Ó DIRECCIÓN: Kr 27E 56B 115 — TIPO DE USUARIO C__ S__ V__ P__ I__ NO AFILIADO__ — ASEGURADOR Capital salud

COMUNA/CORREGIMIENTO: Comuna 4. — BARRIO: los carlos Galan.

Educación en Aseguramiento	SI	NO
	X	

Canalización en Aseguramiento	SI	NO
		X

NOMBRES Y APELLIDOS: Jos Manuel Diaz Torres — FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO) 3,10,22 — EDAD: AÑOS ___ MESES 4 DÍAS ___

MENOR ESCOLARIZADO: SI | NO | NO APLICA — GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | 1ERO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO — CUAL?_____

JARDIN/HCB:

GÉNERO: F | M X — OTRO CUAL?_____ — RC X TI___ — MENOR SIN IDENTIFICACIÓN____ — OTRO:____ CÚAL?_____ — NÚMERO: 1024614100

Canalización por Identif icación	SI	NO
		X

PROCEDENCIA: URBANA X — RURAL — RURAL DISPERSO — CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI X — POBLACIÓN VULNERABLE: SI NO X — MENOR EN CONDICION DE DISCAPACIDAD: SI NO X

- PALENQUERO
- ROM/GITANO
- AFRO
- RAIZAL
- INDÍGENA
- OTRO — CUAL?_____

- MENOR ABANDONADO
- HABITANTE DE CALLE
- VICTIMA CONFLICTO ARMADO
- DESMOVILIZADO
- DESPLAZADO
- INMIGRANTE
- OTRO — CÚAL?_____

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI NO X

CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI NO X

- VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión)
- MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (ósea artic lar, muscular y/o nervioso)
- COGNITIVA: dificultad de las funciones coggnitivas ysea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje
- MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales
- AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Kela Torres — PARENTESCO: madre. — DIRECCIÓN Kr 26c E 56A 41 — TELÉFONO 3246056985

EVALUACIÓN REALIZADA: PRIMERA VEZ X — SEGUIMIENTO

ESPECIFIQUE PORQUE ES EL SEGUIMIENTO

SIGNOS DE PELIGRO		EDA		CÁNCER INFANTIL		VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD (CYD)		PAI	
SALUD BUCAL		DENGUE		PROBLEMAS DE OÍDO		SALUD MENTAL		OTRO PROGRAMA	
INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19		LEISHMANIA		NUTRICIÓN		ASEGURAMIENTO		CUÁL?	

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACION MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI | NO X

NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO (PRIMERA INFANCIA)	SI	NO X	NO APLICA	VOMITA TODO	SI	NO X	INCONSCIENTE	SI	NO X
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO (INFANCIA)	SI	NO X	NO APLICA	CONVULSIONES	SI	NO X	LETARGICO	SI	NO X

Educación en Signos Generales de Peligro	SI	NO
	X	

Canalización en Signos Generales de Peligro	SI	NO
		X

SALUD BUCAL

¿Nº DE VALORACIONES ODONTOLOGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 0

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DIA? 0 X 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 o más ____

¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA____ CEPILLO___ ENJUAGUE____ GASA____

SEDA ___ CUANTAS VECES 1____ 2____ 3____ 4 o más____

OTRO, CUAL?_____

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI X NO ____

RECUERDE

* Consultas de Odontología Semestral a partr de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartr del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
*Remoción de placa bacteriana: Semestral a partr de los 2 años hasta los 19 años.
*Aplicación de sellantes: a partí de los 3 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio)

Educación en Salud Bucal	SI	NO
	X	

Canalización en Salud Bucal	SI	NO
		X

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?	SI	NO X
Nº DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS		
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?	SI	NO X
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES)	SI	NO X
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?	SI	NO X
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO?	SI	NO X
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES?	SI	NO X

RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR	SI	NO X
Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO	33	
TIENE RESPIRACION RAPIDA	SI	NO X

FRECUENCIA RESPIRATORIA RÁPIDA

MENOR DE 2 MESES:	MAYOR DE 60 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 2 MESES A 11 MESES:	MAYOR A 50 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	MAYOR A 40 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS:	MAYOR A 30 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 9 A 11 AÑOS:	MAYOR A 20 RESPIRACIONES POR MINUTO

Educación en IRA-TB-COVID19	SI	NO
	X	

Canalización en IRA-TB-COVID19	SI	NO
		X

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?	SI	NO X
Nº DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA		
¿HAY SANGRE EN LAS HECES?	SI	NO X
NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS		
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO	SI	NO X

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACION	SI	NO
		X
BOCA SECA	SI	NO X
FONTANELA HUNDIDA	SI	NO X
BEBE ÁVIDAMENTE	SI	NO X
PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG	SI	NO X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

Educación en EDA	SI	NO
	X	

Canalización en EDA	SI	NO
		X

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?	SI	NO X
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES	SI	NO X
FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS	SI	NO X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE.
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES 2 AÑOS

Educación en FIEBRE	SI	NO
	X	

Canalización en FIEBRE	SI	NO
		X

IMPRESO POR IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT. 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

SALUD DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES — SI / NO

TIENE DEPOSITOS DE AGUA

A. SIN TAPA — SI / NO

B. CON PRESENCIA DE LARVAS — SI / NO

EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO — SI / NO

TOLDILLO CONVENCIONAL ☐ TOLDILLO IMPREGNADO DE LARGA DURACION ☐

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: SI / NO

DOLOR RETRO-OCULAR ☐ MIALGIAS ☐ ARTRALGIAS ☐ CEFALEA ☐

DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO ☐

SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición) ☐

Educación en DENGUE — SI / NO

Canalización en DENGUE — SI / NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ÚLTIMO AÑO — SI / NO

LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA — SI / NO

HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO — SI / NO

SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS — SI / NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCION — SI / NO

LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA — SI / NO

LAS LESIONES CUTÁNEAS SON:

REDONDEADAS ☐ BORDES ABULTADOS ☐ CENTRO GRANULOMATOSO ☐ LESIONES NODULARES ☐ LESIONES SATELITALES ☐

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DEBE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNOSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Educación en LEISHMANIASIS — SI / NO

Canalización en LEISHMANIASIS — SI / NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA — SI / NO

EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ — SI / NO

N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA

EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO — SI / NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES — SI / NO

DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ — SI / NO

EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO — SI / NO

EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO — SI / NO

Educación en CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS — SI / NO

Canalización en CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS — SI / NO

PROBLEMAS DE OÍDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OÍDO? — SI / NO

TIENE SUPURACIÓN DE OÍDO — SI / NO

N° DE EPISODIOS PREVIOS ☐ HACE CUÁNTOS DÍAS ☐

TUMEFACCION/DOLOR ATRÁS DE LA OREJA — SI / NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO

NUTRICIÓN

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

PALIDEZ PALMAR — SI / NO

PALIDEZ CONJUNTIVAL — SI / NO

EDEMA — SI / NO

CARA DE LUNA LLENA — SI / NO

ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER — SI / NO

ANTECEDENTES DE PREMATUREZ (Inferior a 37 se manas) — SI / NO

PERÍMETRO BRAQUIAL (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

MEDIDA N/A EN CENTÍMETROS

Unicamanete para menores entre 6 meses a 5 años

PERÍMETRO BRAQUIAL MENOR A 11,5 CM. (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICION)

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? — SI / NO

¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? — SI / NO

¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? (En meses)

USO DE CHUPO O BIBERÓN — SI / NO

Unicamente para menores de 5 años

EL NIÑ@ COME SOL@ — SI / NO

CUANTAS COMIDAS TIENE EN EL DÍA 1___2___3___4___5___6___7___8 ó más___

CONSUME LOS SIGUIENTES ALIMENTOS — SI / NO

CARBOHIDRATOS (PASTA, AZÚCAR CEREAL, PAN , PAPA,ETC...)

GRASAS (ACEITE, MANTEQUILLA, TOCINO, ETC..)

PROTEÍNAS (CARNE, POLLO, PESCADO, HUEVOS)

LÁCTEOS (LECHE, QUESO, YOGURT Y SUS DERIVADOS)

VITAMINAS MINERALES Y FIBRA (FRUTAS Y VERDURAS)

BEBIDAS ARTESANALES (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE)

¿CUÁL?

CUANTAS PORCIONES AL DÍA

1___2___3___4___5___6 ó más___

Para los dos cursos de Vida (Primera Infancia e Infancia)

ESTÁ EN UN PROGRAMA DE RECUPERACION NUTRICIONAL — SI / NO ¿CUÁL? _____

Educación en Nutrición — SI / NO

Canalización por Nutrición — SI / NO

VALORACIÓN FÍSICA Y SEGUIMIENTO

ENFLAQUECIMIENTO GRAVE: NO EDEMA EN AMBOS PIES: NO PALIDEZ PALMAR: NO

DESVIACIÓN ESTANDAR TALLA / EDAD: 0 PESO / TALLA: 1 IMC / EDAD:(Mayores de 18 meses) 1

CLASIFICACION ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO: X DESNUTRICION AGUDA ___ ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER/ BCN/PREMATUREZ: SI ___ NO 2 DESCONOCIDO ___

RIESGO: ___ DNT GRAVE: ___ VALORACION DE LA CARA: CARA DE VIEJITA: ___ CARA DE LUNA LLENA: ___

SIGNOS VITALES	PRIMERA VISITA	SEGUIMIENTO
FECHA VISITA		
Frecuencia Cardiaca (FC)	105	
Frecuencia Respiratoria (FR)	33	
Temperatura (T°)	37.1	
Talla (T)	86	
Peso (P)	9	
Indice de Masa Corporal (IMC)	12.3	
Permetro Cefalico	43	

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACION INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO: 0

EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A , ZINC (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) — SI / NO

RECIBIO DESPARASITACION EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vi a, cada 6 meses) — SI / NO

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA		
MEDICINA GENERAL	1 MES 4-5 MESES 12-18 MESES	24-29 MESES 3 AÑOS 5 AÑOS
ENFERMERÍA	2-3 MESES 6-8 MESES 9-11 MESES	18-23 MESES 30-35 MESES 4 AÑOS

CONSULTAS PARA INFANCIA	
MEDICINA GENERAL	6,8 Y 10 AÑOS
ENFERMERIA	7, 9 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	10 Y 13 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO

Canalización Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO

SALUD MENTAL

¿SU HIJ@ES MUY DESOBEDIENTE? — SI / NO

¿USTED ALGUNA VEZ PIERDE EL CONTROL Y LO GOLPEA? — SI / NO

¿USTED JUEGA CON SU HIJ@ ? — SI / NO

¿EL NIÑ@ SE BAÑA TODOS LOS DÍAS? — SI / NO

EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FÍSICAS: — SI / NO

CICATRICES ☐ QUEMADURAS ☐ FRACTURAS INEXPLICABLES ☐ MARCAS DE MORDEDURAS ☐ QUEJAS CRONICAS DE DOLOR ☐ PROBLEMAS DE APETITO ☐

EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS: — SI / NO

TRISTEZA ☐ RETRAIMIENTO ☐ LLANTO FRECUENTE ☐ DEMANDA EXCESIVA ATENCION ☐ AGRESIVIDAD O MUCHA PASIVIDAD FRENTE A OTROS NIÑOS ☐ TEMOR A LOS PADRES O ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA ☐

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato — SI / NO

Canalización Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato — SI / NO

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

¿EXISTEN RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR? — SI / NO

CAIDAS ___ INTOXICACIONES ___ QUEMADURAS ___ ELECTROCUCION ___ ASFIXIA ___ AHOGAMIENTO ___ TRANSITO ___ OTRO ___ ¿CUAL? _____

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS — SI / NO

EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) — SI / NO

EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) — SI / NO

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar — SI / NO

* FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTES 3 MESES 2 AÑOS

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 500 4347

Powered by CamScanner

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS: SI [X] NO [ ]

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON (X)SEGÚN CORRESPONDA

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN			2 MESES			4 MESES			6 MESES		
BCG	X	NO	POLIO	X	NO	POLIO	X	NO	PENTAVALENTE	SI	NO
HEPATITIS B	X	NO	NEUMOCOCO	X	NO	NEUMOCOCO	X	NO	POLIO	SI	NO
7 MESES			ROTAVIRUS	X	NO	ROTAVIRUS	X	NO	INFLUENZA ESTACIONAL	SI	NO
2da DOSIS DE INFLUENZA	SI	NO	PENTAVALENTE	X	NO	PENTAVALENTE	X	NO			
			1 AÑO			18 MESES			5 AÑOS		
			SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)	SI	NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)	SI	NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)	SI	NO
			NEUMOCOCO	SI	NO	POLIO	SI	NO	POLIO	SI	NO
			VARICELA	SI	NO				SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)	SI	NO
			HEPATITIS A	SI	NO						
			FIEBRE AMARILLA	SI	NO						

COVID-19 A PARTIR DE 5 AÑOS		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO
Refuerzo (solo para menores con comorbilidades)	SI	NO

VPH		
Niñas a partir de los 9 años		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 23 MESES)	SI	NO

Refuerzo Sarampion Rubeola Mayores de 5 años	SI	NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD	X	NO

Educación en PAI	X SI	NO

Canalización en PAI	SI	NO X

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácti as de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR	EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Educar en pautas de cuidado y crianza positivas	PI-I		X
Promover prácticas que fav rezcan el sueño seguro de las niñas y niños menores de un año	PI-I		
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I	X	X
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Prot cción solar, consumo de liquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Promover habitos y prácticas d cuidado bucal	PI-I	A	X
Educar para mantener la salud auditiva y omunicativa	PI-I		
Educar para mantener la salud y ergonomia visual y postural	PI-I		
Promover activ ades y estrategias que fortalezcan las capacidades coognitivas.	PI-I		
Educar en la importancia del juego, la recreación y el ocio y sus beneficios en el desarroollo fisi co, cognitivo sicosocial.	PI-I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I		
Promover el cuidado a cuidadores	I		
Promover el fortalecimiento del tejido social	I		
Promover la práct a regular del juego y la recreación grupal, como mecanismo de socialización y comunicación.	PI-I	X	
Promover la actividad fisica y el porte, acorde a la condición física, psic gica y social.	PI-I		
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I		
Educar en la identificac n de signos dede alarma y prácticas de man adecuado en casa de las enfermedades prevalentes de la infancia	PI-I		X
Educar en inocuidad y calidad de los alimentos con el fin de prevenir los riesgos vinculados	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Educar en habilidades para la vida	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover la sana convivencia	PI-I		
Educar en prácticas de c idado y protección del ambiente	PI-I		
Educar para el mantenimiento de un ambiente seguro	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I	A	X

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor de 4 meses de edad que cuenta con AFiliacion a la EPS, no se realizan Higiene en salud bucal, menor no ha estado enfermo en los ultimos 15 dias menor que no cuenta con antecedentes de Prematurez esta recibiendo lactancia materna exclusiva, signos y talles acordes a edad esta dar Acordo se canaliza a Controles de CyD.

INFORMACION GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: Natalia Vasquez Goio

EVALUADO POR

PIC: X

APS:

CONCURRENCIA AIEPI-IRA:

CONCURRENCIA PAI:

Firma de la Persona que recibe la visita: Yuly Tatiana 1234 1854

OTRO:

CUAL:

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINTES HOSPITALARIOS NIT 79140516- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD	Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-058
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Versión: 03
Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria	Fecha de aprobación: 07 / Marzo / 2022

DATOS BÁSICOS

N° FICHA

INSTITUCIÓN: ESE HSS

VEREDA O DIRECCIÓN: Kr 27 c 56B 11 15

COMUNA/CORREGIMIENTO: Comuna 4

FECHA (DD/MM/AÑO) ____/____/____

TIPO DE USUARIO C__ S__ V__ P__ E__ NO AFILIADO X

BARRIO: luis carlos Galan.

MUNICIPIO: Soacha

ASEGURADOR: ninguna

Educación en Aseguramiento	SI	NO
	X	

Canalización en Aseguramiento	SI	NO
		X

NOMBRES Y APELLIDOS: Angel Javier Torres

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO) 12/12/12

EDAD: AÑOS 10 MESES 2 DÍAS

MENOR ESCOLARIZADO	SI	NO	NO APLICA
	X		

GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | 1ERO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO

CUAL?

JARDÍN/HCB:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

GÉNERO: F | X

OTRO CUAL? RC__ TI__ MENOR SIN IDENTIFICACIÓN__ OTRO:__ CUÁL? Acta. NÚMERO: 12608

Canalización por Identificación	SI	NO

PROCEDENCIA: URBANA X | RURAL | RURAL DISPERSO | CENTRO POBLADO

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI | NO

PALENQUERO | ROM/GITANO | AFRO | RAIZAL | INDÍGENA | OTRO

CUÁL?

POBLACIÓN VULNERABLE: SI X | NO

MENOR ABANDONADO | HABITANTE DE CALLE | VICTIMA CONFLICTO ARMADO | DESMOVILIZADO | DESPLAZADO | INMIGRANTE X | OTRO

CUÁL?

MENOR EN CONDICION DE DISCAPACIDAD: SI | NO X

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI | NO X

CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI | NO X

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión)

MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (ósea articular, muscular y/o nervioso)

COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje

MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales

AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Kala torres PARENTESCO: madre. DIRECCIÓN: Kr 26c 56A41 TELÉFONO: 3246056959

EVALUACIÓN REALIZADA:

PRIMERA VEZ: X | SEGUIMIENTO:

ESPECIFIQUE PORQUE ES EL SEGUIMIENTO

SIGNOS DE PELIGRO | SALUD BUCAL | INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

EDA | DENGUE | LEISHMANIA

CÁNCER INFANTIL | PROBLEMAS DE OÍDO | NUTRICIÓN

VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD (CYD) | SALUD MENTAL | ASEGURAMIENTO

PAI | OTRO PROGRAMA | CUÁL?

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI | NO X

	SI	NO	NO APLICA
NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO (PRIMERA INFANCIA)			
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO (INFANCIA)			

VOMITA TODO: SI | NO X

CONVULSIONES: SI | NO X

INCONSCIENTE: SI | NO X

LETÁRGICO: SI | NO X

Educación en Signos Generales de Peligro	SI	NO
	X	

Canalización en Signos Generales de Peligro	SI	NO
		X

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 0

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0____ 1____ 2____ 3____ 4 o más____

¿CON QUE HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA X CEPILLO 1 ENJUAGUE____ GASA____

SEDA ___ CUANTAS VECES 1____ 2____ 3____ 4 o más____

OTRO, CUAL?

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI____ NO____

RECUERDE

* Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad.
* Aplicación de barniz de Fluor: Apartir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)
* Remoción de placa bacteriana: Semestral a partir de los 2 años hasta los 19 años.
* Aplicación de sellantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (cada 6 meses o cada año según criterio)

Educación en Salud Bucal	SI	NO
	X	

Canalización en Salud Bucal	SI	NO
		X

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

	SI	NO
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?		
N° DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS		
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?		
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES INTERCOSTALES SUPRAESTERNALES)		
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?		
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMATICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO?		
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES?		

RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR: SI | NO X

N° DE RESPIRACIONES POR MINUTO: 23

TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA: SI | NO X

FRECUENCIA RESPIRATORIA RÁPIDA

MENOR DE 2 MESES:	MAYOR DE 60 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 2 MESES A 11 MESES:	MAYOR A 50 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	MAYOR A 40 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS:	MAYOR A 30 RESPIRACIONES POR MINUTO
DE 9 A 11 AÑOS:	MAYOR A 20 RESPIRACIONES POR MINUTO

Educación en IRA-TB-COVID19	SI	NO
	X	

Canalización en IRA-TB-COVID19	SI	NO
		X

ENFERMEDAD DIARREICA (EDA)

	SI	NO
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?		
N° DE DÍAS QUE EL NIÑO TIENE DIARREA		
¿HAY SANGRE EN LAS HECES?		

NÚMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO: SI | NO X

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN	SI	NO
BOCA SECA	SI	NO
FONTANELA HUNDIDA	SI	NO
BEBE ÁVIDAMENTE	SI	NO
PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG	SI	NO

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA NI VOMITO

Educación en EDA	SI	NO
	X	

Canalización en EDA	SI	NO
		X

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C)

	SI	NO
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?		
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES		
FIEBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS		

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE:
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES 2 AÑOS

Educación en FIEBRE	SI	NO
	X	

Canalización en FIEBRE	SI	NO
		X

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO 812 4315 - 310 560 4347

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

DENGUE

	SI	NO
VIVE O VISITA ZONA ENDÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DIAS		
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES		
TIENE DEPOSITOS DE AGUA		
A. SIN TAPA		
B. CON PRESENCIA DE LARVAS		
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO		

TOLDILLO CONVENCIONAL ☐ TOLDILLO IMPREGNADO DE LARGA DURACION ☐

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SINTOMAS:

DOLOR RETRO-OCULAR		DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO	
MIALGIAS		SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)	
ARTRALGIAS			
CEFALEA			

Canalización en DENGUE | SI | NO

Educación en DENGUE | SI | NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTANEA O MUCOSA EN ULTIMO AÑO	SI	NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA	SI	NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO	SI	NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ULTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS	SI	NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN | SI | NO

LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA | SI | NO

LAS LESIONES CUTÁNEAS SON:

REDONDEADAS	
BORDES ABULTADOS	
CENTRO GRANULOMATOSO	
LESIONES NODULARES	
LESIONES SATELITALES	

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DEBE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNOSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Canalización en LEISHMANIASIS | SI | NO

Educación en LEISHMANIASIS | SI | NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA	SI	NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@	SI	NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA		
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO	SI	NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES | SI | NO

DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ | SI | NO

EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO | SI | NO

EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO | SI | NO

Canalización en CANCER INFANTIL / LEUCEMIAS | SI | NO

Educación en CÁNCER INFANTIL / LEUCEMIAS | SI | NO

PROBLEMAS DE OÍDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OIDO? | SI | NO

N° DE EPISODIOS PREVIOS ☐ HACE CUÁNTOS DÍAS ☐

TIENE SUPURACION DE OIDO | SI | NO

TUMEFACCION/DOLOR ATRÁS DE LA OREJA | SI | NO

Canalización en PROBLEMAS DE OIDO | SI | NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO | SI | NO

PAGINA 1 DE 2

NUTRICION

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA		
PALIDEZ PALMAR	SI	NO
PALIDEZ CONJUNTIVAL	SI	NO
EDEMA	SI	NO
CARA DE LUNA LLENA	SI	NO
ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER	SI	NO
ANTECEDENTES DE PREMATUREZ (Inferior a 37 semanas)	SI	NO

PERÍMETRO BRAQUIAL — MEDIDA: 17 EN CENTÍMETROS

(TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

Unicamente para menores entre 6 meses a 5 años

PERÍMETRO BRAQUIAL MENOR A 11.5 CM, AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO?	SI	NO
¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?	SI	NO
¿HASTA QUÉ EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? (En meses)	6M	
USO DE CHUPO O BIBERON	SI	NO

Unicamente para menores de 5 años

EL NIÑ@ COME SOL@ | SI | NO

CUÁNTAS COMIDAS TIENE EN EL DÍA 1__2__3__4__5__6__7__8 ó más__

CONSUME LOS SIGUIENTES ALIMENTOS

		CUANTAS PORCIONES AL DÍA
CARBOHIDRATOS (PASTA, AZÚCAR CEREAL, PAN , PAPA,ETC...)	NO	1__2__3__4__5__6 ó más__
GRASAS (ACEITE, MANTEQUILLA, TOCINO, ETC..)	NO	1__2__3__4__5__6 ó más__
PROTEÍNAS (CARNE, POLLO, PESCADO, HUEVOS)	NO	1__2__3__4__5__6 ó más__
LÁCTEOS (LECHE, QUESO, YOGURT Y SUS DERIVADOS)	NO	1__2__3__4__5__6 ó más__
VITAMINAS MINERALES Y FIBRA (FRUTAS Y VERDURAS)	NO	1__2__3__4__5__6 ó más__
BEBIDAS ARTESANALES (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE)	SI / NO	1__2__3__4__5__6 ó más__
	¿CUÁL?	

Para los dos cursos de Vida (Primera Infancia e Infancia)

ESTÁ EN UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL | SI | NO ¿CUÁL? _____

Canalización por Nutricion | SI | NO

Educación en Nutrición | SI | NO

VALORACIÓN FISICA Y SEGUIMIENTO

SIGNOS VITALES	PRIMERA VISITA	SEGUIMIENTO
FECHA VISITA		
Frecuencia Cardiaca (FC)	90	
Frecuencia Respiratoria (FR)	23	
Temperatura (T°)	36.1	
Talla (T)	1.90	
Peso (P)	29	
Indice de Masa Corporal (IMC)	14.8	
Perimetro Cefalico	53	

ENFLAQUECIMIENTO GRAVE: NO EDEMA EN AMBOS PIES: NO PALIDEZ PALMAR: NO

DESVIACION ESTANDAR TALLA / EDAD: 0 PESO / TALLA: -1 IMC / EDAD (Mayores de 18 meses) -1

CLASIFICACION ESTADO NUTRICIONAL

ADECUADO _____ DESNUTRICIÓN AGUDA _____ ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER/ PREMATUREZ: SI___NO___DESCONOCIDO _____

RIESGO: X DNT GRAVE: _____ VALORACION DE LA CARA CARA DE VIERTA:____CARA DE LUNA LLENA:_____

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO: 0

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA		
MEDICINA GENERAL	1 MES 4-5 MESES 12-18 MESES	24-29 MESES 3 AÑOS 5 AÑOS
ENFERMERIA	2-3 MESES 6-8 MESES 9-11 MESES	15-23 MESES 30-35 MESES 4 AÑOS

CONSULTAS PARA INFANCIA	
MEDICINA GENERAL	6-8 Y 10 AÑOS
ENFERMERIA	7, 9 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	10 Y 13 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

EL NIÑ@ RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A , ZINC (Para niñ@s entre 6 y <4 meses) SI | NO

RECIBIÓ DESPARASITACIÓN EN LOS ULTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses) SI | NO

Canalización Valoracion Integral de Salud (CYD) | SI | NO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) | SI | NO

SALUD MENTAL

¿SU HIJ@ ES MUY DESOBEDIENTE?	SI	NO
¿USTED ALGUNA VEZ PIERDE EL CONTROL Y LO GOLPEA?	SI	NO
¿USTED RIEGA CON SU HIJ@?	SI	NO
¿EL NIÑ@ SE BAÑA TODOS LOS DÍAS?	SI	NO

EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FISICAS | SI | NO

CICATRICES	
QUEMADURAS	
FRACTURAS INEXPLICABLES	
MARCAS DE MORDEDURAS	
QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR	
PROBLEMAS DE APETITO	

EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS: SI | NO

TRISTEZA	
RETRAIMIENTO	
LLANTO FRECUENTE	
DEMANDA EXCESIVA ATENCION	
AGRESIVIDAD O MUCHA PASIVIDAD FRENTE A OTROS NIÑOS	
TEMOR A LOS PADRES O ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA	

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Canalización Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato | SI | NO

Educación en Pautas de Crianza-Cuidados Generales del Menor Y Empleo del Tiempo Libre-Maltrato | SI | NO

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

¿EXISTEN RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR? SI | NO

CAIDAS _____ INTOXICACIONES _____ QUEMADURAS _____ ELECTROCUCION _____ ASFIXIA _____ AHOGAMIENTO _____ TRANSITO _____ OTRO _____ ¿CUAL? _____

EXPOSICION A PLAGUICIDAS SI | NO

EXPOSICION DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA) SI | NO

EXPOSICION INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA) SI | NO

Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar | SI | NO

HOSPITAL DOS IMPRESOS DEL INFANTES HOSPITALARIOS NIT. 79140518-1 TELEFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

ESQUEMA DE VACUNACIÓN MARQUE CON (X)SEGÚN CORRESPONDA

Si NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN			2 MESES			4 MESES			6 MESES		
BCG	SI	NO	POLIO	SI	NO	POLIO	SI	NO	PENTAVALENTE	SI	NO
HEPATITIS B	SI	NO	NEUMOCOCO	SI	NO	NEUMOCOCO	SI	NO	POLIO	SI	NO
7 MESES			ROTAVIRUS	SI	NO	ROTAVIRUS	SI	NO	INFLUENZA ESTACIONAL	SI	NO
2da DOSIS DE INFLUENZA	SI	NO	PENTAVALENTE	SI	NO	PENTAVALENTE	SI	NO	5 AÑOS		
			1 AÑO			18 MESES			DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)	SI	NO
			SRP(Sarampion Rubeola, Paperas)	SI	NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina)	SI	NO	POLIO	SI	NO
			NEUMOCOCO	SI	NO	POLIO	SI	NO	SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)	SI	NO
			VARICELA	SI	NO						
			HEPATITIS A	SI	NO						
			FIEBRE AMARILLA	SI	NO						

COVID-19 A PARTIR DE 3 AÑOS		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO
Refuerzo (solo para menores con comorbilidades)	SI	NO

VPH		
Niñas a partir de los 9 años		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 23 MESES)	SI	NO
Refuerzo Sarampion Rubeola Mayores de 5 años	SI	NO
Educación en PAI	SI	NO
ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD	SI	NO
Canalización en PAI	SI	NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácti as de cuidado para la salud

	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR	EDUCACION AL CUIDADOR
Educar en pautas de cuidado y crianza positivas	PI-I		X
Promover prácticas que fav rezcan el sueño seguro de las niñas y niños menores de un año	PI-I		
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I	X	X
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Prot cción solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Promover hábitos y prácticas d cuidado bucal	PI-I	X	X
Educar para mantener la salud auditiva y omunicativa	PI-I		
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I		
Promover activi adel y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas.	PI-I		
Educar en la importancia del juego, la recreación y el ocio y sus beneficios en el desarrollo físi co, cognitivo sicosocial.	PI-I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I		
Promover el cuidado a cuidadores	I		
Promover el fortalecimiento del tejido social	I		
Promover la práctica regular del juego y la recreación grupal, como mecanismo de socialización y comunicación.	PI-I		
Promover la actividad física y el porte, acorde a la condición física, psic gica y social.	PI-I		
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I	X	
Educar en la identificac n de signos dede alarma y prácticas de man adecuado en casa de las enfermedades prevalentes de la infancia	PI-I		X
Educar en inocuidad y calidad de los alimentos con el fin de prevenir los riesgos vinculados.	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Educar en habilidades para la vida	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover la sana convivencia	PI-I		
Educar en prácticas de c idado y protección del ambiente	PI-I		
Educar para el mantenimiento de un ambiente seguro	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I	X	X

CURSO DE VIDA PI: Primera Infancia I: Infancia

OBSERVACIONES

Menor de 10 años y 2 meses migrante Venezolano. que no cuenta con Afiliacion al sistema de seguridad Social en Salud, por lo tanto no cumple con el esquema de Atenciones de la RIAS en la 1ra Infancia, menor migrante Venezolano quien la madre refiere que no ha estado enfermo en los ultimos 15 dias, Menor con P/T en -1.

INFORMACION GENERAL

Nombre de quien realiza la valoración: Natalia Vasquez Ocio. **Firma de la Persona que recibe la visita** 23.4.9.1854

EVALUADO POR

PIC X APS

CONCURRENCIA AIEPI-IRA CONCURRENCIA PAI

OTRO CUAL:

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Fecha de Aprobación		
DD	MM	AA
17	2	22

EVENTO:
RESPONSABLE:
OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN:

LUGAR:
PROGRAMA: Soacha ciudad Sabadable

FECHA: / /

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO F	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO IDENTIDAD O NIT.	DIRECCION - INSTITUCION - ESTABLECIMIENTO	BARRIO	COMUNA	SERVICIO PRESTADO	TIPO DE AFILIACION 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Especial 4. Sin afiliacion	Clasificación Sisben	* GRUPO POBLACIONAL Grupo etnico (#)	Hecho victimizante (#)	Discapacidad (#)	Condicion especial (#)	Curso de vida	TELEFONO	FIRMA Y/O HUELLA
1	Jarizza Mojica	X		43	1466249					4	NR	NO	NO	NO	7	29 - 59	3044993157	Yari Mojica
2	Johanna Torres	X		29							NR	NO	NO	NO	NO	20 - 59		
3	Nohemi Albornez	X		33	20559788					4	NR	NO	NO	NO	7	29 - 59	3144372350	
4	Liz Estella Villalobos	X		53	51439363					1	NR	NO	NO	NO	NO	29 - 59	3203692418	
5	Blanca Nelly Pardo	X		60	51655695					1	NR	NO	NO	NO	NO	>60	3112933749	
6	Mayra Rodriguez	X		46	1130628 87					4	NR	NO	NO	NO	7	29 - 59	3024539192	
7	Yennifer Garcia	X		26	1073708335					4	NR	NO	NO	NO	NO	18 - 28	3214045420	
8	Evernis Mesa	X		34	1077459334					2	NR	2	2	NO	1	29 - 59	3213034925	
9	Olga Lucia Delgado.	X		47	39627026					2	C2	NO	NO	NO	1	29 - 59	3186683347	
10	Dario Rodriguez		X	45	79963404					2	A3	NO	NO	NO	NO	29 - 59	3142394867	
11	Luis Eduardo Ramirez		X	60	79203980					2	NR	NO	NO	NO	NO	>60	3227029800	
12	Diana Marcela Calderon	X		34	52817993					2	C10	NO	NO	NO	1	29 - 59	3209966051	
13	Jorge Pacheco		X	30	1023385927					2	NR	NO	NO	NO	NO	29 - 59	3142766556	
14	Luis Amaya		X	33	1063151068					2	NR	NO	NO	NO	NO	29 - 59	3224654509	
15	Gregory Mendoza		X	42	1434705					1	NR	NO	NO	NO	7	29 - 59	3014443157	
16	Elizabeth Castaneda	X		32	1020735287					1	NR	NO	NO	NO	1	29 - 59	3223630223	
17	Rosa Elena Arias	X		52	39800589					4	NR	NO	NO	NO	NO	29 - 59	3123940483	
18	Martha Lago.	X		54	51951549					1	B	NO	NO	NO	NO	29 - 59	3102220058	
19	Lady Poveda	X		26	1024579498					2	NR	NO	NO	NO.	1	18 - 28	3578049168	
20	Arisday Acuña Atencio	X		30	1064114590					4	NR	NO	NO	NO	1	29 - 59	3108126072	

* GRUPO POBLACIONAL

GRUPO ETNICO	1. INDIGENA	2. NEGRO/ AFRODESENDIENTE	3. RAIZAL / PALENQUERO	4. .ROM / GITANO	
HECHO VICTIMIZANTE	1. HOMICIDIOS Y MASACRES	2.DESPLAZAMIENTO FORZADO	3.SECUESTRO	4.LESIONES	
DISCAPACIDAD - TIPO DE LIMITACION	1.COGNITIVA	2.VISUAL	3.AUDITIVA	4.FISICA	5.MULTIPLE
NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO					

CONDICION ESPECIAL	1. MUJER CABEZA DE HOGAR	2. GESTANTE	3. CARCELARIO	4.LGTBIQ+	5.HABITANTE DE CALLE	6. REINSERTADO	7.MIGRANTES	8. RETORNADO	
	5.TORTURA O TRATOS INHUMANOS Y DEGRADANTES	6.DELITOS CONTRA LA LIBERTAD DE INTEGRIDAD SEXUAL	7.RECLUTAMIENTO FORZADO DE MENORES	8.LESIONES QUE NO CAUSAN INCAPACIDAD	9.DESAPARICION FORZADA	10.ACTO TERRORISTA, ENFRENTAMIENTO, HOSTIGAMIENTO		11.AMENAZAS	
CURSO DE VIDA	1. 0-5 AÑOS	2. 6-11 AÑOS	3. 12-17 AÑOS	4. 18-28 AÑOS	5. 29-59 AÑOS	6. 60 Y MAS AÑOS			
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR									

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Código:	SL-03-F09	
Versión:	2	
Fecha de Aprobación		
DD	MM	AA
17	2	22

EVENTO:

RESPONSABLE:

OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN:

LUGAR:

PROGRAMA: Soacha ciudad Saludable

FECHA: / /

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO F	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO IDENTIDAD O NIT.	DIRECCION - INSTITUCION - ESTABLECIMIENTO	BARRIO	COMUNA	SERVICIO PRESTADO	TIPO DE AFILIACION 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Especial 4. Sin afiliacion	Clasificación Sisben	* GRUPO POBLACIONAL Grupo etnico (#)	Hecho victimizante (#)	Discapacidad (#)	Condicion especial (#)	Curso de vida	TELEFONO	FIRMA Y/O HUELLA
1	Jose Dubiel Silva		X	29	1024945 38					1	NR	NO	NO	NO	NO	24-59	322269 7681	
2	Cristo Manuel Mesa		X	63	83775 3310					1	NR	NO	2	NO	NO	>60	322397 4651	
3	Daniel leal		X	19	1000728 768					2	NR	NO	NO	NO	NO	18-28	314881 5546	
4	Pilar torres	X		59	51709 683					1	A1	NO	NO	1	NO	29-59	321416 3211	
5	Manuel Rojas		X	26	1032489 094					4	NR	NO	NO	No	No	18-28	302749 7646	
6	Luz Cary Rodriguez	X		57	21176 673					4	NR	NO	NO	No	No	29-59	321764 7352	
7	Berabe Caballero		X	50	80386 886					4	NR	NO	2	No	No	29-59	31734 9308.	
8	Maria teresa Rodriguez	X		58	39663 786					2	A3	NO	NO	NO	No	29-59	318824 0550	
9	Oswaldo Gallego		X	44	79888 584					4	NR	NO	NO	No	No	29-59	304150 3546	
10	Claudia Bolido	X		46	20652 322					1	NR	NO	NO	NO	1	29-59	317609 7692	
11	Ana Salas	X		35	168947 112					1	NR	NO	NO	NO	7	29-59	301766 2404	
12	Rubi Ojuela	X		48	52769 818					1	A	NO	NO	NO	1	29-59	321328 3180.	
13	Eliecer Toro		X	40	74879 911					1	NR	NO	NO	No	No	29-59	320222 0246	
14	Maria Jose bolo	X		22	1082871 208					2	NR	NO	2	No	1	18-28	322757 1108	
15	Victor Diaz		X	50	11438 222					1	C2	NO	NO	No	No	29-59	317328 9483	
16	Margot Fuentes	X		44	37335 655					1	B4	NO	NO	No	1	29-59	313455 8187	
17	Jose Hipolito Pedraza		X	63	14408 761					1	NR	NO	NO	No	No	>60	311353 9815	
18	Mara Pera Bernal	X		49	52774 338					2	NR	NO	NO	No	1	29-59	31169a 8953	
19	Jeison esteven Buitrago		X	20	1000694 395					2	NR	NO	NO	No	No	18-28	322486 8689	
20	Adriana Fajardo	X		47	52738 078					1	A5	NO	NO	NO	1	29-59	311463 4000	

* GRUPO POBLACIONAL

GRUPO ETNICO	1. INDIGENA	2. NEGRO/ AFRODESENDIENTE	3. RAIZAL / PALENQUERO	4. .ROM / GITANO	
HECHO VICTIMIZANTE	1. HOMICIDIOS Y MASACRES	2.DESPLAZAMIENTO FORZADO	3.SECUESTRO	4.LESIONES	
DISCAPACIDAD - TIPO DE LIMITACION	1.COGNITIVA	2.VISUAL	3.AUDITIVA	4.FISICA	5.MULTIPLE
NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO					

CONDICION ESPECIAL	1. MUJER CABEZA DE HOGAR	2. GESTANTE	3. CARCELARIO	4.LGTBIQ+	5.HABITANTE DE CALLE	6. REINSERTADO	7.MIGRANTES	8. RETORNADO
5.TORTURA O TRATOS INHUMANOS Y DEGRADANTES		6.DELITOS CONTRA LA LIBERTAD DE INTEGRIDAD SEXUAL	7.RECLUTAMIENTO FORZADO DE MENORES	8 LESIONES QUE NO CAUSAN INCAPACIDAD	9.DESAPARICION FORZADA	10.ACTO TERRORISTA, ENFRENTAMIENTO, HOSTIGAMIENTO		11.AMENAZAS
CURSO DE VIDA	1. 0-5 AÑOS	2. 6-11 AÑOS	3. 12-17 AÑOS	4. 18-28 AÑOS	5. 29-59 AÑOS	6. 60 Y MAS AÑOS		
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR								

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518-1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA

Código:	SL-03-F09		
Versión:	2		
Fecha de Aprobación	DD	MM	AA
	17	2	22

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

La Ronda

EVENTO:
RESPONSABLE:
OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN:

LUGAR:
PROGRAMA: Soacha ciudad saludable

FECHA: / /

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO F	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO IDENTIDAD O NIT.	DIRECCION - INSTITUCION - ESTABLECIMIENTO	BARRIO	COMUNA	SERVICIO PRESTADO	TIPO DE AFILIACION 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Especial 4. Sin afiliacion	Clasificación Sisben	* GRUPO POBLACIONAL Grupo etnico (#)	Hecho victimizante (#)	Discapacidad (#)	Condicion especial (#)	Curso de vida	TELEFONO	FIRMA Y/O HUELLA
1	Karen Torres	X		28	1082467879					2	B3	NO	NO	NO	NO	18 - 28	321 459 3627	
2	Maria Victoria Cardenas	X		66	35378881					1	B	NO	NO	NO	NO	> 60	313 413 7215	
3	Loz Dani Caita	X		41	52804772					2	C	NO	NO	NO	NO	29 - 59	318 843 6985	
4	Jenifer Torres	X		21	1065910636					2	A3	NO	NO	NO	NO	18 - 28	311 522 9509	
5	Angela Barreto	X		25	1024477851					1	A3	NO	NO	NO	1	18 - 28	321 468 2308	
6	Lope Sanchez	X		35	1026670912					1	A4	NO	2	NO	1	29 - 59	311 584 5896	
7	Claudia Calvo	X		30	1014560781					1	A4	NO	NO	NO	1	29 - 59	322 416 3631	
8	Dayana Ron	X		27	1127944159					1	A3	NO	NO	NO	NO	18 - 28	320 316 5929	
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518 - 1 TELEFONO 8115 - 310 560 4347

* GRUPO POBLACIONAL

GRUPO ETNICO	1. INDIGENA	2. NEGRO/ AFRODESENDIENTE	3. RAIZAL / PALENQUERO	4. .ROM / GITANO	CONDICION ESPECIAL	1. MUJER CABEZA DE HOGAR	2. GESTANTE	3. CARCELARIO	4.LGTBIQ+	5.HABITANTE DE CALLE	6. REINSERTADO	7.MIGRANTES	8. RETORNADO	
HECHO VICTIMIZANTE	1. HOMICIDIOS Y MASACRES	2.DESPLAZAMIENTO FORZADO	3.SECUESTRO	4.LESIONES	5.TORTURA O TRATOS INHUMANOS Y DEGRADANTES	6.DELITOS CONTRA LA LIBERTAD DE INTEGRIDAD SEXUAL	7.RECLUTAMIENTO FORZADO DE MENORES	8.LESIONES QUE NO CAUSAN INCAPACIDAD	9.DESAPARICION FORZADA	10.ACTO TERRORISTA, ENFRENTAMIENTO, HOSTIGAMIENTO	11.AMENAZAS			
DISCAPACIDAD - TIPO DE LIMITACION	1.COGNITIVA	2.VISUAL	3.AUDITIVA	4.FISICA	5.MULTIPLE	CURSO DE VIDA	1. 0-5 AÑOS	2. 6-11 AÑOS	3. 12-17 AÑOS	4. 18-28 AÑOS	5. 29-59 AÑOS	6. 60 Y MAS AÑOS		
NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO						NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR								

Powered by CamScanner

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA

Código: 1



ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA

Código:	SL-63-F09		
Versión:	2		
Fecha de Aprobación			
DD	MM	AA	
17	2	22	

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

La Ronda

EVENTO:

RESPONSABLE:

OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN:

LUGAR:

PROGRAMA: Soacha ciudad saludable

FECHA: / /

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO F	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO IDENTIDAD O NIT.	DIRECCION - INSTITUCION - ESTABLECIMIENTO	BARRIO	COMUNA	SERVICIO PRESTADO	TIPO DE AFILIACION 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Especial 4. Sin afiliacion	Clasificación Sisben	* GRUPO POBLACIONAL Grupo etnico (#)	Hecho victimizante (#)	Discapacidad (#)	Condicion especial (#)	Curso de vida	TELEFONO	FIRMA Y/O HUELLA
1	Libardo Antonio Alfonso		X	33	1075669118					1	Bs	NO	NO	NO	NO	29 - 59	314870 4838	
2	Rosris Doran	X		62	34975380					1	B7	NO	2	NO	NO	>60	311410 3641	
3	Heny Ramirez		X	61	19455321					2	NR	NO	NO	NO	NO	>60	316620 2319	
4	Rosalba Castellanos	X		58	39663015					4	NR	NO	NO	NO	1	29 - 59	317497 1002	
5	Patricia Rodriguez	X		44	30675303					2	B2	NO	NO	NO	1	20 - 59	311 207 3240	
6	Andrea Moreno	X		20	1101699079					1	B6	NO	NO	NO	NO	18 28	314798 6215	
7	Yolanda Gallego	X		52	53099639					1	B1	NO	NO	NO	1	29 - 59	316398 6623	
8	Yoli Monsalve	X		39	52734450					1	C1	NO	NO	NO	NO	29 - 59	321780 6430	
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

* GRUPO POBLACIONAL												
GRUPO ETNICO	1. INDIGENA	2. NEGRO/ AFRODESENDIENTE	3. RAIZAL / PALENQUERO	4. .ROM / GITANO	CONDICION ESPECIAL	1. MUJER CABEZA DE HOGAR	2. GESTANTE	3. CARCELARIO	4.LGTBIQ+	5.HABITANTE DE CALLE	6. REINSERTADO	7.MIGRANTES	8. RETORNADO
HECHO VICTIMIZANTE	1. HOMICIDIOS Y MASACRES	2.DESPLAZAMIENTO FORZADO	3.SECUESTRO	4.LESIONES	5.TORTURA O TRATOS INHUMANOS Y DEGRADANTES	6.DELITOS CONTRA LA LIBERTAD DE INTEGRIDAD SEXUAL	7.RECLUTAMIENTO FORZADO DE MENORES	8.LESIONES QUE NO CAUSAN INCAPACIDAD	9.DESAPARICION FORZADA	10.ACTO TERRORISTA, ENFRENTAMIENTO, HOSTIGAMIENTO	11.AMENAZAS		
DISCAPACIDAD - TIPO DE LIMITACION	1.COGNITIVA	2.VISUAL	3.AUDITIVA	4.FISICA	5.MULTIPLE	CURSO DE VIDA	1. 0-5 AÑOS	2. 6-11 AÑOS	3. 12-17 AÑOS	4. 18-28 AÑOS	5. 29-59 AÑOS	6. 60 Y MAS AÑOS	
NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO						NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR							

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT. 79140518- 1 TELÉFONO: 8124116 310 560 4347

Powered by CamScanner

SOACHA

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Código:	SL-03-F09		
Versión:	2		
Fecha de Aprobación			
DD	MM	AA	
17	2	22	

EVENTO: La Ronda

RESPONSABLE:

LUGAR:

OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN:

PROGRAMA: Soacha ciudad Solidaria

FECHA: / /

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO F	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO IDENTIDAD O NIT.	DIRECCION - INSTITUCION - ESTABLECIMIENTO	BARRIO	COMUNA	SERVICIO PRESTADO	TIPO DE AFILIACION 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Especial 4. Sin afiliacion	Clasificación Sisben	* GRUPO POBLACIONAL Grupo etnico (if)	Hecho victimizante (if)	Discapacidad (if)	Condicion especial (if)	Curso de vida		TELEFONO	FIRMA Y/O HUELLA
1	Teresta Benavides	X		56	28677603					2	C6	NO	NO	NO	NO	29	59	317 801 1511	
2	Jennifer Omaña	X		34	1075680079					2	C	NO	NO	NO	1	29	59	322453 1126	
3	Leonardo Gonzales		X	35	1073692722					2	NR	NO	NO	NO	NO	29	59	321 280 4218	
4	Daniela Sanchez	X		29	1072855549					2	A4	NO	NO	NO	1	29	59	322 266 1510	
5	Yanseli Chirenos		X	49	CC 1125916077					1	B5	NO	NO	NO	7	29	59	304 798 9810	
6	Tamara Rosales	X		53	CC 1014357911					1	B4	NO	NO	NO	7	29	59	320 784 6960	
7	Angela Alfaro	X		32	1033772408					2	NR	NO	NO	NO	1	29	59	310805 5398	
8	Juan Jose Peña		X	55	79747022					2	NR	NO	NO	NO	NO	29	59	314461 9774	
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			

* GRUPO POBLACIONAL

GRUPO ETNICO	1. INDIGENA	2. NEGRO/ AFRODESENDIENTE	3. RAIZAL / PALENQUERO	4. .ROM / GITANO	
HECHO VICTIMIZANTE	1. HOMICIDIOS Y MASACRES	2.DESPLAZAMIENTO FORZADO	3.SECUESTRO	4.LESIONES	
DISCAPACIDAD - TIPO DE LIMITACION	1.COGNITIVA	2.VISUAL	3.AUDITIVA	4.FISICA	5.MULTIPLE
NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO					

CONDICION ESPECIAL	1. MUJER CABEZA DE HOGAR	2. GESTANTE	3. CARCELARIO	4.LGTBIQ+	5.HABITANTE DE CALLE	6. REINSERTADO	7 MIGRANTES	8. RETORNADO	
5.TORTURA O TRATOS INHUMANOS Y DEGRADANTES		6.DELITOS CONTRA LA LIBERTAD DE INTEGRIDAD SEXUAL	7.RECLUTAMIENTO FORZADO DE MENORES	8.LESIONES QUE NO CAUSAN INCAPACIDAD	9.DESAPARICION FORZADA	10.ACTO TERRORISTA, ENFRENTAMIENTO, HOSTIGAMIENTO		11.AMENAZAS	
CURSO DE VIDA		1. 0-5 AÑOS	2. 6-11 AÑOS	3. 12-17 AÑOS	4. 18-28 AÑOS	5. 29-59 AÑOS	6. 60 Y MAS AÑOS		
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR									

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518-1 TELEFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Código:	SL-03-F09	
Versión:	2	
Fecha de Aprobación		
DD	MM	AA
17	2	22

la Ronda

EVENTO:

RESPONSABLE:

LUGAR:

OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN:

PROGRAMA:

FECHA: / /

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO F	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO IDENTIDAD O NIT.	DIRECCION - INSTITUCION - ESTABLECIMIENTO	BARRIO	COMUNA	SERVICIO PRESTADO	TIPO DE AFILIACION 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Especial 4. Sin afiliacion	Clasificación Sisben	* GRUPO POBLACIONAL Grupo etnico (#)	Hecho victimizante (#)	Discapacidad (#)	Condicion especial (#)	Curso de vida	TELEFONO	FIRMA Y/O HUELLA
1	CLAUDIA E Muñoz		X	53	79207457					2							3227184219	
2	clara lucy ostos serran			59	30342959					2							321	
3	Cesar Aguirre			54	79434814					2							313816 4040	
4	Ana Johana Sabogal			42	65815537					1	A2						322 216 2089	
5	Manuel Useche			40	80277668					1			2				319 557 8898	
6	Francisca Tarazona			61	NoRefiere					4			2		7		314568 9607	
7	Lneth Tocar			26	1064016029					2	A3				1		324552 3084	
8	Martha Viviana Gil			37	26652480					2	B3				1		350644 3113	
9	Leidy Montanes			38	52887863					2	B6				1		316473 1569	
10	Ivo Floriano			38	17375393					1	A4				1		320992 5235	
11	Viviana torres			37	53084325					1	A5						310839 3861	
12	Jeferson Amaya			38	1073672070					2	A5						320995 0977	
13	Jina Arenas			31	1073698088					2	B2				1		321921 3515	
14	Sandra Milena Amaya			41	52955545					1	C1				1		320821 0240	
15	Maria Moreno			30	1012398849					2	B1				1		319435 4412	
16	Hernando Bustos			56	79417541					1	NR						304624 3845	
17	Erika Parra			26	1065618306					2	C1		2		1		314439 6960	Erika
18	Clara Ramirez			66	41744366					1							312981 5756	
19	Omar Gil Lopez			54	79209672					2							322736 6594	
20	Lacra Mayorga			24	1073[illegible]					1	B4				1		302325 9623	

* GRUPO POBLACIONAL

GRUPO ETNICO	1. INDIGENA	2. NEGRO/ AFRODESENDIENTE	3. RAIZAL / PALENQUERO	4. .ROM / GITANO	CONDICION ESPECIAL	1. MUJER CABEZA DE HOGAR	2. GESTANTE	3. CARCELARIO	4 LGTBIQ+	5.HABITANTE DE CALLE
HECHO VICTIMIZANTE	1. HOMICIDIOS Y MASACRES	2.DESPLAZAMIENTO FORZADO	3.SECUESTRO	4.LESIONES	5.TORTURA O TRATOS INHUMANOS Y DEGRADANTES	6.DELITOS CONTRA LA LIBERTAD DE INTEGRIDAD SEXUAL	7.RECLUTAMIENTO FORZADO DE MENORES	8.LESIONES QUE NO CAUSAN INCAPACIDAD	9 DESAPARICION FORZADA	10.ACTO TERRORISTA, ENFRENTAMIENTO, HOSTIGAMIENTO
DISCAPACIDAD - TIPO DE LIMITACION	1.COGNITIVA	2.VISUAL	3.AUDITIVA	4.FISICA	5.MULTIPLE	CURSO DE VIDA	1. 0-5 AÑOS	2. 6-11 AÑOS	3. 12-17 AÑOS	4. 18-28 AÑOS
NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO						NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR				

6. REINSERTADO	7 MIGRANTES	8. RETORNADO	11.AMENAZAS

5. 29-59 AÑOS	6. 60 Y MAS AÑOS

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELEFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA

SOACHA

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Código:	SL-03-F09	
Versión:	2	
Fecha de Aprobación		
DD	MM	AA
17	2	22

La Ronda

EVENTO:

RESPONSABLE:

OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN:

LUGAR:

PROGRAMA:

FECHA: / /

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO F	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO IDENTIDAD O NIT.	DIRECCION - INSTITUCION - ESTABLECIMIENTO	BARRIO	COMUNA	SERVICIO PRESTADO	TIPO DE AFILIACION 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Especial 4. Sin afiliacion	Clasificación Sisben	* GRUPO POBLACIONAL Grupo etnico (#)	Hecho victimizante (#)	Discapacidad (#)	Condicion especial (#)	Curso de vida	TELEFONO	FIRMA Y/O HUELLA
1	Adriana Sandoval	X		52	52 048					4								
2	Stefania Bello	X		27	1007					2	B	NO	NO	NO	NO.			
3	Jonathan Camelo		X	31	1026					1		NO	NO	NO	NO			
4	Erik PINEDA		X	40	8007					2		NO	NO	NO	NO			
5	Karina Maira Giraldo	X		29	1088.015 723					2.	C7				1.			
6	Adriana Cangrejo	X		36	33.89					2		NO	NO	NO	NO			
7	Mauricio Lamus		X	31	1024520					1		NO	NO	NO	NO			
8	Nary Cangrejo	X		25	1073711					1		NO	NO		NO			
9	Yuri Katherin Diaz Perez	X		21	1000					2	B5	NO	NO	NO	NO1			
10	Thomas pachon Nader		X	30	1073					2		NO	NO	NO	NO.			
11	Deisy Aidee Nader	X		40	53.89					2	B1	NO	NO	NO	NO			
12	MILENA ARBOLEDA ZULUAGA	X		40	52					2	B7	NO	NO	NO	NO			
13	Daniel Efrén Guiza		X	45	79213751					2		NO	NO	NO	NO			
14	Marcela Murillo Castro	X		40	2855					1	B2	NO	NO	NO	NO1			
15	Maria Isabel	X		42	65.556					1		.			N 1			
16	maribum Cohen	X		28	23744					2	C	NO	NO	NO	NO7			
17	Fanny Pinzón.	X		52	39666					1	B4	NO	NO	4	NO			
18	Blanca Gutierrez	X		671	2041					2		NO		NO				
19	Liz adriana martinez	X		30	1030					2	C	NO	NO	NO	1			
20	JESUS ENRIQUE BALLEN T		X	58	19203.5					2		NO	NO	NO	NO			

* GRUPO POBLACIONAL

GRUPO ETNICO	1. INDIGENA	2. NEGRO/ AFRODESENDIENTE	3. RAIZAL / PALENQUERO	4. ROM / GITANO	CONDICION ESPECIAL	1. MUJER CABEZA DE HOGAR	2. GESTANTE	3. CARCELARIO	4. LGTBIQ+	5. HABITANTE DE CALLE	6. REINSERTADO	7. MIGRANTES	8. RETORNADO		
HECHO VICTIMIZANTE	1. HOMICIDIOS Y MASACRES	2. DESPLAZAMIENTO FORZADO	3. SEQUESTRO	4.LESIONES	5.TORTURA O TRATOS INHUMANOS Y DEGRADANTES		6.DELITOS CONTRA LA LIBERTAD DE INTEGRIDAD SEXUAL	7. RECLUTAMIENTO FORZADO DE MENORES	8.LESIONES QUE NO CAUSAN INCAPACIDAD	9.DESAPARICION FORZADA	10.ACTO TERRORISTA, ENFRENTAMIENTO, HOSTIGAMIENTO		11.AMENAZAS		
DISCAPACIDAD - TIPO DE LIMITACION	1.COGNITIVA	2.VISUAL	3.AUDITIVA	4.FISICA	5.MULTIPLE	CURSO DE VIDA	1. 0-5 AÑOS	2. 6-11 AÑOS	3. 12-17 AÑOS	4. 18-28 AÑOS	5. 29-59 AÑOS	6. 60 Y MAS AÑOS			
NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO						NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR									

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT. 79140518 - TELEFONO: 812 4315 - 310 560 4347

Powered by CamScanner

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Código:	SL-03-F09	
Versión:	2	
Fecha de Aprobación		
DD	MM	AA
17	2	22

Universidad Cundinamarca

EVENTO:

RESPONSABLE:

OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN:

LUGAR: Universidad de Cundinamarca

PROGRAMA: Soacha ciudad Saludable.

FECHA: / /

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO F	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO IDENTIDAD O NIT.	DIRECCION - INSTITUCION - ESTABLECIMIENTO	BARRIO	COMUNA	SERVICIO PRESTADO	TIPO DE AFILIACION 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Especial 4. Sin afiliacion	Clasificación Sisben	* GRUPO POBLACIONAL Grupo etnico (#)	Hecho victimizante (#)	Discapacidad (#)	Condicion especial (#)	Curso de vida	TELEFONO	FIRMA Y/O HUELLA
1	Kelly Johana Agcas.	X		28	1074552803					2	NR	-				18 - 28	3045339911	
2	Yudy Narvaez	X		43	27090266					2.	NR	-				29 - 59	3133613086	
3	Marisol Baron.	X		56	51868053					2	NR	-				29 - 59	3103429982	
4	Martha Cardenas	V		52	39668553					2	NR	-				29 - 59	3122871109	
5	Loz Angela Molina.	X		32	1012378872					2	NR	-				29 - 59	3208656534	
6	Jorge Moreno		X	40	80494685					2	NR	-				29 - 59	3147729814	
7	Juan Pablo Monevar		X	22	1000369454					1	NR	-				28 - 28	3137696668	
8	Valentina Cediel Garcia			19	1144160249					1	NR	-				18 - 28	3127471600	
9	Andres Castillo.			20	1000364350					1	NR	-				18 - 28	3154076591	
10	Evelin Amado			20	1000806564					1	NR	-				18 - 28	3045291507	
11	Veronica Castellanos			21	1000856940					2	NR	-				18 - 28	3115890135	
12	Dessy Borda			21	1000757047					2	NR	-				18 - 28	3196803739	
13	Samuel Baquero			18.	1073366651					1	NR	-				18 - 28	3105913520	
14	Juliana Ortiz			16	1032483472					1	NR	-				18 - 28	3126730999	
15	Laura Silva			17	1019198912					2	NR	-				18 - 28	3123106076	
16	Jari Romero			19	1007157980					2	NR	-				18 - 28	3115119434	
17	Paula Rodriguez			18	1018403898					2	NR	-				18 - 28	3137108019	
18	Lina Rincon.			18	1032749603					2	NR	-				18 - 28	3223535329	
19	Jerson Gaitan.			30	1069944936					2	NR	-				29 - 59	3212937555	
20	Ingrid Gil			35	1030540534					1	NR	-			1	29 - 59	3158267005	

* GRUPO POBLACIONAL

GRUPO ETNICO	1. INDIGENA	2. NEGRO/ AFRODESENDIENTE	3. RAIZAL / PALENQUERO	4. .ROM / GITANO	CONDICION ESPECIAL	1. MUJER CABEZA DE HOGAR	2. GESTANTE	3. CARCELARIO	4.LGTBIQ+	5.HABITANTE DE CALLE	6. REINSERTADO	7.MIGRANTES	8. RETORNADO
HECHO VICTIMIZANTE	1. HOMICIDIOS Y MASACRES	2.DESPLAZAMIENTO FORZADO	3.SECUESTRO	4.LESIONES	5.TORTURA O TRATOS INHUMANOS Y DEGRADANTES		6.DELITOS CONTRA LA LIBERTAD DE INTEGRIDAD SEXUAL	7.RECLUTAMIENTO FORZADO DE MENORES	8.LESIONES QUE NO CAUSAN INCAPACIDAD	9.DESAPARICIÓN FORZADA	10.ACTO TERRORISTA, ENFRENTAMIENTO, HOSTIGAMIENTO		11.AMENAZAS
DISCAPACIDAD - TIPO DE LIMITACION	1.COGNITIVA	2.VISUAL	3.AUDITIVA	4.FISICA	5.MULTIPLE	CURSO DE VIDA	1. 0-5 AÑOS	2. 6-11 AÑOS	3. 12-17 AÑOS	4. 18-28 AÑOS	5. 29-59 AÑOS	6. 60 Y MAS AÑOS	
NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO						NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR							

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner