FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _01_____ MES 09 _____ AÑO _2023_____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICION: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: **CESAR** MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres: SHEILA MICHELL GARCIA PEÑALOZA		Cama: 10	Historia de Atención: 1.067.735.788
Sexo: M ☐ F ☒	Fecha de Nacimiento: Día 14 Mes 02 Año 2022		Edad Completa: A 1 M 6 D
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO** NANAECHPO	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO- YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre: NO		Nombre de la Madre: LILY JOHANA PEÑALOZA MONTES	
Dirección de residencia: NANAECHPO		Teléfono de residencia y/o contacto:	
Afiliación al SGSSS, marque con una (X) Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Régimen Especial ☐ Vinculado ☐ EPS: _____ IPS Primaria o de Remisión: _____			
Tipo de Identificacion del paciente: Sin identificacion ☐ (en este caso coloque el número de identificacion de la madre o acudiente seguido de 0 y el numero de hijo que corresponde el paciente) Registro Civil ☒		Número de identificación del paciente:	

2. MOTIVO DE CONSULTA:

MENOR DE EDAD QUE INGRESA AL CENTRO DE RECUPERACION CRN , CON CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR PEDIDA DE PESO GRADUAL, ACOMPAÑADO CON IRA Y EDA, DEJANDO UN MAL ESTADO MUSCULO NUTRICIONAL, UBICADO MEDIANTE SUSQUEDA ACTIVA, POR LO QUE ES VALORAO POR SU INGRESO.

3. ANTECEDENTES FAMILIARES (Marque con una (X) e indique el parentesco):

☐ Diabetes	☐ Congénitas
☐ Cáncer	☐ Epilepsia
☐ Hipertensión Arterial	☐ Tuberculosis
☐ Otras alteraciones Cardiovasculares (ECV, infarto al miocardio, entre otras)	☐ Tabaquismo
☐ Asma	☐ Alcoholismo
☐ Alergias	☐ VIH/ Sida
☐ Desnutrición	☐ Otras:

4. ANTECEDENTES PERINATALES:

Asistió a controles prenatales (CPN) Si ☐ No ☒ No sabe ☐ ¿Cuántos?	Embarazo Normal Si ☒ No ☐ No sabe ☐
Complicaciones durante el embarazo Si ☐ No ☒ No sabe Si, ¿cuál? _____	Complicaciones durante el parto Si ☐ No ☒ No sabe ☐ Si, ¿cuál? _____

Peso al nacer: ☒ gramos	Talla al nacer: ☒ cm.
Complicaciones neonatales (primeros 30 días de vida) Si ☐ No ☒ No sabe ☐ Si, ¿cuál? _____	Hospitalizaciones neonatales Si ☐ No ☒ No sabe ☐ Si, ¿por qué? _____
Observaciones (indicar diagnósticos y tratamientos en el periodo neonatal)	

5. DESARROLLO:

Control o sostén cefálico 4 meses	Sonrisa social 2.5 meses	Giros (supino-prono) 4 meses
Sedestación sin apoyo meses	Gateo 12 meses	Marcha sin apoyo meses
Primeros dientes 12 meses	Control de esfínteres meses	Sonidos guturales meses
Disilabos 9 meses	Palabras completas meses	Frases completas meses
Adecuada relación con los demás Si ☒ No ☐ No, ¿por qué? _____	Adecuada Escolaridad/Rendimiento Si ☒ No ☐ No, ¿por qué? _____	

¿Asiste a programa de Crecimiento y Desarrollo del sector Salud?
Si [X] No [ ]
No, ¿por qué?
_____

6. VACUNACIÓN (Marque con una (X). Utilice esta misma grafica para actualizar información en nuevas consultas, verificando con el carnet de vacunación):

EDAD	VACUNAS	VERIFICACION
Nacimiento	BCG Hepatitis B(HB) -0	Si [X] No [ ]
2 meses	Polio-1 DPT-1 HB-1 Rotavirus-1 Neumococo-1 Haemophilus influenzae tipo b (Hib)-1	Si [X] No [ ]
4 meses	Polio-2 DPT-2 HB-2 (Hib)-2 Rotavirus-2 Neumococo-2	Si [X] No [ ]
6 meses	Polio-3 DPT-3 HB-3 (Hib)-3 Influenza-1	Si [X] No [ ]
7 meses	Influenza-2	Si [X] No [ ]
1 año	Sarampión-Rubeola-Paperas(SRP)-1 Fiebre Amarilla-1, Neumococo-refuerzo Influenza-anual, Hepatitis A-única Refuerzo Fiebre Amarilla cada 20años	Si [X] No [ ]
18 meses	Polio-R1 DPT-R1	Si [ ] No [X]
5 años	(SRP)-R1 DPT-R2 Polio-R2	Si [ ] No [ ]
Niñas 9 años o más	VPH: 1ª. dosis; 2ª.dosis a 6 meses, 3ª.dosis a 60 meses (5 años)	Si [ ] No [ ]
Otras	Vacuna: _____ Fecha: _____ Vacuna: _____ Fecha: _____ Vacuna: _____ Fecha: _____	

7. ANTECEDENTES PERSONALES (en caso positivo escriba el número a la derecha y describa):

1.Patológicos	Si [ ] No [ ]	
2.Hospitalarios	Si [ ] No [ ]	
3.Farmacológicos	Si [ ] No [ ]	
4.Quirúrgicos	Si [ ] No [ ]	MADRE NIEGA INTERROGATORIO
5.Alérgicos	Si [ ] No [ ]	
6.Traumáticos	Si [ ] No [ ]	
7.Tóxicos	Si [ ] No [ ]	
8.Transfusionales	Si [ ] No [ ]	

8. REVISIÓN POR SISTEMAS (si es positivo marque con (X) y describa a la derecha):

[ ] Piel y Faneras	
[ ] Ojos	

☐ Otorrinolaringológico (ORL)	
☐ Cardiovascular	
☐ Respiratorio	
☐ Digestivo	LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL
☐ Genito/Urinario	
☐ Endocrino	
☐ Hematológico/Inmunológico	
☐ Neurológico	
☐ Mental	

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso 7.3_____ kg	Talla _73.5_____ cm	Perímetro Cefálico _42.3_____cm	Perímetro Abdominal ___48cm Perímetro braquial: 12.9
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC __99____ / min.	FR ___29____ / min.	Tensión Arterial ____90__/___60__ mmHg	Temperatura _36____*C Axilar ☒ Rectal ☐ Oral ☐

Aspecto General (hidratación, orientación, estado de conciencia, etc.)

Sistema	Positivo	Negativo	Descripción (si es positivo escriba el número del sistema y describa los hallazgos, importante enfatizar en signos clínicos de desnutrición)
1.Cabeza	✖		NORMOCEFALO, CABELLO RALO, ESCASO
2.Cara			NORMAL SIN LESIONES
3.Ojos			PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ
4.Oidos			SIN SECRESIONES
5.Nariz			FOSAS NASALES PERMEABLES
6.Orofaringe			FOSAS NASALES PERMEABLES
7.Boca	✖		HUMEDA
8.Cuello			MOVIL, SIN ADENOPATIAS
9.Torax			SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE
10.Corazón			RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
11.Pulmones			CLAROS
12.Abdomen			BLANDO DEPRESIBLE, GLOBOSO NO DOLOROSO
13.Genitourinario			NORMOCONFIGURADO PARA LA EDAD
14.Periné/Ano			NORMAL
15.Osteoarticular			EUTROFICAS SIN EDEMA

16.Caderas			NORMAL
17.Neurologico			SIN DEFICIT APARENTE GLASGOW 15-15
18.Piel y Faneras	X		SECA
19.Otros			

10. AMPLIACIÓN DEL EXAMEN FÍSICO PARA VERIFICACIÓN DE PATOLOGÍAS PREVALENTES EN LA INFANCIA:

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
VERIFICACIÓN SIGNOS GENERALES DE PELIGRO		
No puede beber o tomar del pecho	Si ☐ No ☒	
Vomita todo	Si ☐ No ☒	
Letárgico o Inconsciente	Si ☐ No ☒	
Convulsiones	Si ☐ No ☒	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR		
Presenta Tos	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____
Dificultad Respiratoria	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____ FR _____/ min.
Presenta Sibilancias Actualmente	Si ☐ No ☒	
Ha presentado sibilancias anteriormente	Si ☐ No ☒	
Presenta tiraje subcostal	Si ☐ No ☒	
Presenta Estridor en Reposo	Si ☐ No ☒	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE DIARREA		
Presenta Diarrea	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____
Presenta Sangre en las Heces	Si ☐ No ☒	
Letárgico o no puede beber	Si ☐ No ☒	
Ojos hundidos	Si ☐ No ☒	
Bebe ávidamente con sed	Si ☐ No ☒	
Intranquilo o irritable	Si ☐ No ☒	
Pliegue cutáneo	Si ☐ No ☒	Muy lento (> 2 seg.): _____ lento : _____
FIEBRE		
Presenta Fiebre	Si ☐ No ☒	Número de días de evolución: _____ Temperatura promedio _____*C
Vive o visito zona de riesgo de dengue	Si ☐ No ☒	

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
Rigidez de Nuca	Si ☐ No ☒	
Aspecto Tóxico	Si ☐ No ☒	
Manifestación de hemorragia	Si ☐ No ☒	
Dolor abdominal intenso	Si ☐ No ☒	
Piel diaforética y fría	Si ☐ No ☒	
Pulso rápido y débil	Si ☐ No ☒	
Inquieto o irritable	Si ☐ No ☒	
Erupción cutánea generalizada	Si ☐ No ☒	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DEL OÍDO		
Tiene dolor de oído	Si ☐ No ☒	
Tiene supuración	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____ Ha presentado episodios previos?: _____
Tímpano rojo y abombado	Si ☐ No ☒	
Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja	Si ☐ No ☒	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DE GARGANTA		
Tiene dolor de garganta	Si ☐ No ☒	
Adenopatías cervicales	Si ☐ No ☒	
Exudados blanquecinos	Si ☐ No ☒	
Eritema	Si ☐ No ☒	

11. MALTRATO INFANTIL – VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (Marque con una (X) y explique en la descripción en caso afirmativo):

Signo	Presencia	Descripción
Negligencia	Si ☐ No ☒	
Maltrato Físico	Si ☐ No ☒	
Maltrato Emocional	Si ☐ No ☒	
Maltrato o violencia sexual	Si ☐ No ☒	
Otros	Si ☐ No ☒	

12. PARA CLÍNICOS (Transcribir a continuación resultados de hemograma, uro análisis, radiografías y otros):

_____

_____

_____

13. IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS:

1.DESNUTRICION AGUDA MODERADA
2.DESNUTRICION GLOBAL
3.
4.
5.

14. ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

1. PRUEBA DE APETITO POSITIVO DAR ¼ AHORA
2. FTLC CALCULADO 1095 KILOCALORIAS EN 24 HORAS 2 SOBRES DIA POR 7 DIAS
3. AGUA POTABLE 1095 CC EN 24 HORAS , 5 VASOS EN 5 TOMAS EN 24 HORAS
4. ACIDO FOLICO 5MG AHORA
5. SULFATO FERROSO 2 CC CADA 24 HORAS
6. SULFATO DE ZINC DAR 5 CC CADA 24 HORAS POR RAZON NECESARIA
7. CONTROL DE SIGNOS VITALES 2 VECES AL DIA

Nombre del Médico:	**Firma, Sello y Registro Médico:**
ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA	Alfredo Raul Calderon Viña Alfredo R. Calderón Viña Medico General CC 7718175[illegible] RM 2872 [illegible]

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 01 Mes 09 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN – CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: SHEILA MICHELL GARCIA PEÑALOZA Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 14 M 02 A 2022 Edad: 1 AÑO 6 MESES Sexo: F X M ☐

Nombre Acudiente: LILY JOHANA PEÑALOZA MONTES Parentesco: MADRE

Diagnóstico Médico: DESNUTRICION AGUDA MODERADA

Tratamiento Médico: _____

II. ANTECEDENTES

NEONATALES:

Edad Estacional: 9 MESES Peso al Nacer: _____ (g) Talla al Nacer: _____ (cm)

Observaciones: NINGUNA

PATOLÓGICOS (Marcar con una X):

Respiratorias ☐ Diarreicas ☐ Eruptivas ☐ Alergias ☐ Qx ☐

¿Cuál (es)? DESGANADA

Vacunación: Esquema completo para la edad: X Esquema incompleto para la edad: _____

Otras: _____

FAMILIARES:

Obesidad ☐ Alergias ☐ HTA ☐ Diabetes ☐ Enf. Cardio Vascular ☐ Cáncer ☐ _____

Otras: NINGUNA

III. EXAMEN FÍSICO (Observación de Signos de Malnutrición):

ÁREA A EVALUAR	OBSERVACIÓN	INTERPRETACIÓN
Cabello	Débil, opaco, signo de bandera	Hipovitaminosis
Cara	Delgadez, labio fisurado	Deficiencia proteico, calórica
Cavidad Oral y Estructuras	Estructura con manchas	Falta de higiene, hipovitaminosis

Tronco (Estomago)	Abdomen globoso	Parasitosis
Miembros Inferiores Superiores	delgadez	Deficiencia proteico, calórica
Manos - Uñas	Sucias, palidez palmar	Falta de higiene
Piel	Seca, escamosa, palidez generalizada, con lesiones	Deshidratación, hipovitaminosis

Interpretación General:

femenina con signos de deficiencia de micronutrientes, delgadez musculo esquelética generalizada, rosario intercostal.

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso Actual: 7.3 Kg. Presenta edema: Si ☐ No X Grado: _____

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 73.5 cm

Perímetro Cefálico: 42.3 cm Perímetro Braquial: 12.9 cm

Perímetro Torácico: 49.3 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.23	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -2.64	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -2.92	DESNUTRICION GLOBAL

% Déficit de Peso/ Talla: 17 %

Clasificación Nutricional: DESNUTRICION AGUDA MODERADA CON TALLA BAJA PARA LA EDAD.

V. EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXAMEN	VALOR ACTUAL	REFERENCIA NORMAL

Interpretación: _____

VI. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

LACTANCIA MATERNA: LM

Recibió LM Exclusiva: Si X Duración: 4 MESES Frecuencia: _____

No ☐ Causa: _____

Recibió Fórmulas Infantiles: Si ☐ No ☐

Tipo de Fórmula: _____ No. Tomas/día: _____

Preparación: _____

Si el niño o niña aún lacta, solicite a la madre que amamante en un espacio tranquilo. Observe durante 15 minutos y describa:

Condición de los pechos: PEZON PEQUEÑO

Posición del bebe durante la lactancia: CUNA

Agarre del pecho: ADECUADO

Succión – Deglución: BUENA

La niña o niño mamó durante 20 minutos durante la entrevista para el diligenciamiento del formato.

Plan para programar acciones con el fin de iniciar lactancia o relactancia materna: _____

_____

_____

_____

_____

_____

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

¿A qué edad inicio la alimentación complementaria? 4 MESES

EDAD	TIPO ALIMENTO	PREPARACIÓN
0 - 2 Meses	leche materna	Lactancia materna
2 - 4 Meses	leche materna	Lactancia materna
4 - 6 Meses	Leche materna + comida + avena , maíz, papa.	Libre demanda/colada de avena, chicha de maíz, sopa.
6 - 8 Meses	Leche materna + comida + avena , maíz, papa.	Libre demanda/colada de avena, chicha de maíz, sopa.
8 - 12 Meses	Leche m + comida + avena, maíz, papa.	Libre demanda/colada de avena, chicha de maíz, sopa.

¿A qué edad inicio la dieta familiar? 4 MESES

Persona encargada de la alimentación del menor PADRES

¿En qué lugar recibe alimentos el menor? CRN NANAECHPO

HÁBITOS ALIMENTARIOS

Apetito: Bueno X Regular ☐ Malo ☐

Ingesta: Rápida ☐ Despacio X Normal ☐

Deglución: Normal X Deficiente ☐

Mastica: Si X No ☐ Explicar: _____

Hábito intestinal: Normal X Estreñimiento ☐ Diarrea ☐

Síntomas gastrointestinales: Vómito ☐ Reflujo ☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____

Alimentos Preferidos: sopa, arroz, pollo tubérculos. (yuca, plátanos, ahuyama)

Alimentos Rechazados: NINGUNO

Alimentos no tolerados: NINGUNO

VII. ANAMNESIS ALIMENTARIA:

HORA	ALIMENTO Y PREPARACIÓN	CANTIDAD
7 AM	CHICHA	1 PORC PEQ
	FRIJOLES	1 PORC PEQ
	AVENA	1 VASO
12 PM	YUCA, PAPA	1 PORC PEQ
	FRIJOL	1 PORC PEQ
	AGUA DE PANELA	1 VASO
6:00 PM	ARROZ	1 PORC PEQ
	MALANGA	1 PORC PEQ
	CHICHA	1 PORC PEQ

VIII. FRECUENCIA DE CONSUMO

Indique ¿cuál es la frecuencia de consumo de alimentos de cada uno de los siguientes grupos?

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
Arroz, pasta					X			
Papa, plátano, arracacha, ñame		X						
Pan, Arepa							X	
Tomate, zanahoria, ahuyama							Ahuyama	X
Habichuela, alverja verde, acelga, espinaca, brócoli, cebolla,								X
Mango, maracuyá, Papaya, Guayaba							X	
Banano, lulo, piña, naranja,								X
Leche entera							X	
Fórmula láctea								X

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
Yogurt, Kumis								X
Queso								X
Preparaciones con leche							X	
Carne, Pollo, pescado							X	
Huevo							X	
Leguminosa		X						
Bienestarina							X	
Embutidos								X
Aceites, Mantequilla y Grasas							X	
Aguacate, coco								X
Azúcar, panela					X			
Dulces					X			
Paquetes, Comidas Rápidas								X
Gaseosas							X	
Otros								X

FUENTE: Construcción propia con aportes del Instrumento para evaluar los hábitos de consumo de alimentos en mujeres gestantes y lactantes, y niños menores de 5 años participantes del proyecto de complementación alimentaria del municipio de Itagüí.

IX. CÁLCULO DE CONSUMO APROXIMADO CALORÍAS Y NUTRIENTES DEL NIÑO O NIÑA AL INGRESO DEL PROGRAMA Y RECOMENDADO

De acuerdo con la anamnesis alimentaria, estime el consumo de calorías y nutrientes y el porcentaje de adecuación.

NUTRIENTES	CONSUMO	RECOMENDADO	% ADECUACIÓN
Calorías	500CAL	1063CAL	45.6%
Proteínas	15	29	34.5%
Grasas	10	41	24.0%
Carbohidratos	110	144	76.4%
Calcio	300	700MG	60.0%
Hierro	1	3MG/KG/DIA	33.0%
Vitamina A	100	300	33.3%
Zinc	0	2MG/KG/DIA	0
Ácido fólico	0	4MG/DIA	0

X. INTERPRETACIÓN: DE LA ANAMNESIS ALIMENTARIA PODEMOS CONCLUIR QUE TIENE UNA INGESTA ALIMENTARIA DESEQUILIBRADA E INADECUADA POR ENDE HAY DESCOMPENSACION EN EL CUBRIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES QUE NECESITA PARA SU DESARROLLO.

ASI MISMO EL ALTO GRADO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA AL QUE ESTA EXPUESTO TODO EL NUCLEO FAMILIAR.

XI. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:

DNT AGUDA MODERADA

XII. PRESCRIPCIÓN DIETARIA:

SE INICIA TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON REGIMEN NORMOCALORICO, NORMOPROTEICO, DIETA ALTA EN HIERRO, ZINC Y CALCIO.
CAL: 1095 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 2 SOBRE/DIA ZINC: 14.6 MG/DIA

XIII. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL:

A continuación, debe realizar el cálculo de calorías y nutrientes que se deben suministrar al inicio de la atención en el CRN, teniendo en cuenta las necesidades de acuerdo al peso actual y el vehículo de aporte (Fórmula terapéutica lista para el consumo – FTLC, alimentación regular y suplementación con micronutrientes).

Tenga en cuenta que, si el niño o niña tiene lactancia materna, deberá promoverla y esta debe realizarse antes del suministro de la FTLC.

Alimento terapéutico listo para el consumo a suministrar		
Gramos / día	**Presentación comercial**	**Observaciones**
184	sobre	2 sobre/día

NUTRIENTES	dato/Kg peso actual	Aporte Total	Aporte total por FTLC	Aporte total por alimentación	Aporte total suplementación[1] micronutrientes	Observaciones
Calorías (Kcal)	150 x 7.3	1095cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1 x 7.3	29.9gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0 x 7.3	43.8gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0 x 7.3	146 gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	21.9mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	14.6mg	131%			
Vitamina A (UI)	300 AI	1104mg	220.8%			RIEN
Ácido fólico	5MG/1MG	1104 ug			100%	AI iniciar 1mg durante tratamiento.

XIV. MENÚ (descripción general del menú indicado, mínimo debe contener: No. De tiempos de comida, alimentos a suministrar en cada tiempo de comida, lactancia materna, tipo de formula con la que se inicia la atención, frecuencia, volumen por toma de formula):

SE INICIA FTLC 2 SOBRES/DIA, MAS ALIMENTACION COMPLEMENTARIA BALANCEADA ORDENADA ASISTIDA EN 3 TIEMPOS DE COMIDA Y 2 MERIENDAS, LA CUAL ESTA CONSTITUIDA POR PROTEINAS DE ALTO VALOR BIOLOGICO, TUBERCULOS, PLATANOS, FRUTAS Y VERDURAS, HARINAS. ETC

XV. RECOMENDACIONES:

ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE DE LA MADRE EN EL PROCESO DE RECUPERACION NUTRICIONAL Y AL MOMENTO DE SUMINISTRAR LOS ALIMENTOS PARA LOGRAR SU CONSUMO AL 100%

LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUES DE CADA ACTIVIDAD Y COMIDA.

FORMULA NUTRICIONAL FTLC 2 VECES AL DIA CON VASO DE AGUA VIGILAR CONSUMO

SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DADAS POR EL EQUIPO DE CRN, PARA PREVENCION DEL COVID 19 COMO MANTENER AISLAMIENTO PREVENTIVO A 1 METRO DE DISTANCIA MINIMO. LAVADO DE MANOS FRECUENTES SIGUIENDO LA GUIA ESTABLECIDA, USO DE TAPABOCAS TANTO COMO PARA LA MADRE COMO PARA EL NIÑO Y ACOMPAÑANTE.

VIGILAR CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS SANITARIAS POR COVID 19 POR PARTE DE TODO EL EQUIPO DEL CRN

Nombre del Nutricionista Dietista:	**Firma, sello y tarjeta profesional:**
MARIA CECILIA CARRILLO RIOS	María Cecilia Carrillo Ríos NUTRICIONISTA Y DIETISTA T.P. 1122821423 Maria Carrillo

RESERVADO

Fecha de aplicación: Día 05 Mes 09 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: NANECHPO

Departamento: CESAR Municipio: CODAZZI

Nombre profesional social: CHARLOTTE PEÑALOZA GONZÁLEZ

Persona o personas que suministran la información: LILY JOHANA PEÑALOZA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **SHEILA**	**Segundo Nombre** MICHELL	**Primer Apellido** GARCÍA	**Segundo Apellido** **PEÑALOZA**
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 01/09/2023 Si presenta reingreso indicar cuantos reportando mes y año 1: mes / año 2: mes / año 3: mes / año 4: mes / año		**Número de Registro Civil (R.C):** 1.067.735.788 **Sin R.C.** ☐	
Si no cuenta con registro civil cual es la razón: ☐ Se perdió y no ha tramitado copia ☐ Falta de gestión familiar ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan ☐ Ha intentado tramitarlo pero no ha sido atendido ☐ Otra, cuál:		**Cómo se enteró del CRN:** X Búsqueda activa del equipo de CRN ☐ Sector salud ☐ Autoridad tradicional ☐ Líder comunitario ☐ Otro programa del ICBF (cuál?) ☐ Otro medio (cuál?)	
La familia del niño o niñas es desplazada: ☐ SI. De donde: X NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: X NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI X NO	**¿Es Indígena?** X SI. Pueblo: YUKPA ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: X NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: X NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: X NO	
Departamento y municipio de residencia: **CESAR-CODAZZI**	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** **NANECHPO**	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel:		**Número teléfono contacto dos**[1] Nombre: Tel:	
Zona X Rural ☐ Urbano Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos, rutas):			

[1] Solicitar el número telefónico de un familiar, amigo, vecino; a través del cual se logre ubicar al papá, mamá o acudiente en caso de que no se logre comunicación con ellos

Presenta discapacidad: NO X SI ☐

Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 2. Estructura familiar

En que categorías presenta discapacidad

1. ☐ Alteración a nivel de movilidad
2. ☐ Alteraciones a nivel sensorial: Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto ☐
3. ☐ Alteraciones a nivel mental: Cognitivo ☐ Psicosocial ☐
4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico
5. ☐ Alteraciones al nivel del habla
6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia

1. ☐ Leve – Independiente
2. ☐ Moderada – Semindependiente
3. ☐ Severa – Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: SI ☐ NO ☐

Entidad que certifica la discapacidad:

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? ☐ SI ☐ NO	**¿Requiere ayuda de otra persona?** SI ☐ NO ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	**¿Requiere ayuda técnica?** SI ☐ NO ☐ **¿Cuenta con la ayuda técnica?** SI ☐ NO ☐
¿Requiere terapia y/o rehabilitación? SI ☐ NO ☐	**¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?** SI ☐ NO ☐	**¿Tiene proceso de interdicción?** SI ☐ NO ☐

Si recibe terapia o rehabilitación. Nombre entidad atención:

Descripción de la terapia y/o rehabilitación:

Descripción de la discapacidad:

2. ESTRUCTURA Y ECONOMIA FAMILIAR

En el siguiente cuadro registrar las personas que conviven con el niño de mayor a menor según edad

Nombre y apellido	Edad	Parentesco / afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud	Tiempo de trabajo (permanente, temporal, eventual)
LILY JOHANA PEÑALOZA	24a	MADRE	U. LIBRE	BACHILLER	HOGAR	DUSAKAWI	PERMANENTE

Al final de nombre y apellido identifique con un asterisco (*) a la persona que está responsable del cuidado del niño o niña la mayor parte del tiempo. Si la persona responsable del cuidado del niño, no conviven con el niño o niña en el mismo hogar, indique sus datos en la siguiente fila:

Nombre y apellido	Edad	Parentesco / afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud	Tiempo de trabajo (permanente, temporal, eventual)

Si el niño o niña no vive con su padre y su madre, indicar la razón:

- ☐ Divorcio o separación
- ☐ Fallecimiento
- ☐ Trabajo
- ☐ Asilo político
- ☐ Otro. Cuál:
- ☐ Privacidad de la libertad
- ☐ Amenaza
- ☐ Desaparición
- ☐ Nunca han convivido

Si el niño no vive con su padre y su madre, y está/n vivos, cumple con la responsabilidad de alimentos:

SI ☐ NO ☐

De las personas con las cuales convive el niño o niña beneficiario/a se encuentra

- ☐ Mujer en gestación
- ☐ Madre en periodo de lactancia
- ☐ Niños/as de 0 a 2 años
- ☐ Niños/as de 2 a 5 años

Considera que alguno de ellos/as requiere valoración nutricional, si quién:

Del número de personas que conviven con el niño o niña cuantos aportan económicamente a la economía familiar:
1

Total de ingresos mensuales de la familia en SMMLV:

- X Menor o igual al 50% del SMMLV
- ☐ Entre el 50 y el 100% del SMMLV
- ☐ Más de 2 SMMLV

Observaciones relacionadas con estructura y economía familiar

FAMILIA DE TIPOLOGÍA NUCLEAR, CONFORMADA POR MADRE, PADRE E HIJO. EN LA CUAL EL PADRE TIENE LA RESPONSABILIDAD ECONÓMICA EN EL HOGAR, REALIZANDO LABORES DEL CAMPO (AGRICULTURA), A TRAVÉS DE ESTA ACTIVIDAD, LOGRA DARLE EL SUSTENTO A LA FAMILIA. MADRE DEDICADA AL HOGAR Y LAS LABORES DE CASA, ADEMÁS DE LA CRIANZA DE LOS NIÑOS, DADO QUE SE DEDICA COMPLETAMENTE A ELLO.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

RESERVADA

La familia cuenta con apoyo de: (selección múltiple)	Si la familia cuenta con apoyo éste es de tipo	Algún integrante de la familia participa en alguna red o grupo social:
1. ☐ Familia extensa 2. ☐ Vecinos 3. ☐ Amigos/as 4. ☐ Sector público 5. ☐ Sector privado 6. ☐ Sector religioso 7. X Ninguna 8. ☐ Otro. Cuál:	1. ☐ Económico 2. ☐ Material 3. ☐ Protección y cuidado 4. ☐ Emocional 5. ☐ Espiritual 6. ☐ Otro. Cuál:	☐ SI ☐ NO

4. CONCLUSIONES

PACIENTE FEMENINO DE 1 AÑO Y 6 MESES, QUIEN ES INGRESADO AL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, CON DX DE DNT AGUDA MODERADA, LA CUAL ES DIAGNOSTICADA POR LA PROFESIONAL EN NUTRICIÓN. PACIENTE QUE SE ENCUENTRA ESTABLE, ORIENTADO, ALERTA Y CONSCIENTE, CON ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA SU EDAD. ADECUADAS RELACIONES ENTRE MADRE E HIJO, ADEMÁS DE ESTO PRESENTA BUEN DESARROLLO PSICOSOCIAL CON SUS COMPAÑEROS. SE EVIDENCIAN PATRONES DE HIGIENE INADECUADOS. ADECUADO PATRÓN DE SUEÑO, ADECUADO PATRÓN DE ALIMENTACIÓN. PACIENTE QUE RECIBE DE BUENA MANERA EL TRATAMIENTO, BUENA ADHERENCIA. ES IMPORTANTE RESALTAR QUE DEBIDO A LOS USOS Y COSTUMBRES DE LA ETNIA YUKPA, SE EVIDENCIAN LAS FAMILIAS NUMEROSAS, DADA ESTA SITUACIÓN SE PRESENTA EL RIESGO DE MALNUTRICIÓN Y RIESGO DE FACTORES SOCIALES COMO EL HACINAMIENTO.

5. ACCIONES PARA REALIZAR CON LA FAMILIA EN EL PRIMER MES DE INGRESO DEL NIÑO O NIÑA AL CRN (ENTRE LAS CUALES SE DEBE INCLUIR UNA VISITA DOMICILIARIA)

***REALIZAR TALLERES PSICOEDUCATIVOS CON LA FAMILIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA CRIANZA BASADA EN EL RESPETO, OMITIENDO LA VIOLENCIA.**

***REALIZAR INTERVENCIONES GRUPALES Y CON CADA FAMILIA PARA ABORDAR EL TEMA DE LA BUENA NUTRICIÓN Y LA SALUD.**

***INCENTIVAR A LAS FAMILIAS A REALIZAR ACCIONES QUE AYUDEN A MEJORAR EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS MENORES**

***REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS**

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año):	
25/09/2023 Es prudente que la fecha sea acordada con la familia, para garantizar que este presenta la mayoría de los integrantes de la misma. De igual forma comunica que esta visita no tiene como objetivo realizar una inspección o vigilancia si no de generar un espacio de interacción e integración.	Charlotte Peñaloza González. Charlotte Peñaloza González PSICÓLOGA T.P. 245032 **Firma profesional social**

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _01_____ MES 09 _____ AÑO _2023_____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICION: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: **CESAR** MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres: ASHLY GARCIA MONTES		Cama: 12	Historia de Atención: 1.065.681.256
Sexo: M ☐ F ☒	Fecha de Nacimiento: Día 22 Mes 12 Año 2022	Edad Completa: A M 8 D	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO** NANAECHPO	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO- YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre: NO	Nombre de la Madre: LILIANA MONTES PEREZ		
Dirección de residencia: NANAECHPO	Teléfono de residencia y/o contacto:		
Afiliación al SGSSS, marque con una (X) Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Régimen Especial ☐ Vinculado ☐ EPS: _____ IPS Primaria o de Remisión: _____			
Tipo de Identificacion del paciente: Sin identificacion ☐ (en este caso coloque el número de identificacion de la madre o acudiente seguido de 0 y el numero de hijo que corresponde el paciente) Registro Civil ☒	Número de identificación del paciente:		

2. MOTIVO DE CONSULTA:

MENOR DE EDAD QUE INGRESA AL CENTRO DE RECUPERACION CRN , CON CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR PEDIDA DE PESO GRADUAL, ACOMPAÑADO CON IRA Y EDA, DEJANDO UN MAL ESTADO MUSCULO NUTRICIONAL, UBICADO MEDIANTE SUSQUEDA ACTIVA, POR LO QUE ES VALORAO POR SU INGRESO.

3. ANTECEDENTES FAMILIARES (Marque con una (X) e indique el parentesco):

☐ Diabetes	☐ Congénitas
☐ Cáncer	☐ Epilepsia
☐ Hipertensión Arterial	☐ Tuberculosis
☐ Otras alteraciones Cardiovasculares (ECV, infarto al miocardio, entre otras)	☐ Tabaquismo
☐ Asma	☐ Alcoholismo
☐ Alergias	☐ VIH/ Sida
☐ Desnutrición	☐ Otras:

4. ANTECEDENTES PERINATALES:

Asistió a controles prenatales (CPN) Si ☐ No ☒ No sabe ☐ ¿Cuántos?	Embarazo Normal Si ☒ No ☐ No sabe ☐
Complicaciones durante el embarazo Si ☐ No ☒ No sabe Si, ¿cuál? _____	Complicaciones durante el parto Si ☐ No ☒ No sabe ☐ Si, ¿cuál? _____

Peso al nacer: ___☒___ gramos	Talla al nacer: ___☒___cm.
Complicaciones neonatales (primeros 30 días de vida) Si ☐ No ☒ No sabe ☐ Si, ¿cuál? _____	Hospitalizaciones neonatales Si ☐ No ☒ No sabe ☐ Si, ¿por qué? _____
Observaciones (indicar diagnósticos y tratamientos en el periodo neonatal)	

5. DESARROLLO:

Control o sostén cefálico ___4___meses	Sonrisa social ___2.5___meses	Giros (supino-prono) ___4___meses
Sedestación sin apoyo _____meses	Gateo ___12___meses	Marcha sin apoyo _____meses
Primeros dientes ___12___meses	Control de esfínteres _____meses	Sonidos guturales _____meses
Disilabos ___9___meses	Palabras completas _____meses	Frases completas _____meses
Adecuada relación con los demás Si ☒ No ☐ No, ¿por qué? _____	Adecuada Escolaridad/Rendimiento Si ☒ No ☐ No, ¿por qué? _____	

¿Asiste a programa de Crecimiento y Desarrollo del sector Salud?
Si [X] No [ ]
No, ¿por qué?
_____

6. VACUNACIÓN (Marque con una (X). Utilice esta misma grafica para actualizar información en nuevas consultas, verificando con el carnet de vacunación):

EDAD	VACUNAS	VERIFICACION
Nacimiento	BCG Hepatitis B(HB) -0	Si [X] No [ ]
2 meses	Polio-1 DPT-1 HB-1 Rotavirus-1 Neumococo-1 Haemophilus influenzae tipo b (Hib)-1	Si [X] No [ ]
4 meses	Polio-2 DPT-2 HB-2 (Hib)-2 Rotavirus-2 Neumococo-2	Si [X] No [ ]
6 meses	Polio-3 DPT-3 HB-3 (Hib)-3 Influenza-1	Si [X] No [ ]
7 meses	Influenza-2	Si [ ] No [ ]
1 año	Sarampión-Rubeola-Paperas(SRP)-1 Fiebre Amarilla-1, Neumococo-refuerzo Influenza-anual, Hepatitis A-única Refuerzo Fiebre Amarilla cada 20años	Si [ ] No [ ]
18 meses	Polio-R1 DPT-R1	Si [ ] No [ ]
5 años	(SRP)-R1 DPT-R2 Polio-R2	Si [ ] No [ ]
Niñas 9 años o más	VPH: 1ª. dosis; 2ª.dosis a 6 meses, 3ª.dosis a 60 meses (5 años)	Si [ ] No [ ]
Otras	Vacuna: _____ Fecha: _____ Vacuna: _____ Fecha: _____ Vacuna: _____ Fecha: _____	

7. ANTECEDENTES PERSONALES (en caso positivo escriba el número a la derecha y describa):

1.Patológicos	Si [ ] No [ ]	
2.Hospitalarios	Si [ ] No [ ]	
3.Farmacológicos	Si [ ] No [ ]	
4.Quirúrgicos	Si [ ] No [ ]	MADRE NIEGA INTERROGATORIO
5.Alérgicos	Si [ ] No [ ]	
6.Traumáticos	Si [ ] No [ ]	
7.Tóxicos	Si [ ] No [ ]	
8.Transfusionales	Si [ ] No [ ]	

8. REVISIÓN POR SISTEMAS (si es positivo marque con (X) y describa a la derecha):

[ ] Piel y Faneras	
[ ] Ojos	

☐ Otorrinolaringológico (ORL)	
☐ Cardiovascular	
☐ Respiratorio	
☐ Digestivo	LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL
☐ Genito/Urinario	
☐ Endocrino	
☐ Hematológico/Inmunológico	
☐ Neurológico	
☐ Mental	

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso 5.2_____ kg	Talla _62.5_____ cm	Perímetro Cefálico _42_____cm	Perímetro Abdominal ___40 cm Perímetro braquial: 12.7
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC __92_____ / min.	FR ___28____ / min.	Tensión Arterial ____90__/___60__ mmHg	Temperatura _36____*C Axilar ☒ Rectal ☐ Oral ☐
Aspecto General (hidratación, orientación, estado de conciencia, etc.)			

Sistema	Positivo	Negativo	Descripción (si es positivo escriba el número del sistema y describa los hallazgos, importante enfatizar en signos clínicos de desnutrición)
1.Cabeza	✖		**NORMOCEFALO, CABELLO RALO, ESCASO**
2.Cara			**NORMAL SIN LESIONES**
3.Ojos			**PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ**
4.Oidos			**SIN SECRESIONES**
5.Nariz			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
6.Orofaringe			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
7.Boca	✖		**HUMEDA**
8.Cuello			**MOVIL, SIN ADENOPATIAS**
9.Torax			**SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE**
10.Corazón			**RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS**
11.Pulmones			**CLAROS**
12.Abdomen			**BLANDO DEPRESIBLE, GLOBOSO NO DOLOROSO**
13.Genitourinario			**NORMOCONFIGURADO PARA LA EDAD**
14.Periné/Ano			**NORMAL**
15.Osteoarticular			**EUTROFICAS SIN EDEMA**

16.Caderas			NORMAL
17.Neurologico			SIN DEFICIT APARENTE GLASGOW 15-15
18.Piel y Faneras	X		SECA
19.Otros			

10. AMPLIACIÓN DEL EXAMEN FÍSICO PARA VERIFICACIÓN DE PATOLOGÍAS PREVALENTES EN LA INFANCIA:

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
VERIFICACIÓN SIGNOS GENERALES DE PELIGRO		
No puede beber o tomar del pecho	Si ☐ No ☒	
Vomita todo	Si ☐ No ☒	
Letárgico o Inconsciente	Si ☐ No ☒	
Convulsiones	Si ☐ No ☒	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR		
Presenta Tos	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____
Dificultad Respiratoria	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____ FR _____/ min.
Presenta Sibilancias Actualmente	Si ☐ No ☒	
Ha presentado sibilancias anteriormente	Si ☐ No ☒	
Presenta tiraje subcostal	Si ☐ No ☒	
Presenta Estridor en Reposo	Si ☐ No ☒	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE DIARREA		
Presenta Diarrea	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____
Presenta Sangre en las Heces	Si ☐ No ☒	
Letárgico o no puede beber	Si ☐ No ☒	
Ojos hundidos	Si ☐ No ☒	
Bebe ávidamente con sed	Si ☐ No ☒	
Intranquilo o irritable	Si ☐ No ☒	
Pliegue cutáneo	Si ☐ No ☒	Muy lento (> 2 seg.): _____ lento : _____
FIEBRE		
Presenta Fiebre	Si ☐ No ☒	Número de días de evolución: _____ Temperatura promedio _____*C
Vive o visito zona de riesgo de dengue	Si ☐ No ☒	

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
Rigidez de Nuca	Si ☐ No ☒	
Aspecto Tóxico	Si ☐ No ☒	
Manifestación de hemorragia	Si ☐ No ☒	
Dolor abdominal intenso	Si ☐ No ☒	
Piel diaforética y fría	Si ☐ No ☒	
Pulso rápido y débil	Si ☐ No ☒	
Inquieto o irritable	Si ☐ No ☒	
Erupción cutánea generalizada	Si ☐ No ☒	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DEL OÍDO		
Tiene dolor de oído	Si ☐ No ☒	
Tiene supuración	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____ Ha presentado episodios previos?: _____
Tímpano rojo y abombado	Si ☐ No ☒	
Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja	Si ☐ No ☒	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DE GARGANTA		
Tiene dolor de garganta	Si ☐ No ☒	
Adenopatías cervicales	Si ☐ No ☒	
Exudados blanquecinos	Si ☐ No ☒	
Eritema	Si ☐ No ☒	

11. MALTRATO INFANTIL – VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (Marque con una (X) y explique en la descripción en caso afirmativo):

Signo	Presencia	Descripción
Negligencia	Si ☐ No ☒	
Maltrato Físico	Si ☐ No ☒	
Maltrato Emocional	Si ☐ No ☒	
Maltrato o violencia sexual	Si ☐ No ☒	
Otros	Si ☐ No ☒	

12. PARA CLÍNICOS (Transcribir a continuación resultados de hemograma, uro análisis, radiografías y otros):

_____

_____

_____

13. IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS:

1.DESNUTRICION AGUDA MODERADA
2.DESNUTRICION GLOBAL
3.
4.
5.

14. ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

1. PRUEBA DE APETITO POSITIVO DAR ¼ AHORA
2. FTLC CALCULADO 780 KILOCALORIAS EN 24 HORAS 1 ½ SOBRE DIA POR 7 DIAS
3. AGUA POTABLE 780 CC EN 24 HORAS , 4 VASOS EN 5 TOMAS EN 24 HORAS
4. ACIDO FOLICO 5MG AHORA
5. SULFATO FERROSO 2 CC CADA 24 HORAS
6. SULFATO DE ZINC DAR 5 CC CADA 24 HORAS POR RAZON NECESARIA
7. CONTROL DE SIGNOS VITALES 2 VECES AL DIA

Nombre del Médico:	**Firma, Sello y Registro Médico:**
ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA	Alfredo R. Calderón Viña Medico General CC 7715172

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 01 Mes 09 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN – CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: ASHLY GARCIA MONTES Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 22 M 12 A 2022 Edad: 8 MESES Sexo: F X M ☐

Nombre Acudiente: LILIANA MONTES PEREZ Parentesco: MADRE

Diagnóstico Médico: DESNUTRICION AGUDA MODERADA

Tratamiento Médico: _____

II. ANTECEDENTES

NEONATALES:

Edad Estacional: 9 MESES Peso al Nacer: _____ (g) Talla al Nacer: _____ (cm)

Observaciones: NINGUNA

PATOLÓGICOS (Marcar con una X):

Respiratorias ☐ Diarreicas ☐ Eruptivas ☐ Alergias ☐ Qx ☐

¿Cuál (es)? DESGANADA

Vacunación: Esquema completo para la edad: X Esquema incompleto para la edad: _____

Otras: _____

FAMILIARES:

Obesidad ☐ Alergias ☐ HTA ☐ Diabetes ☐ Enf. Cardio Vascular ☐ Cáncer ☐ _____

Otras: NINGUNA

III. EXAMEN FÍSICO (Observación de Signos de Malnutrición):

ÁREA A EVALUAR	OBSERVACIÓN	INTERPRETACIÓN
Cabello	Débil, opaco, signo de bandera	Hipovitaminosis
Cara	Delgadez, labio fisurado	Deficiencia proteico, calórica
Cavidad Oral y Estructuras	Estructura con manchas	Falta de higiene, hipovitaminosis

Tronco (Estomago)	Abdomen globoso	Parasitosis
Miembros Inferiores Superiores	delgadez	Deficiencia proteico, calórica
Manos - Uñas	Sucias, palidez palmar	Falta de higiene
Piel	Seca, escamosa, palidez generalizada, con lesiones	Deshidratación, hipovitaminosis

Interpretación General:

femenina con signos de deficiencia de micronutrientes, delgadez musculo esquelética generalizada, rosario intercostal.

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso Actual: 5.2 Kg. Presenta edema: Si ☐ No X Grado: _____

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 62.5 cm

Perímetro Cefálico: 42 cm Perímetro Braquial: 12.7 cm

Perímetro Torácico: 41 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.54	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -2.81	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -3.61	DESNUTRICION GLOBAL

% Déficit de Peso/ Talla: 18 %

Clasificación Nutricional: DESNUTRICION AGUDA MODERADA CON TALLA BAJA PARA LA EDAD.

V. EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXAMEN	VALOR ACTUAL	REFERENCIA NORMAL

Interpretación: _____

VI. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

LACTANCIA MATERNA: LM

Recibió LM Exclusiva: Si X Duración: 3 MESES Frecuencia: _____

No ☐ Causa: _____

Recibió Fórmulas Infantiles: Si ☐ No ☐

Tipo de Fórmula: _____ No. Tomas/día: _____

Preparación: _____

Si el niño o niña aún lacta, solicite a la madre que amamante en un espacio tranquilo. Observe durante 15 minutos y describa:

Condición de los pechos: PEZON PEQUEÑO

Posición del bebe durante la lactancia: CUNA

Agarre del pecho: ADECUADO

Succión – Deglución: BUENA

La niña o niño mamó durante 20 minutos durante la entrevista para el diligenciamiento del formato.

Plan para programar acciones con el fin de iniciar lactancia o relactancia materna: _____

_____

_____

_____

_____

_____

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

¿A qué edad inicio la alimentación complementaria? 3 MESES

EDAD	TIPO ALIMENTO	PREPARACIÓN
0 - 2 Meses	leche materna	Lactancia materna
2 - 4 Meses	leche materna	Lactancia materna
4 - 6 Meses	Leche materna + comida + avena , maíz, papa.	Libre demanda/colada de avena, chicha de maíz, sopa.
6 - 8 Meses	Leche materna + comida + avena , maíz, papa.	Libre demanda/colada de avena, chicha de maíz, sopa.
8 - 12 Meses	Leche m + comida + avena, maíz, papa.	Libre demanda/colada de avena, chicha de maíz, sopa.

¿A qué edad inicio la dieta familiar? 3 MESES

Persona encargada de la alimentación del menor PADRES

¿En qué lugar recibe alimentos el menor? CRN NANAECHPO

HÁBITOS ALIMENTARIOS

Apetito: Bueno X Regular ☐ Malo ☐

Ingesta: Rápida ☐ Despacio X Normal ☐

Deglución: Normal X Deficiente ☐

Mastica: Si X No ☐ Explicar: _____

Hábito intestinal: Normal X Estreñimiento ☐ Diarrea ☐

Síntomas gastrointestinales: Vómito ☐ Reflujo ☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____

Alimentos Preferidos: sopa, arroz, pollo tubérculos. (yuca, plátanos, ahuyama)

Alimentos Rechazados: NINGUNO

Alimentos no tolerados: NINGUNO

VII. ANAMNESIS ALIMENTARIA:

HORA	ALIMENTO Y PREPARACIÓN	CANTIDAD
7 AM	CHICHA	1 PORC PEQ
	FRIJOLES	1 PORC PEQ
	AVENA	1 VASO
12 PM	YUCA, PAPA	1 PORC PEQ
	FRIJOL	1 PORC PEQ
	AGUA DE PANELA	1 VASO
6:00 PM	ARROZ	1 PORC PEQ
	MALANGA	1 PORC PEQ
	CHICHA	1 PORC PEQ

VIII. FRECUENCIA DE CONSUMO

Indique ¿cuál es la frecuencia de consumo de alimentos de cada uno de los siguientes grupos?

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
Arroz, pasta					X			
Papa, plátano, arracacha, ñame		X						
Pan, Arepa							X	
Tomate, zanahoria, ahuyama							Ahuyama	X
Habichuela, alverja verde, acelga, espinaca, brócoli, cebolla,								X
Mango, maracuyá, Papaya, Guayaba							X	
Banano, lulo, piña, naranja,								X
Leche entera							X	
Fórmula láctea								X

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
Yogurt, Kumis								X
Queso								X
Preparaciones con leche							X	
Carne, Pollo, pescado							X	
Huevo							X	
Leguminosa		X						
Bienestarina							X	
Embutidos								X
Aceites, Mantequilla y Grasas							X	
Aguacate, coco								X
Azúcar, panela					X			
Dulces					X			
Paquetes, Comidas Rápidas								X
Gaseosas							X	
Otros								X

FUENTE: Construcción propia con aportes del Instrumento para evaluar los hábitos de consumo de alimentos en mujeres gestantes y lactantes, y niños menores de 5 años participantes del proyecto de complementación alimentaria del municipio de Itagüí.

IX. CÁLCULO DE CONSUMO APROXIMADO CALORÍAS Y NUTRIENTES DEL NIÑO O NIÑA AL INGRESO DEL PROGRAMA Y RECOMENDADO

De acuerdo con la anamnesis alimentaria, estime el consumo de calorías y nutrientes y el porcentaje de adecuación.

NUTRIENTES	CONSUMO	RECOMENDADO	% ADECUACIÓN
Calorías	500CAL	1063CAL	45.6%
Proteínas	15	29	34.5%
Grasas	10	41	24.0%
Carbohidratos	110	144	76.4%
Calcio	300	700MG	60.0%
Hierro	1	3MG/KG/DIA	33.0%
Vitamina A	100	300	33.3%
Zinc	0	2MG/KG/DIA	0
Ácido fólico	0	4MG/DIA	0

X. INTERPRETACIÓN: DE LA ANAMNESIS ALIMENTARIA PODEMOS CONCLUIR QUE TIENE UNA INGESTA ALIMENTARIA DESEQUILIBRADA E INADECUADA POR ENDE HAY DESCOMPENSACION EN EL CUBRIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES QUE NECESITA PARA SU DESARROLLO.

ASI MISMO EL ALTO GRADO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA AL QUE ESTA EXPUESTO TODO EL NUCLEO FAMILIAR.

XI. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:

DNT AGUDA MODERADA

XII. PRESCRIPCIÓN DIETARIA:

SE INICIA TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON REGIMEN NORMOCALORICO, NORMOPROTEICO, DIETA ALTA EN HIERRO, ZINC Y CALCIO.
CAL: 780 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 1.56 SOBRE/DIA ZINC: 10.4 MG/DIA

XIII. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL:

A continuación, debe realizar el cálculo de calorías y nutrientes que se deben suministrar al inicio de la atención en el CRN, teniendo en cuenta las necesidades de acuerdo al peso actual y el vehículo de aporte (Fórmula terapéutica lista para el consumo – FTLC, alimentación regular y suplementación con micronutrientes).

Tenga en cuenta que, si el niño o niña tiene lactancia materna, deberá promoverla y esta debe realizarse antes del suministro de la FTLC.

Alimento terapéutico listo para el consumo a suministrar		
Gramos / día	**Presentación comercial**	**Observaciones**
143	sobre	1.56 sobre/día

NUTRIENTES	dato/Kg peso actual	Aporte Total	Aporte total por FTLC	Aporte total por alimentación	Aporte total suplementación[1] micronutrientes	Observaciones
Calorías (Kcal)	150 x 5.2	780cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1 x 5.2	21gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0 x 5.2	31.2gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0 x 5.2	104 gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	15.6mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	10.4mg	131%			
Vitamina A (UI)	300 AI	1104mg	220.8%			RIEN
Ácido fólico	5MG/1MG	1104 ug			100%	AI iniciar 1mg durante tratamiento.

XIV. MENÚ (descripción general del menú indicado, mínimo debe contener: No. De tiempos de comida, alimentos a suministrar en cada tiempo de comida, lactancia materna, tipo de formula con la que se inicia la atención, frecuencia, volumen por toma de formula):

SE INICIA FTLC 1.56 SOBRES/DIA, MAS ALIMENTACION COMPLEMENTARIA BALANCEADA ORDENADA ASISTIDA EN 3 TIEMPOS DE COMIDA Y 2 MERIENDAS, LA CUAL ESTA CONSTITUIDA POR PROTEINAS DE ALTO VALOR BIOLOGICO, TUBERCULOS, PLATANOS, FRUTAS Y VERDURAS, HARINAS. ETC

XV. RECOMENDACIONES:

ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE DE LA MADRE EN EL PROCESO DE RECUPERACION NUTRICIONAL Y AL MOMENTO DE SUMINISTRAR LOS ALIMENTOS PARA LOGRAR SU CONSUMO AL 100%

LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUES DE CADA ACTIVIDAD Y COMIDA.

FORMULA NUTRICIONAL FTLC 2 VECES AL DIA CON VASO DE AGUA VIGILAR CONSUMO

SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DADAS POR EL EQUIPO DE CRN, PARA PREVENCION DEL COVID 19 COMO MANTENER AISLAMIENTO PREVENTIVO A 1 METRO DE DISTANCIA MINIMO. LAVADO DE MANOS FRECUENTES SIGUIENDO LA GUIA ESTABLECIDA, USO DE TAPABOCAS TANTO COMO PARA LA MADRE COMO PARA EL NIÑO Y ACOMPAÑANTE.

VIGILAR CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS SANITARIAS POR COVID 19 POR PARTE DE TODO EL EQUIPO DEL CRN

Nombre del Nutricionista Dietista:	**Firma, sello y tarjeta profesional:**
MARIA CECILIA CARRILLO RIOS	María Cecilia Carrillo Ríos NUTRICIONISTA Y DIETISTA T.P. 1122821423 Maria Carrillo

RESERVADO

Fecha de aplicación: Día 05 Mes 09 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: NANECHPO

Departamento: CESAR Municipio: CODAZZI

Nombre profesional social: CHARLOTTE PEÑALOZA GONZÁLEZ

Persona o personas que suministran la información: LILIANA MONTES

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **ASHLY**	**Segundo Nombre**	**Primer Apellido** GARCÍA	**Segundo Apellido** **MONTES**
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 01/09/2023 Si presenta reingreso indicar cuantos reportando mes y año 1: mes / año 2: mes / año 3: mes / año 4: mes / año		**Número de Registro Civil (R.C):** 1.065.681.256 **Sin R.C.** ☐	
Si no cuenta con registro civil cual es la razón: ☐ Se perdió y no ha tramitado copia ☐ Falta de gestión familiar ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan ☐ Ha intentado tramitarlo pero no ha sido atendido ☐ Otra, cuál:		**Cómo se enteró del CRN:** X Búsqueda activa del equipo de CRN ☐ Sector salud ☐ Autoridad tradicional ☐ Líder comunitario ☐ Otro programa del ICBF (cuál?) ☐ Otro medio (cuál?)	
La familia del niño o niñas es desplazada: ☐ SI. De donde: X NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: X NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI X NO	**¿Es Indígena?** X SI. Pueblo: YUKPA ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: X NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: X NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: X NO	
Departamento y municipio de residencia: **CESAR-CODAZZI**	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** **NANECHPO**	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel:		**Número teléfono contacto dos**[1] Nombre: Tel:	
Zona X Rural ☐ Urbano Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos, rutas):			

[1] Solicitar el número telefónico de un familiar, amigo, vecino; a través del cual se logre ubicar al papá, mamá o acudiente en caso de que no se logre comunicación con ellos

Presenta discapacidad: NO X SI ☐

Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 2. Estructura familiar

En que categorías presenta discapacidad

1. ☐ Alteración a nivel de movilidad
2. ☐ Alteraciones a nivel sensorial: Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto ☐
3. ☐ Alteraciones a nivel mental: Cognitivo ☐ Psicosocial ☐
4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico
5. ☐ Alteraciones al nivel del habla
6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia

1. ☐ Leve – Independiente
2. ☐ Moderada – Semindependiente
3. ☐ Severa – Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: SI ☐ NO ☐

Entidad que certifica la discapacidad:

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? ☐ SI ☐ NO	**¿Requiere ayuda de otra persona?** SI ☐ NO ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	**¿Requiere ayuda técnica?** SI ☐ NO ☐ **¿Cuenta con la ayuda técnica?** SI ☐ NO ☐
¿Requiere terapia y/o rehabilitación? SI ☐ NO ☐	**¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?** SI ☐ NO ☐	**¿Tiene proceso de interdicción?** SI ☐ NO ☐

Si recibe terapia o rehabilitación. Nombre entidad atención:

Descripción de la terapia y/o rehabilitación:

Descripción de la discapacidad:

2. ESTRUCTURA Y ECONOMIA FAMILIAR

En el siguiente cuadro registrar las personas que conviven con el niño de mayor a menor según edad

Nombre y apellido	Edad	Parentesco / afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud	Tiempo de trabajo (permanente, temporal, eventual)
LILIANA MONTES	15a	MADRE	U. LIBRE	PRIMARIA	HOGAR	DUSAKAWI	PERMANENTE

Al final de nombre y apellido identifique con un asterisco (*) a la persona que está responsable del cuidado del niño o niña la mayor parte del tiempo. Si la persona responsable del cuidado del niño, no conviven con el niño o niña en el mismo hogar, indique sus datos en la siguiente fila:

Nombre y apellido	Edad	Parentesco / afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud	Tiempo de trabajo (permanente, temporal, eventual)

Si el niño o niña no vive con su padre y su madre, indicar la razón:

- ☐ Divorcio o separación
- ☐ Fallecimiento
- ☐ Trabajo
- ☐ Asilo político
- ☐ Otro. Cuál:
- ☐ Privacidad de la libertad
- ☐ Amenaza
- ☐ Desaparición
- ☐ Nunca han convivido

Si el niño no vive con su padre y su madre, y está/n vivos, cumple con la responsabilidad de alimentos:

SI ☐ NO ☐

De las personas con las cuales convive el niño o niña beneficiario/a se encuentra

- ☐ Mujer en gestación
- ☐ Madre en periodo de lactancia
- ☐ Niños/as de 0 a 2 años
- ☐ Niños/as de 2 a 5 años

Considera que alguno de ellos/as requiere valoración nutricional, si quién:

Del número de personas que conviven con el niño o niña cuantos aportan económicamente a la economía familiar:
1

Total de ingresos mensuales de la familia en SMMLV:

- X Menor o igual al 50% del SMMLV
- ☐ Entre el 50 y el 100% del SMMLV
- ☐ Más de 2 SMMLV

Observaciones relacionadas con estructura y economía familiar

FAMILIA DE TIPOLOGÍA NUCLEAR, CONFORMADA POR MADRE, PADRE E HIJO. EN LA CUAL EL PADRE TIENE LA RESPONSABILIDAD ECONÓMICA EN EL HOGAR, REALIZANDO LABORES DE DOCENCIA, ENSEÑANDO MATERIAS COMO IDIOMA NATIVO, PRÁCTICAS CULTURALES Y MATEMÁNTICAS. A TRAVÉS DE ESTA ACTIVIDAD, LOGRA DARLE EL SUSTENTO A LA FAMILIA. MADRE DEDICADA AL HOGAR Y LAS LABORES DE CASA, ADEMÁS DE LA CRIANZA DE LOS NIÑOS, DADO QUE SE DEDICA COMPLETAMENTE A ELLO.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

RESERVADO

La familia cuenta con apoyo de: (selección múltiple)	**Si la familia cuenta con apoyo éste es de tipo**	**Algún integrante de la familia participa en alguna red o grupo social:**
1. ☐ Familia extensa 2. ☐ Vecinos 3. ☐ Amigos/as 4. ☐ Sector público 5. ☐ Sector privado 6. ☐ Sector religioso 7. X Ninguna **8.** ☐ Otro. Cuál:	1. ☐ Económico 2. ☐ Material 3. ☐ Protección y cuidado 4. ☐ Emocional 5. ☐ Espiritual 6. ☐ Otro. Cuál:	☐ SI ☐ NO

4. CONCLUSIONES

PACIENTE FEMENINO DE 8 MESES, QUIEN ES INGRESADO AL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, CON DX DE DNT AGUDA MODERADA, LA CUAL ES DIAGNOSTICADA POR LA PROFESIONAL EN NUTRICIÓN. PACIENTE QUE SE ENCUENTRA ESTABLE, ORIENTADO, ALERTA Y CONSCIENTE, CON ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA SU EDAD. ADECUADAS RELACIONES ENTRE MADRE E HIJO, ADEMÁS DE ESTO PRESENTA BUEN DESARROLLO PSICOSOCIAL CON SUS COMPAÑEROS. SE EVIDENCIAN PATRONES DE HIGIENE INADECUADOS. ADECUADO PATRÓN DE SUEÑO, ADECUADO PATRÓN DE ALIMENTACIÓN. PACIENTE QUE RECIBE DE BUENA MANERA EL TRATAMIENTO, BUENA ADHERENCIA. ES IMPORTANTE RESALTAR QUE DEBIDO A LOS USOS Y COSTUMBRES DE LA ETNIA YUKPA, SE EVIDENCIAN LAS FAMILIAS NUMEROSAS, DADA ESTA SITUACIÓN SE PRESENTA EL RIESGO DE MALNUTRICIÓN Y RIESGO DE FACTORES SOCIALES COMO EL HACINAMIENTO.

5. ACCIONES PARA REALIZAR CON LA FAMILIA EN EL PRIMER MES DE INGRESO DEL NIÑO O NIÑA AL CRN (ENTRE LAS CUALES SE DEBE INCLUIR UNA VISITA DOMICILIARIA)

***REALIZAR TALLERES PSICOEDUCATIVOS CON LA FAMILIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA CRIANZA BASADA EN EL RESPETO, OMITIENDO LA VIOLENCIA.**

***REALIZAR INTERVENCIONES GRUPALES Y CON CADA FAMILIA PARA ABORDAR EL TEMA DE LA BUENA NUTRICIÓN Y LA SALUD.**

***INCENTIVAR A LAS FAMILIAS A REALIZAR ACCIONES QUE AYUDEN A MEJORAR EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS MENORES**

***REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS**

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año):	Charlotte Peñaloza González. Charlotte Peñaloza González PSICÓLOGA T.P. 245032 **Firma profesional social**
25/09/2023 Es prudente que la fecha sea acordada con la familia, para garantizar que este presenta la mayoría de los integrantes de la misma. De igual forma comunica que esta visita no tiene como objetivo realizar una inspección o vigilancia si no de generar un espacio de interacción e integración.	

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _02_____ MES 09 _____ AÑO _2023_____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICION: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: **CESAR** MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres: LUZ MARINA HERRERA ESTRADA		Cama: 14	Historia de Atención: 1.067.733.553
Sexo: M ☐ F ☒	Fecha de Nacimiento: Día 3 Mes 05 Año 2019	Edad Completa: A 4 M 5 D	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO** WAYECO	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO- YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre: NO	Nombre de la Madre: GLORIA ESTRADA SANCHEZ		
Dirección de residencia: WAYECO	Teléfono de residencia y/o contacto:		
Afiliación al SGSSS, marque con una (X) Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Régimen Especial ☐ Vinculado ☐ EPS: _____ IPS Primaria o de Remisión: _____			
Tipo de Identificacion del paciente: Sin identificacion ☐ (en este caso coloque el número de identificacion de la madre o acudiente seguido de 0 y el numero de hijo que corresponde el paciente) Registro Civil ☒	Número de identificación del paciente:		

2. MOTIVO DE CONSULTA:

MENOR DE EDAD QUE INGRESA AL CENTRO DE RECUPERACION CRN , CON CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR PEDIDA DE PESO GRADUAL, ACOMPAÑADO CON IRA Y EDA, DEJANDO UN MAL ESTADO MUSCULO NUTRICIONAL, UBICADO MEDIANTE SUSQUEDA ACTIVA, POR LO QUE ES VALORAO POR SU INGRESO.

3. ANTECEDENTES FAMILIARES (Marque con una (X) e indique el parentesco):

☐ Diabetes	☐ Congénitas
☐ Cáncer	☐ Epilepsia
☐ Hipertensión Arterial	☐ Tuberculosis
☐ Otras alteraciones Cardiovasculares (ECV, infarto al miocardio, entre otras)	☐ Tabaquismo
☐ Asma	☐ Alcoholismo
☐ Alergias	☐ VIH/ Sida
☐ Desnutrición	☐ Otras:

4. ANTECEDENTES PERINATALES:

Asistió a controles prenatales (CPN) Si ☐ No ☒ No sabe ☐ ¿Cuántos?	Embarazo Normal Si ☒ No ☐ No sabe ☐
Complicaciones durante el embarazo Si ☐ No ☒ No sabe Si, ¿cuál? _____	Complicaciones durante el parto Si ☐ No ☒ No sabe ☐ Si, ¿cuál? _____

Peso al nacer: ____☒____ gramos	Talla al nacer: ____☒____cm.
Complicaciones neonatales (primeros 30 días de vida) Si ☐ No ☒ No sabe ☐ Si, ¿cuál? _____	Hospitalizaciones neonatales Si ☐ No ☒ No sabe ☐ Si, ¿por qué? _____
Observaciones (indicar diagnósticos y tratamientos en el periodo neonatal)	

5. DESARROLLO:

Control o sostén cefálico ____4_____meses	Sonrisa social ____2.5_____meses	Giros (supino-prono) _____4_____meses
Sedestación sin apoyo _____meses	Gateo _____12_____meses	Marcha sin apoyo _____meses
Primeros dientes ____12_____meses	Control de esfínteres _____meses	Sonidos guturales _____meses
Disílabos _____9_____meses	Palabras completas _____meses	Frases completas _____meses
Adecuada relación con los demás Si ☒ No ☐ No, ¿por qué? _____	Adecuada Escolaridad/Rendimiento Si ☒ No ☐ No, ¿por qué? _____	

¿Asiste a programa de Crecimiento y Desarrollo del sector Salud?
Si [X] No [ ]
No, ¿por qué?
_____

6. VACUNACIÓN (Marque con una (X). Utilice esta misma grafica para actualizar información en nuevas consultas, verificando con el carnet de vacunación):

EDAD	VACUNAS	VERIFICACION
Nacimiento	BCG Hepatitis B(HB) -0	Si [X] No [ ]
2 meses	Polio-1 DPT-1 HB-1 Rotavirus-1 Neumococo-1 Haemophilus influenzae tipo b (Hib)-1	Si [X] No [ ]
4 meses	Polio-2 DPT-2 HB-2 (Hib)-2 Rotavirus-2 Neumococo-2	Si [X] No [ ]
6 meses	Polio-3 DPT-3 HB-3 (Hib)-3 Influenza-1	Si [X] No [ ]
7 meses	Influenza-2	Si [ ] No [X]
1 año	Sarampión-Rubeola-Paperas(SRP)-1 Fiebre Amarilla-1, Neumococo-refuerzo Influenza-anual, Hepatitis A-única Refuerzo Fiebre Amarilla cada 20años	Si [ ] No [X]
18 meses	Polio-R1 DPT-R1	Si [ ] No [X]
5 años	(SRP)-R1 DPT-R2 Polio-R2	Si [ ] No [ ]
Niñas 9 años o más	VPH: 1ª. dosis; 2ª.dosis a 6 meses, 3ª.dosis a 60 meses (5 años)	Si [ ] No [ ]
Otras	Vacuna: _____ Fecha: _____ Vacuna: _____ Fecha: _____ Vacuna: _____ Fecha: _____	

7. ANTECEDENTES PERSONALES (en caso positivo escriba el número a la derecha y describa):

1.Patológicos	Si [ ] No [ ]	
2.Hospitalarios	Si [ ] No [ ]	
3.Farmacológicos	Si [ ] No [ ]	
4.Quirúrgicos	Si [ ] No [ ]	MADRE NIEGA INTERROGATORIO
5.Alérgicos	Si [ ] No [ ]	
6.Traumáticos	Si [ ] No [ ]	
7.Tóxicos	Si [ ] No [ ]	
8.Transfusionales	Si [ ] No [ ]	

8. REVISIÓN POR SISTEMAS (si es positivo marque con (X) y describa a la derecha):

[ ] Piel y Faneras	
[ ] Ojos	

☐ Otorrinolaringológico (ORL)	
☐ Cardiovascular	
☐ Respiratorio	
☐ Digestivo	LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL
☐ Genito/Urinario	
☐ Endocrino	
☐ Hematológico/Inmunológico	
☐ Neurológico	
☐ Mental	

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso 8.5_____ kg	Talla _81_____ cm	Perímetro Cefálico _47.4_____cm	Perímetro Abdominal ___56 cm Perímetro braquial: 12.8
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC __91_____ / min.	FR ___20____ / min.	Tensión Arterial ____90__/___60__ mmHg	Temperatura _36____*C Axilar ☒ Rectal ☐ Oral ☐
Aspecto General (hidratación, orientación, estado de conciencia, etc.)			

Sistema	Positivo	Negativo	Descripción (si es positivo escriba el número del sistema y describa los hallazgos, importante enfatizar en signos clínicos de desnutrición)
1.Cabeza	✖		NORMOCEFALO, CABELLO RALO, ESCASO
2.Cara			NORMAL SIN LESIONES
3.Ojos			PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ
4.Oidos			SIN SECRESIONES
5.Nariz			FOSAS NASALES PERMEABLES
6.Orofaringe			FOSAS NASALES PERMEABLES
7.Boca	✖		HUMEDA
8.Cuello			MOVIL, SIN ADENOPATIAS
9.Torax			SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE
10.Corazón			RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
11.Pulmones			CLAROS
12.Abdomen			BLANDO DEPRESIBLE, GLOBOSO NO DOLOROSO
13.Genitourinario			NORMOCONFIGURADO PARA LA EDAD
14.Periné/Ano			NORMAL
15.Osteoarticular			EUTROFICAS SIN EDEMA

16.Caderas			NORMAL
17.Neurologico			SIN DEFICIT APARENTE GLASGOW 15-15
18.Piel y Faneras	X		SECA
19.Otros			

10. AMPLIACIÓN DEL EXAMEN FÍSICO PARA VERIFICACIÓN DE PATOLOGÍAS PREVALENTES EN LA INFANCIA:

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
VERIFICACIÓN SIGNOS GENERALES DE PELIGRO		
No puede beber o tomar del pecho	Si ☐ No ☒	
Vomita todo	Si ☐ No ☒	
Letárgico o Inconsciente	Si ☐ No ☒	
Convulsiones	Si ☐ No ☒	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR		
Presenta Tos	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____
Dificultad Respiratoria	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____ FR _____/ min.
Presenta Sibilancias Actualmente	Si ☐ No ☒	
Ha presentado sibilancias anteriormente	Si ☐ No ☒	
Presenta tiraje subcostal	Si ☐ No ☒	
Presenta Estridor en Reposo	Si ☐ No ☒	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE DIARREA		
Presenta Diarrea	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____
Presenta Sangre en las Heces	Si ☐ No ☒	
Letárgico o no puede beber	Si ☐ No ☒	
Ojos hundidos	Si ☐ No ☒	
Bebe ávidamente con sed	Si ☐ No ☒	
Intranquilo o irritable	Si ☐ No ☒	
Pliegue cutáneo	Si ☐ No ☒	Muy lento (> 2 seg.): _____ lento : _____
FIEBRE		
Presenta Fiebre	Si ☐ No ☒	Número de días de evolución: _____ Temperatura promedio _____*C
Vive o visito zona de riesgo de dengue	Si ☐ No ☒	

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
Rigidez de Nuca	Si ☐ No ☒	
Aspecto Tóxico	Si ☐ No ☒	
Manifestación de hemorragia	Si ☐ No ☒	
Dolor abdominal intenso	Si ☐ No ☒	
Piel diaforética y fría	Si ☐ No ☒	
Pulso rápido y débil	Si ☐ No ☒	
Inquieto o irritable	Si ☐ No ☒	
Erupción cutánea generalizada	Si ☐ No ☒	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DEL OÍDO		
Tiene dolor de oído	Si ☐ No ☒	
Tiene supuración	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____ Ha presentado episodios previos?: _____
Tímpano rojo y abombado	Si ☐ No ☒	
Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja	Si ☐ No ☒	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DE GARGANTA		
Tiene dolor de garganta	Si ☐ No ☒	
Adenopatías cervicales	Si ☐ No ☒	
Exudados blanquecinos	Si ☐ No ☒	
Eritema	Si ☐ No ☒	

11. MALTRATO INFANTIL – VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (Marque con una (X) y explique en la descripción en caso afirmativo):

Signo	Presencia	Descripción
Negligencia	Si ☐ No ☒	
Maltrato Físico	Si ☐ No ☒	
Maltrato Emocional	Si ☐ No ☒	
Maltrato o violencia sexual	Si ☐ No ☒	
Otros	Si ☐ No ☒	

12. PARA CLÍNICOS (Transcribir a continuación resultados de hemograma, uro análisis, radiografías y otros):

_____

_____

_____

13. IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS:

1.DESNUTRICION AGUDA MODERADA
2.DESNUTRICION GLOBAL
3.
4.
5.

14. ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

1. PRUEBA DE APETITO POSITIVO DAR ¼ AHORA
2. FTLC CALCULADO 1275 KILOCALORIAS EN 24 HORAS 2 SOBRES DIA POR 7 DIAS
3. AGUA POTABLE 1275 CC EN 24 HORAS , 6 VASOS EN 5 TOMAS EN 24 HORAS
4. ACIDO FOLICO 5MG AHORA
5. SULFATO FERROSO 2 CC CADA 24 HORAS
6. SULFATO DE ZINC DAR 5 CC CADA 24 HORAS POR RAZON NECESARIA
7. CONTROL DE SIGNOS VITALES 2 VECES AL DIA

Nombre del Médico:	**Firma, Sello y Registro Médico:**
ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA	Alfredo Raul Calderon Viña Alfredo R. Calderón Viña Medico General CC 77181758 RM 2872 UNIBERS

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 02 Mes 09 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN – CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: LUZ MARINA HERRERA ESTRADA Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 05 M 03 A 2019 Edad: 4 AÑO 5 MESES Sexo: F X M ☐

Nombre Acudiente: GLORIA ESTRADA SANCHEZ Parentesco: MADRE

Diagnóstico Médico: DESNUTRICION AGUDA MODERADA

Tratamiento Médico: _____

II. ANTECEDENTES

NEONATALES:

Edad Estacional: 9 MESES Peso al Nacer: _____ (g) Talla al Nacer: _____ (cm)

Observaciones: NINGUNA

PATOLÓGICOS (Marcar con una X):

Respiratorias ☐ Diarreicas ☐ Eruptivas ☐ Alergias ☐ Qx ☐

¿Cuál (es)? DESGANADA

Vacunación: Esquema completo para la edad: X Esquema incompleto para la edad: _____

Otras: _____

FAMILIARES:

Obesidad ☐ Alergias ☐ HTA ☐ Diabetes ☐ Enf. Cardio Vascular ☐ Cáncer ☐ _____

Otras: NINGUNA

III. EXAMEN FÍSICO (Observación de Signos de Malnutrición):

ÁREA A EVALUAR	OBSERVACIÓN	INTERPRETACIÓN
Cabello	Débil, opaco, signo de bandera	Hipovitaminosis
Cara	Delgadez, labio fisurado	Deficiencia proteico, calórica
Cavidad Oral y Estructuras	Estructura con manchas	Falta de higiene, hipovitaminosis

Tronco (Estomago)	Abdomen globoso	Parasitosis
Miembros Inferiores Superiores	delgadez	Deficiencia proteico, calórica
Manos - Uñas	Sucias, palidez palmar	Falta de higiene
Piel	Seca, escamosa, palidez generalizada, con lesiones	Deshidratación, hipovitaminosis

Interpretación General:

femenina con signos de deficiencia de micronutrientes, delgadez musculo esquelética generalizada, rosario intercostal.

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso Actual: 8.5 Kg. Presenta edema: Si ☐ No X Grado: _____

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 81 cm

Perímetro Cefálico: 47.4 cm Perímetro Braquial: 12.8 cm

Perímetro Torácico: 52 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.23	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -5.70	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -4.90	DESNUTRICION GLOBAL

% Déficit de Peso/ Talla: 17 %

Clasificación Nutricional: DESNUTRICION AGUDA MODERADA CON TALLA BAJA PARA LA EDAD.

V. EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXAMEN	VALOR ACTUAL	REFERENCIA NORMAL

Interpretación: _____

VI. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

LACTANCIA MATERNA: LM

Recibió LM Exclusiva: Si X Duración: 4 MESES Frecuencia: _____

No ☐ Causa: _____

Recibió Fórmulas Infantiles: Si ☐ No ☐

Tipo de Fórmula: _____ No. Tomas/día: _____

Preparación: _____

Si el niño o niña aún lacta, solicite a la madre que amamante en un espacio tranquilo. Observe durante 15 minutos y describa:

Condición de los pechos:

Posición del bebe durante la lactancia:

Agarre del pecho:

Succión – Deglución:

La niña o niño mamó durante minutos durante la entrevista para el diligenciamiento del formato.

Plan para programar acciones con el fin de iniciar lactancia o relactancia materna: _____

_____

_____

_____

_____

_____

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

¿A qué edad inicio la alimentación complementaria? 4 MESES

EDAD	TIPO ALIMENTO	PREPARACIÓN
0 - 2 Meses	leche materna	Lactancia materna
2 - 4 Meses	leche materna	Lactancia materna
4 - 6 Meses	Leche materna + comida + avena , maíz, papa.	Libre demanda/colada de avena, chicha de maíz, sopa.
6 - 8 Meses	Leche materna + comida + avena , maíz, papa.	Libre demanda/colada de avena, chicha de maíz, sopa.
8 - 12 Meses	Leche m + comida + avena, maíz, papa.	Libre demanda/colada de avena, chicha de maíz, sopa.

¿A qué edad inicio la dieta familiar? 4 MESES

Persona encargada de la alimentación del menor PADRES

¿En qué lugar recibe alimentos el menor? CRN NANAECHPO

HÁBITOS ALIMENTARIOS

Apetito: Bueno X Regular ☐ Malo ☐

Ingesta: Rápida ☐ Despacio X Normal ☐

Deglución: Normal X Deficiente ☐

Mastica: Si X No ☐ Explicar: _____

Hábito intestinal: Normal X Estreñimiento ☐ Diarrea ☐

Síntomas gastrointestinales: Vómito ☐ Reflujo ☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____

Alimentos Preferidos: sopa, arroz, pollo tubérculos. (yuca, plátanos, ahuyama)

Alimentos Rechazados: NINGUNO

Alimentos no tolerados: NINGUNO

VII. ANAMNESIS ALIMENTARIA:

HORA	ALIMENTO Y PREPARACIÓN	CANTIDAD
7 AM	CHICHA	1 PORC PEQ
	FRIJOLES	1 PORC PEQ
	AVENA	1 VASO
12 PM	YUCA, PAPA	1 PORC PEQ
	FRIJOL	1 PORC PEQ
	AGUA DE PANELA	1 VASO
6:00 PM	ARROZ	1 PORC PEQ
	MALANGA	1 PORC PEQ
	CHICHA	1 PORC PEQ

VIII. FRECUENCIA DE CONSUMO

Indique ¿cuál es la frecuencia de consumo de alimentos de cada uno de los siguientes grupos?

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
Arroz, pasta					X			
Papa, plátano, arracacha, ñame		X						
Pan, Arepa							X	
Tomate, zanahoria, ahuyama							Ahuyama	X
Habichuela, alverja verde, acelga, espinaca, brócoli, cebolla,								X
Mango, maracuyá, Papaya, Guayaba							X	
Banano, lulo, piña, naranja,								X

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
Leche entera							X	
Fórmula láctea								X
Yogurt, Kumis								X
Queso								X
Preparaciones con leche							X	
Carne, Pollo, pescado							X	
Huevo							X	
Leguminosa		X						
Bienestarina							X	
Embutidos								X
Aceites, Mantequilla y Grasas							X	
Aguacate, coco								X
Azúcar, panela					X			
Dulces					X			
Paquetes, Comidas Rápidas								X
Gaseosas							X	
Otros								X

FUENTE: Construcción propia con aportes del Instrumento para evaluar los hábitos de consumo de alimentos en mujeres gestantes y lactantes, y niños menores de 5 años participantes del proyecto de complementación alimentaria del municipio de Itagüí.

IX. CÁLCULO DE CONSUMO APROXIMADO CALORÍAS Y NUTRIENTES DEL NIÑO O NIÑA AL INGRESO DEL PROGRAMA Y RECOMENDADO

De acuerdo con la anamnesis alimentaria, estime el consumo de calorías y nutrientes y el porcentaje de adecuación.

NUTRIENTES	CONSUMO	RECOMENDADO	% ADECUACIÓN
Calorías	500CAL	1063CAL	45.6%
Proteínas	15	29	34.5%
Grasas	10	41	24.0%
Carbohidratos	110	144	76.4%
Calcio	300	700MG	60.0%
Hierro	1	3MG/KG/DIA	33.0%
Vitamina A	100	300	33.3%
Zinc	0	2MG/KG/DIA	0
Ácido fólico	0	4MG/DIA	0

X. INTERPRETACIÓN: DE LA ANAMNESIS ALIMENTARIA PODEMOS CONCLUIR QUE TIENE UNA INGESTA ALIMENTARIA DESEQUILIBRADA E INADECUADA POR ENDE HAY DESCOMPENSACION

EN EL CUBRIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES QUE NECESITA PARA SU DESARROLLO.

ASI MISMO EL ALTO GRADO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA AL QUE ESTA EXPUESTO TODO EL NUCLEO FAMILIAR.

XI. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:

DNT AGUDA MODERADA

XII. PRESCRIPCIÓN DIETARIA:

SE INICIA TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON REGIMEN NORMOCALORICO, NORMOPROTEICO, DIETA ALTA EN HIERRO, ZINC Y CALCIO.
CAL: 1275 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 2.5 SOBRE/DIA ZINC: 17 MG/DIA

XIII. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL:

A continuación, debe realizar el cálculo de calorías y nutrientes que se deben suministrar al inicio de la atención en el CRN, teniendo en cuenta las necesidades de acuerdo al peso actual y el vehículo de aporte (Fórmula terapéutica lista para el consumo – FTLC, alimentación regular y suplementación con micronutrientes).

Tenga en cuenta que, si el niño o niña tiene lactancia materna, deberá promoverla y esta debe realizarse antes del suministro de la FTLC.

Alimento terapéutico listo para el consumo a suministrar		
Gramos / día	**Presentación comercial**	**Observaciones**
234	sobre	2.5 sobre/día

NUTRIENTES	dato/Kg peso actual	Aporte Total	Aporte total por FTLC	Aporte total por alimentación	Aporte total suplementación[1] micronutrientes	Observaciones
Calorías (Kcal)	100 x 8.5	1275cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1 x 8.5	34.8gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0 x 8.5	51gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0 x 8.5	170 gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	25.5mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	17mg	131%			
Vitamina A (UI)	300 AI	1104mg	220.8%			RIEN
Ácido fólico	5MG/1MG	1104 ug			100%	AI iniciar 1mg durante tratamiento.

XIV. MENÚ (descripción general del menú indicado, mínimo debe contener: No. De tiempos de comida, alimentos a suministrar en cada tiempo de comida, lactancia materna, tipo de formula con la que se inicia la atención, frecuencia, volumen por toma de formula):

SE INICIA FTLC 2.5 SOBRES/DIA, MAS ALIMENTACION COMPLEMENTARIA BALANCEADA ORDENADA ASISTIDA EN 3 TIEMPOS DE COMIDA Y 2 MERIENDAS, LA CUAL ESTA CONSTITUIDA POR PROTEINAS DE ALTO VALOR BIOLOGICO, TUBERCULOS, PLATANOS, FRUTAS Y VERDURAS, HARINAS. ETC

XV. RECOMENDACIONES:

ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE DE LA MADRE EN EL PROCESO DE RECUPERACION NUTRICIONAL Y AL MOMENTO DE SUMINISTRAR LOS ALIMENTOS PARA LOGRAR SU CONSUMO AL 100%

LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUES DE CADA ACTIVIDAD Y COMIDA.

FORMULA NUTRICIONAL FTLC 3 VECES AL DIA CON VASO DE AGUA VIGILAR CONSUMO

SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DADAS POR EL EQUIPO DE CRN, PARA PREVENCION DEL COVID 19 COMO MANTENER AISLAMIENTO PREVENTIVO A 1 METRO DE DISTANCIA MINIMO. LAVADO DE MANOS FRECUENTES SIGUIENDO LA GUIA ESTABLECIDA, USO DE TAPABOCAS TANTO COMO PARA LA MADRE COMO PARA EL NIÑO Y ACOMPAÑANTE.

VIGILAR CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS SANITARIAS POR COVID 19 POR PARTE DE TODO EL EQUIPO DEL CRN

Nombre del Nutricionista Dietista:	**Firma, sello y tarjeta profesional:**
MARIA CECILIA CARRILLO RIOS	Maria Cecilia Carrillo Rios NUTRICIONISTA Y DIETISTA T.P. 1122821423 Maria Carrillo

Fecha de aplicación: Día 05 Mes 09 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: NANECHPO

Departamento: CESAR Municipio: CODAZZI

Nombre profesional social: CHARLOTTE PEÑALOZA GONZÁLEZ

Persona o personas que suministran la información: GLORIA ESTRADA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
LUZ	MARINA	HERRERA	ESTRADA

Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 02/09/2023 Si presenta reingreso indicar cuantos reportando mes y año 1. mes / año 2. mes / año 3. mes / año 4. mes / año	**Número de Registro Civil (R.C):** 1.067.733.553 **Sin R.C.** ☐
Si no cuenta con registro civil cual es la razón: ☐ Se perdió y no ha tramitado copia ☐ Falta de gestión familiar ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan ☐ Ha intentado tramitarlo pero no ha sido atendido ☐ Otra, cuál:	**Cómo se enteró del CRN:** X Búsqueda activa del equipo de CRN ☐ Sector salud ☐ Autoridad tradicional ☐ Líder comunitario ☐ Otro programa del ICBF (cuál?) ☐ Otro medio (cuál?)

La familia del niño o niñas es desplazada:	¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?	¿Su familia es víctima del conflicto armado?	¿Es Indígena?
☐ SI. De donde: X NO	☐ SI. Cuál: X NO	☐ SI X NO	X SI. Pueblo: YUKPA ☐ NO

¿Es Afrocolombiano?	¿Es Rrom-gitano/a?	¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?
☐ SI. Grupo: X NO	☐ SI. Kumpania: X NO	☐ SI. Cuál: X NO

Departamento y municipio de residencia:	Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:	Dirección:
CESAR-CODAZZI	WAYEKO	

Número teléfono contacto Papá o Mamá	Número teléfono contacto dos[1]
Nombre: Tel:	Nombre: Tel:

Zona X Rural ☐ Urbano

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos, rutas):

[1] Solicitar el numero telefónico de un familiar, amigo, vecino, a traves del cual se logre ubicar al papá, mamá o acudiente en caso de que no se logre comunicación con ellos

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Presenta discapacidad: NO X SI ☐

Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 2. Estructura familiar

En que categorías presenta discapacidad

1. ☐ Alteración a nivel de movilidad
2. ☐ Alteraciones a nivel sensorial: Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto ☐
3. ☐ Alteraciones a nivel mental: Cognitivo ☐ Psicosocial ☐
4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico
5. ☐ Alteraciones al nivel del habla
6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia

1. ☐ Leve – Independiente
2. ☐ Moderada – Semindependiente
3. ☐ Severa – Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: SI ☐ NO ☐

Entidad que certifica la discapacidad:

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? ☐ SI ☐ NO	**¿Requiere ayuda de otra persona?** SI ☐ NO ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	**¿Requiere ayuda técnica?** SI ☐ NO ☐ **¿Cuenta con la ayuda técnica?** SI ☐ NO ☐
¿Requiere terapia y/o rehabilitación? SI ☐ NO ☐	**¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?** SI ☐ NO ☐	**¿Tiene proceso de interdicción?** SI ☐ NO ☐

Si recibe terapia o rehabilitación. Nombre entidad atención:

Descripción de la terapia y/o rehabilitación:

Descripción de la discapacidad:

2. ESTRUCTURA Y ECONOMIA FAMILIAR

En el siguiente cuadro registrar las personas que conviven con el niño de mayor a menor según edad

Nombre y apellido	Edad	Parentesco / afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud	Tiempo de trabajo (permanente, temporal, eventual)
GLORIA ESTRADA	26 a	MADRE	U. LIBRE	PRIMARIA	HOGAR	DUSAKAWI	PERMANENTE

Al final de nombre y apellido identifique con un asterisco (*) a la persona que está responsable del cuidado del niño o niña la mayor parte del tiempo. Si la persona responsable del cuidado del niño, no conviven con el niño o niña en el mismo hogar, indique sus datos en la siguiente fila:

Nombre y apellido	Edad	Parentesco / afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud	Tiempo de trabajo (permanente, temporal, eventual)

Si el niño o niña no vive con su padre y su madre, indicar la razón:

- ☐ Divorcio o separación
- ☐ Fallecimiento
- ☐ Trabajo
- ☐ Asilo político
- ☐ Otro. Cuál:
- ☐ Privacidad de la libertad
- ☐ Amenaza
- ☐ Desaparición
- ☐ Nunca han convivido

Si el niño no vive con su padre y su madre, y está/n vivos, cumple con la responsabilidad de alimentos:

SI ☐ NO ☐

De las personas con las cuales convive el niño o niña beneficiario/a se encuentra

- ☐ Mujer en gestación
- ☐ Madre en periodo de lactancia
- ☐ Niños/as de 0 a 2 años
- ☐ Niños/as de 2 a 5 años

Considera que alguno de ellos/as requiere valoración nutricional, si quién:

Del número de personas que conviven con el niño o niña cuantos aportan económicamente a la economía familiar:
1

Total de ingresos mensuales de la familia en SMMLV:

- X Menor o igual al 50% del SMMLV
- ☐ Entre el 50 y el 100% del SMMLV
- ☐ Más de 2 SMMLV

Observaciones relacionadas con estructura y economía familiar

FAMILIA DE TIPOLOGÍA NUCLEAR, CONFORMADA POR MADRE, PADRE E HIJO. EN LA CUAL EL PADRE TIENE LA RESPONSABILIDAD ECONÓMICA EN EL HOGAR, REALIZANDO LABORES DE DOCENCIA, ENSEÑANDO MATERIAS COMO IDIOMA NATIVO, MATEMÁTICAS Y PRÁCTUCAS CULTURALES. A TRAVÉS DE ESTA ACTIVIDAD, LOGRA DARLE EL SUSTENTO A LA FAMILIA. MADRE DEDICADA AL HOGAR Y LAS LABORES DE CASA, ADEMÁS DE LA CRIANZA DE LOS NIÑOS, DADO QUE SE DEDICA COMPLETAMENTE A ELLO.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

RESERVADA

La familia cuenta con apoyo de: (selección múltiple)	**Si la familia cuenta con apoyo éste es de tipo**	**Algún integrante de la familia participa en alguna red o grupo social:**
1. ☐ Familia extensa 2. ☐ Vecinos 3. ☐ Amigos/as 4. ☐ Sector público 5. ☐ Sector privado 6. ☐ Sector religioso 7. X Ninguna 8. ☐ Otro. Cuál:	1. ☐ Económico 2. ☐ Material 3. ☐ Protección y cuidado 4. ☐ Emocional 5. ☐ Espiritual 6. ☐ Otro. Cuál:	☐ SI ☐ NO

4. CONCLUSIONES

PACIENTE FEMENINO DE 4 AÑOS Y 5 MESES, QUIEN ES INGRESADO AL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, CON DX DE DNT AGUDA MODERADA, LA CUAL ES DIAGNOSTICADA POR LA PROFESIONAL EN NUTRICIÓN. PACIENTE QUE SE ENCUENTRA ESTABLE, ORIENTADO, ALERTA Y CONSCIENTE, CON ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA SU EDAD. ADECUADAS RELACIONES ENTRE MADRE E HIJO, ADEMÁS DE ESTO PRESENTA BUEN DESARROLLO PSICOSOCIAL CON SUS COMPAÑEROS. SE EVIDENCIAN PATRONES DE HIGIENE INADECUADOS. ADECUADO PATRÓN DE SUEÑO, ADECUADO PATRÓN DE ALIMENTACIÓN. PACIENTE QUE RECIBE DE BUENA MANERA EL TRATAMIENTO, BUENA ADHERENCIA. ES IMPORTANTE RESALTAR QUE DEBIDO A LOS USOS Y COSTUMBRES DE LA ETNIA YUKPA, SE EVIDENCIAN LAS FAMILIAS NUMEROSAS, DADA ESTA SITUACIÓN SE PRESENTA EL RIESGO DE MALNUTRICIÓN Y RIESGO DE FACTORES SOCIALES COMO EL HACINAMIENTO.

5. ACCIONES PARA REALIZAR CON LA FAMILIA EN EL PRIMER MES DE INGRESO DEL NIÑO O NIÑA AL CRN (ENTRE LAS CUALES SE DEBE INCLUIR UNA VISITA DOMICILIARIA)

***REALIZAR TALLERES PSICOEDUCATIVOS CON LA FAMILIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA CRIANZA BASADA EN EL RESPETO, OMITIENDO LA VIOLENCIA.**

***REALIZAR INTERVENCIONES GRUPALES Y CON CADA FAMILIA PARA ABORDAR EL TEMA DE LA BUENA NUTRICIÓN Y LA SALUD.**

***INCENTIVAR A LAS FAMILIAS A REALIZAR ACCIONES QUE AYUDEN A MEJORAR EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS MENORES**

***REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS**

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año): **25/09/2023** Es prudente que la fecha sea acordada con la familia, para garantizar que este presenta la mayoría de los integrantes de la misma. De igual forma comunica que esta visita no tiene como objetivo realizar una inspección o vigilancia si no de generar un espacio de interacción e integración.	Charlotte Peñaloza González. Charlotte Peñaloza González PSICÓLOGA T.P. 245032 **Firma profesional social**

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _04_____ MES 09 _____ AÑO _2023_____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICION: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: **CESAR** MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres: KELLY JOHANA HERRERA HERRERA		Cama: 15	Historia de Atención: 1067.733.555
Sexo: M ☐ F ☒	Fecha de Nacimiento: Día 13 Mes 10 Año 2018	Edad Completa: A 4 M 10 D	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO** WAYECO	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO- YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre: NO	Nombre de la Madre: MARTHA HERRERA PERAZ		
Dirección de residencia:	Teléfono de residencia y/o contacto:		
Afiliación al SGSSS, marque con una (X) Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Régimen Especial ☐ Vinculado ☐ EPS: _____ IPS Primaria o de Remisión: _____			
Tipo de Identificacion del paciente: Sin identificacion ☐ (en este caso coloque el número de identificacion de la madre o acudiente seguido de 0 y el numero de hijo que corresponde el paciente) Registro Civil ☒	Número de identificación del paciente:		

2. MOTIVO DE CONSULTA:

MENOR DE EDAD QUE INGRESA AL CENTRO DE RECUPERACION CRN , CON CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR PEDIDA DE PESO GRADUAL, ACOMPAÑADO CON IRA Y EDA, DEJANDO UN MAL ESTADO MUSCULO NUTRICIONAL, UBICADO MEDIANTE SUSQUEDA ACTIVA, POR LO QUE ES VALORAO POR SU INGRESO.

3. ANTECEDENTES FAMILIARES (Marque con una (X) e indique el parentesco):

☐ Diabetes	☐ Congénitas
☐ Cáncer	☐ Epilepsia
☐ Hipertensión Arterial	☐ Tuberculosis
☐ Otras alteraciones Cardiovasculares (ECV, infarto al miocardio, entre otras)	☐ Tabaquismo
☐ Asma	☐ Alcoholismo
☐ Alergias	☐ VIH/ Sida
☐ Desnutrición	☐ Otras:

4. ANTECEDENTES PERINATALES:

Asistió a controles prenatales (CPN) Si ☐ No ☒ No sabe ☐ ¿Cuántos?	Embarazo Normal Si ☒ No ☐ No sabe ☐
Complicaciones durante el embarazo Si ☐ No ☒ No sabe Si, ¿cuál? _____	Complicaciones durante el parto Si ☐ No ☒ No sabe ☐ Si, ¿cuál? _____

Peso al nacer: ___☒___ gramos	Talla al nacer: ___☒___cm.
Complicaciones neonatales (primeros 30 días de vida) Si ☐ No ☒ No sabe ☐ Si, ¿cuál? _____	Hospitalizaciones neonatales Si ☐ No ☒ No sabe ☐ Si, ¿por qué? _____
Observaciones (indicar diagnósticos y tratamientos en el periodo neonatal)	

5. DESARROLLO:

Control o sostén cefálico ___4___meses	Sonrisa social ___2.5___meses	Giros (supino-prono) ___4___meses
Sedestación sin apoyo _____meses	Gateo ___12___meses	Marcha sin apoyo _____meses
Primeros dientes ___12___meses	Control de esfínteres _____meses	Sonidos guturales _____meses
Disilabos ___9___meses	Palabras completas _____meses	Frases completas _____meses
Adecuada relación con los demás Si ☒ No ☐ No, ¿por qué? _____	Adecuada Escolaridad/Rendimiento Si ☒ No ☐ No, ¿por qué? _____	

¿Asiste a programa de Crecimiento y Desarrollo del sector Salud?
Si [X] No [ ]
No, ¿por qué?
_____

6. VACUNACIÓN (Marque con una (X). Utilice esta misma grafica para actualizar información en nuevas consultas, verificando con el carnet de vacunación):

EDAD	VACUNAS	VERIFICACION
Nacimiento	BCG Hepatitis B(HB) -0	Si [ ] No [X]
2 meses	Polio-1 DPT-1 HB-1 Rotavirus-1 Neumococo-1 Haemophilus influenzae tipo b (Hib)-1	Si [ ] No [X]
4 meses	Polio-2 DPT-2 HB-2 (Hib)-2 Rotavirus-2 Neumococo-2	Si [ ] No [X]
6 meses	Polio-3 DPT-3 HB-3 (Hib)-3 Influenza-1	Si [ ] No [X]
7 meses	Influenza-2	Si [ ] No [X]
1 año	Sarampión-Rubeola-Paperas(SRP)-1 Fiebre Amarilla-1, Neumococo-refuerzo Influenza-anual, Hepatitis A-única Refuerzo Fiebre Amarilla cada 20años	Si [ ] No [X]
18 meses	Polio-R1 DPT-R1	Si [ ] No [X]
5 años	(SRP)-R1 DPT-R2 Polio-R2	Si [ ] No [X]
Niñas 9 años o más	VPH: 1ª. dosis; 2ª.dosis a 6 meses, 3ª.dosis a 60 meses (5 años)	Si [ ] No [ ]
Otras	Vacuna: _____ Fecha: _____ Vacuna: _____ Fecha: _____ Vacuna: _____ Fecha: _____	

7. ANTECEDENTES PERSONALES (en caso positivo escriba el número a la derecha y describa):

1.Patológicos	Si [ ] No [ ]	
2.Hospitalarios	Si [ ] No [ ]	
3.Farmacológicos	Si [ ] No [ ]	
4.Quirúrgicos	Si [ ] No [ ]	MADRE NIEGA INTERROGATORIO
5.Alérgicos	Si [ ] No [ ]	
6.Traumáticos	Si [ ] No [ ]	
7.Tóxicos	Si [ ] No [ ]	
8.Transfusionales	Si [ ] No [ ]	

8. REVISIÓN POR SISTEMAS (si es positivo marque con (X) y describa a la derecha):

[ ] Piel y Faneras	

☐ Ojos	
☐ Otorrinolaringológico (ORL)	
☐ Cardiovascular	
☐ Respiratorio	
☐ Digestivo	LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL
☐ Genito/Urinario	
☐ Endocrino	
☐ Hematológico/Inmunológico	
☐ Neurológico	
☐ Mental	

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso 10.3_____ kg	Talla _89.8_____ cm	Perímetro Cefálico _46_____cm	Perímetro Abdominal ___46_____ cm Perímetro braquial--12.8
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (X)) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC __90_____ / min.	FR ___20____ / min.	Tensión Arterial ____90__/___60__ mmHg	Temperatura _36____*C Axilar ☒ Rectal ☐ Oral ☐
Aspecto General (hidratación, orientación, estado de conciencia, etc.)			

Sistema	Positivo	Negativo	Descripción (si es positivo escriba el número del sistema y describa los hallazgos, importante enfatizar en signos clínicos de desnutrición)
1.Cabeza	X		**NORMOCEFALO, CABELLO RALO, ESCASO**
2.Cara			**NORMAL SIN LESIONES**
3.Ojos			**PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ**
4.Oidos			**SIN SECRESIONES**
5.Nariz			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
6.Orofaringe			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
7.Boca	I		**HUMEDA**
8.Cuello			**MOVIL, SIN ADENOPATIAS**
9.Torax			**SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE**
10.Corazón			**RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS**
11.Pulmones			**CLAROS**
12.Abdomen			**BLANDO DEPRESIBLE, GLOBOSO NO DOLOROSO**
13.Genitourinario			**NORMOCONFIGURADO PARA LA EDAD**

14.Periné/Ano			NORMAL
15.Osteoarticular			EUTROFICAS SIN EDEMA
16.Caderas			NORMAL
17.Neurologico			SIN DEFICIT APARENTE GLASGOW 15-15
18.Piel y Faneras	X		SECA
19.Otros			

10. AMPLIACIÓN DEL EXAMEN FÍSICO PARA VERIFICACIÓN DE PATOLOGÍAS PREVALENTES EN LA INFANCIA:

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
VERIFICACIÓN SIGNOS GENERALES DE PELIGRO		
No puede beber o tomar del pecho	Si ☐ No ☒	
Vomita todo	Si ☐ No ☒	
Letárgico o Inconsciente	Si ☐ No ☒	
Convulsiones	Si ☐ No ☒	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR		
Presenta Tos	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____
Dificultad Respiratoria	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____ FR _____/ min.
Presenta Sibilancias Actualmente	Si ☐ No ☒	
Ha presentado sibilancias anteriormente	Si ☐ No ☒	
Presenta tiraje subcostal	Si ☐ No ☒	
Presenta Estridor en Reposo	Si ☐ No ☒	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE DIARREA		
Presenta Diarrea	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____
Presenta Sangre en las Heces	Si ☐ No ☒	
Letárgico o no puede beber	Si ☐ No ☒	
Ojos hundidos	Si ☐ No ☒	
Bebe ávidamente con sed	Si ☐ No ☒	
Intranquilo o irritable	Si ☐ No ☒	
Pliegue cutáneo	Si ☐ No ☒	Muy lento (> 2 seg.): _____ lento : _____
FIEBRE		
Presenta Fiebre	Si ☐ No ☒	Número de días de evolución: _____ Temperatura promedio _____*C

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
Vive o visito zona de riesgo de dengue	Si ☐ No ☒	
Rigidez de Nuca	Si ☐ No ☒	
Aspecto Tóxico	Si ☐ No ☒	
Manifestación de hemorragia	Si ☐ No ☒	
Dolor abdominal intenso	Si ☐ No ☒	
Piel diaforética y fría	Si ☐ No ☒	
Pulso rápido y débil	Si ☐ No ☒	
Inquieto o irritable	Si ☐ No ☒	
Erupción cutánea generalizada	Si ☐ No ☒	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DEL OÍDO		
Tiene dolor de oído	Si ☐ No ☒	
Tiene supuración	Si ☐ No ☒	Días de evolución: _____ Ha presentado episodios previos?: _____
Tímpano rojo y abombado	Si ☐ No ☒	
Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja	Si ☐ No ☒	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DE GARGANTA		
Tiene dolor de garganta	Si ☐ No ☒	
Adenopatías cervicales	Si ☐ No ☒	
Exudados blanquecinos	Si ☐ No ☒	
Eritema	Si ☐ No ☒	

11. MALTRATO INFANTIL – VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (Marque con una (X) y explique en la descripción en caso afirmativo):

Signo	Presencia	Descripción
Negligencia	Si ☐ No ☒	
Maltrato Físico	Si ☐ No ☒	
Maltrato Emocional	Si ☐ No ☒	
Maltrato o violencia sexual	Si ☐ No ☒	
Otros	Si ☐ No ☒	

12. PARA CLÍNICOS (Transcribir a continuación resultados de hemograma, uro análisis, radiografías y otros):

_____

13. IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS:

1.DESNUTRICION AGUDA MODERADA
2.DESNUTRICION GLOBAL
3.
4.
5.

14. ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

1. PRUEBA DE APETITO POSITIVO DAR ¼ AHORA
2. FTLC CALCULADO 1546 KILOCALORIAS EN 24 HORAS 3 SOBRES DIA POR 7 DIAS
3. AGUA POTABLE 1546 CC EN 24 HORAS , 7 VASOS EN 5 TOMAS EN 24 HORAS
4. ACIDO FOLICO 1CC DIA POR 30 DIAS
5. SULFATO FERROSO 2 CC CADA 24 HORAS
6. SULFATO DE ZINC DAR 5 CC CADA 24 HORAS POR RAZON NECESARIA
7. CONTROL DE SIGNOS VITALES 2 VECES AL DIA

Nombre del Médico:	**Firma, Sello y Registro Médico:**
ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA	Alfredo Raul Calderon Viña Alfredo R. Calderón Viña Medico General CC 7718175[illegible]

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 04 Mes 09 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN – CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: KELLY JOHANA HERRERA HERRERA Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 13 M 10 A 2018 Edad: 4 AÑO 10 MESES Sexo: F X M ☐

Nombre Acudiente: MARTHA HERRERA PEREZ Parentesco: MADRE

Diagnóstico Médico: DESNUTRICION AGUDA MODERADA

Tratamiento Médico: _____

II. ANTECEDENTES

NEONATALES:

Edad Estacional: 9 MESES Peso al Nacer: _____ (g) Talla al Nacer: _____ (cm)

Observaciones: NINGUNA

PATOLÓGICOS (Marcar con una X):

Respiratorias ☐ Diarreicas ☐ Eruptivas ☐ Alergias ☐ Qx ☐

¿Cuál (es)? DESGANADA

Vacunación: Esquema completo para la edad: X Esquema incompleto para la edad: _____

Otras: _____

FAMILIARES:

Obesidad ☐ Alergias ☐ HTA ☐ Diabetes ☐ Enf. Cardio Vascular ☐ Cáncer ☐ _____

Otras: NINGUNA

III. EXAMEN FÍSICO (Observación de Signos de Malnutrición):

ÁREA A EVALUAR	OBSERVACIÓN	INTERPRETACIÓN
Cabello	Débil, opaco, signo de bandera	Hipovitaminosis
Cara	Delgadez, labio fisurado	Deficiencia proteico, calórica
Cavidad Oral y Estructuras	Estructura con manchas	Falta de higiene, hipovitaminosis

Tronco (Estomago)	Abdomen globoso	Parasitosis
Miembros Inferiores Superiores	delgadez	Deficiencia proteico, calórica
Manos - Uñas	Sucias, palidez palmar	Falta de higiene
Piel	Seca, escamosa, palidez generalizada, con lesiones	Deshidratación, hipovitaminosis

Interpretación General:

femenina con signos de deficiencia de micronutrientes, delgadez musculo esquelética generalizada, rosario intercostal.

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso Actual: 10.3 Kg. Presenta edema: Si ☐ No X Grado: _____

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 89.8 cm

Perímetro Cefálico: 46 cm Perímetro Braquial: 12.8 cm

Perímetro Torácico: 46 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.18	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -4.16	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -3.98	DESNUTRICION GLOBAL

% Déficit de Peso/ Talla: 16 %

Clasificación Nutricional: DESNUTRICION AGUDA MODERADA CON TALLA BAJA PARA LA EDAD.

V. EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXAMEN	VALOR ACTUAL	REFERENCIA NORMAL

Interpretación: _____

VI. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

LACTANCIA MATERNA: LM

Recibió LM Exclusiva: Si X Duración: 12 MESES Frecuencia: _____

No ☐ Causa: _____

Recibió Fórmulas Infantiles: Si ☐ No ☐

Tipo de Fórmula: _____ No. Tomas/día: _____

Preparación: _____

Si el niño o niña aún lacta, solicite a la madre que amamante en un espacio tranquilo. Observe durante 15 minutos y describa:

Condición de los pechos:

Posición del bebe durante la lactancia:

Agarre del pecho:

Succión – Deglución:

La niña o niño mamó durante minutos durante la entrevista para el diligenciamiento del formato.

Plan para programar acciones con el fin de iniciar lactancia o relactancia materna: _____

_____

_____

_____

_____

_____

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

¿A qué edad inicio la alimentación complementaria? 12 MESES

EDAD	TIPO ALIMENTO	PREPARACIÓN
0 - 2 Meses	leche materna	Lactancia materna
2 - 4 Meses	leche materna	Lactancia materna
4 - 6 Meses	Leche materna + comida + avena , maíz, papa.	Libre demanda/colada de avena, chicha de maíz, sopa.
6 - 8 Meses	Leche materna + comida + avena , maíz, papa.	Libre demanda/colada de avena, chicha de maíz, sopa.
8 - 12 Meses	Leche m + comida + avena, maíz, papa.	Libre demanda/colada de avena, chicha de maíz, sopa.

¿A qué edad inicio la dieta familiar? 12 MESES

Persona encargada de la alimentación del menor PADRES

¿En qué lugar recibe alimentos el menor? CRN NANAECHPO

HÁBITOS ALIMENTARIOS

Apetito: Bueno X Regular ☐ Malo ☐

Ingesta: Rápida ☐ Despacio X Normal ☐

Deglución: Normal X Deficiente ☐

Mastica: Si X No ☐ Explicar: _____

Hábito intestinal: Normal X Estreñimiento ☐ Diarrea ☐

Síntomas gastrointestinales: Vómito ☐ Reflujo ☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____

Alimentos Preferidos: sopa, arroz, pollo tubérculos. (yuca, plátanos, ahuyama)

Alimentos Rechazados: NINGUNO

Alimentos no tolerados: NINGUNO

VII. ANAMNESIS ALIMENTARIA:

HORA	ALIMENTO Y PREPARACIÓN	CANTIDAD
7 AM	CHICHA	1 PORC PEQ
	FRIJOLES	1 PORC PEQ
	AVENA	1 VASO
12 PM	YUCA, PAPA	1 PORC PEQ
	FRIJOL	1 PORC PEQ
	AGUA DE PANELA	1 VASO
6:00 PM	ARROZ	1 PORC PEQ
	MALANGA	1 PORC PEQ
	CHICHA	1 PORC PEQ

VIII. FRECUENCIA DE CONSUMO

Indique ¿cuál es la frecuencia de consumo de alimentos de cada uno de los siguientes grupos?

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
Arroz, pasta					X			
Papa, plátano, arracacha, ñame		X						
Pan, Arepa							X	
Tomate, zanahoria, ahuyama							Ahuyama	X
Habichuela, alverja verde, acelga, espinaca, brócoli, cebolla,								X
Mango, maracuyá, Papaya, Guayaba							X	
Banano, lulo, piña, naranja,								X

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
Leche entera							X	
Fórmula láctea								X
Yogurt, Kumís								X
Queso								X
Preparaciones con leche							X	
Carne, Pollo, pescado							X	
Huevo							X	
Leguminosa		X						
Bienestarina							X	
Embutidos								X
Aceites, Mantequilla y Grasas							X	
Aguacate, coco								X
Azúcar, panela					X			
Dulces					X			
Paquetes, Comidas Rápidas								X
Gaseosas							X	
Otros								X

FUENTE: Construcción propia con aportes del Instrumento para evaluar los hábitos de consumo de alimentos en mujeres gestantes y lactantes, y niños menores de 5 años participantes del proyecto de complementación alimentaria del municipio de Itagüí.

IX. CÁLCULO DE CONSUMO APROXIMADO CALORÍAS Y NUTRIENTES DEL NIÑO O NIÑA AL INGRESO DEL PROGRAMA Y RECOMENDADO

De acuerdo con la anamnesis alimentaria, estime el consumo de calorías y nutrientes y el porcentaje de adecuación.

NUTRIENTES	CONSUMO	RECOMENDADO	% ADECUACIÓN
Calorías	500CAL	1063CAL	45.6%
Proteínas	15	29	34.5%
Grasas	10	41	24.0%
Carbohidratos	110	144	76.4%
Calcio	300	700MG	60.0%
Hierro	1	3MG/KG/DIA	33.0%
Vitamina A	100	300	33.3%
Zinc	0	2MG/KG/DIA	0
Ácido fólico	0	4MG/DIA	0

X. INTERPRETACIÓN: DE LA ANAMNESIS ALIMENTARIA PODEMOS CONCLUIR QUE TIENE UNA INGESTA ALIMENTARIA DESEQUILIBRADA E INADECUADA POR ENDE HAY DESCOMPENSACION

EN EL CUBRIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES QUE NECESITA PARA SU DESARROLLO.

ASI MISMO EL ALTO GRADO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA AL QUE ESTA EXPUESTO TODO EL NUCLEO FAMILIAR.

XI. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:

DNT AGUDA MODERADA

XII. PRESCRIPCIÓN DIETARIA:

SE INICIA TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON REGIMEN NORMOCALORICO, NORMOPROTEICO, DIETA ALTA EN HIERRO, ZINC Y CALCIO.
CAL: 1545 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 3 SOBRE/DIA ZINC: 20.6 MG/DIA

XIII. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL:

A continuación, debe realizar el cálculo de calorías y nutrientes que se deben suministrar al inicio de la atención en el CRN, teniendo en cuenta las necesidades de acuerdo al peso actual y el vehículo de aporte (Fórmula terapéutica lista para el consumo – FTLC, alimentación regular y suplementación con micronutrientes).

Tenga en cuenta que, si el niño o niña tiene lactancia materna, deberá promoverla y esta debe realizarse antes del suministro de la FTLC.

Alimento terapéutico listo para el consumo a suministrar		
Gramos / día	Presentación comercial	Observaciones
276	sobre	3 sobre/día

NUTRIENTES	dato/Kg peso actual	Aporte Total	Aporte total por FTLC	Aporte total por alimentación	Aporte total suplementación[1] micronutrientes	Observaciones
Calorías (Kcal)	100 x 10.3	1545cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1 x 10.3	42.2gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0 x 10.3	61.8gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0 x 10.3	206 gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	30.9mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	20.6mg	131%			
Vitamina A (UI)	300 AI	1104mg	220.8%			RIEN
Ácido fólico	5MG/1MG	1104 ug			100%	Al iniciar 1mg durante tratamiento.

XIV. MENÚ (descripción general del menú indicado, mínimo debe contener: No. De tiempos de comida, alimentos a suministrar en cada tiempo de comida, lactancia materna, tipo de formula con la que se inicia la atención, frecuencia, volumen por toma de formula):

SE INICIA FTLC 3 SOBRES/DIA, MAS ALIMENTACION COMPLEMENTARIA BALANCEADA ORDENADA ASISTIDA EN 3 TIEMPOS DE COMIDA Y 2 MERIENDAS, LA CUAL ESTA CONSTITUIDA POR PROTEINAS DE ALTO VALOR BIOLOGICO, TUBERCULOS, PLATANOS, FRUTAS Y VERDURAS, HARINAS. ETC

XV. RECOMENDACIONES:

ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE DE LA MADRE EN EL PROCESO DE RECUPERACION NUTRICIONAL Y AL MOMENTO DE SUMINISTRAR LOS ALIMENTOS PARA LOGRAR SU CONSUMO AL 100%

LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUES DE CADA ACTIVIDAD Y COMIDA.

FORMULA NUTRICIONAL FTLC 3 VECES AL DIA CON VASO DE AGUA VIGILAR CONSUMO

SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DADAS POR EL EQUIPO DE CRN, PARA PREVENCION DEL COVID 19 COMO MANTENER AISLAMIENTO PREVENTIVO A 1 METRO DE DISTANCIA MINIMO. LAVADO DE MANOS FRECUENTES SIGUIENDO LA GUIA ESTABLECIDA, USO DE TAPABOCAS TANTO COMO PARA LA MADRE COMO PARA EL NIÑO Y ACOMPAÑANTE.

VIGILAR CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS SANITARIAS POR COVID 19 POR PARTE DE TODO EL EQUIPO DEL CRN

Nombre del Nutricionista Dietista:	**Firma, sello y tarjeta profesional:**
MARIA CECILIA CARRILLO RIOS	María Cecilia Carrillo Ríos NUTRICIONISTA Y DIETISTA T.P. 1122821423 Maria Carrillo

Fecha de aplicación: Día 06 Mes 09 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: NANECHPO

Departamento: CESAR Municipio: CODAZZI

Nombre profesional social: CHARLOTTE PEÑALOZA GONZÁLEZ

Persona o personas que suministran la información: MARTHA HERRERA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **KELLY**	**Segundo Nombre** JOHANA	**Primer Apellido** HERRERA	**Segundo Apellido** HERRERA
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 04/09/2023 Si presenta reingreso indicar cuantos reportando mes y año 1: mes / año 2: mes / año 3: mes / año 4: mes / año		**Número de Registro Civil (R.C):** 1.067.733.555 **Sin R.C.** ☐	
Si no cuenta con registro civil cual es la razón: ☐ Se perdió y no ha tramitado copia ☐ Falta de gestión familiar ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan ☐ Ha intentado tramitarlo pero no ha sido atendido ☐ Otra, cuál:		**Cómo se enteró del CRN:** X Búsqueda activa del equipo de CRN ☐ Sector salud ☐ Autoridad tradicional ☐ Líder comunitario ☐ Otro programa del ICBF (cuál?) ☐ Otro medio (cuál?)	
La familia del niño o niñas es desplazada: ☐ SI. De donde: X NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: X NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI X NO	**¿Es Indígena?** X SI. Pueblo: YUKPA ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: X NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: X NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: X NO	
Departamento y municipio de residencia: **CESAR-CODAZZI**	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** WAYEKO	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel:		**Número teléfono contacto dos**[1] Nombre: Tel:	
Zona X Rural ☐ Urbano Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos, rutas):			

[1] Solicitar el número telefónico de un familiar, amigo, vecino; a través del cual se logre ubicar al papá, mamá o acudiente en caso de que no se logre comunicación con ellos

Presenta discapacidad: NO X SI ☐

Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 2. Estructura familiar

En que categorías presenta discapacidad

1. ☐ Alteración a nivel de movilidad
2. ☐ Alteraciones a nivel sensorial: Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto ☐
3. ☐ Alteraciones a nivel mental: Cognitivo ☐ Psicosocial ☐
4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico
5. ☐ Alteraciones al nivel del habla
6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia

1. ☐ Leve – Independiente
2. ☐ Moderada – Semindependiente
3. ☐ Severa – Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: SI ☐ NO ☐

Entidad que certifica la discapacidad:

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? ☐ SI ☐ NO	**¿Requiere ayuda de otra persona?** SI ☐ NO ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	**¿Requiere ayuda técnica?** SI ☐ NO ☐ **¿Cuenta con la ayuda técnica?** SI ☐ NO ☐
¿Requiere terapia y/o rehabilitación? SI ☐ NO ☐	**¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?** SI ☐ NO ☐	**¿Tiene proceso de interdicción?** SI ☐ NO ☐

Si recibe terapia o rehabilitación. Nombre entidad atención:

Descripción de la terapia y/o rehabilitación:

Descripción de la discapacidad:

2. ESTRUCTURA Y ECONOMIA FAMILIAR

En el siguiente cuadro registrar las personas que conviven con el niño de mayor a menor según edad

Nombre y apellido	Edad	Parentesco / afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud	Tiempo de trabajo (permanente, temporal, eventual)
MARTHA HERRERA *	34 a	MADRE	U. LIBRE	SIN ESCOLARIDAD	HOGAR	DUSAKAWI	PERMANENTE

Al final de nombre y apellido identifique con un asterisco (*) a la persona que está responsable del cuidado del niño o niña la mayor parte del tiempo. Si la persona responsable del cuidado del niño, no conviven con el niño o niña en el mismo hogar, indique sus datos en la siguiente fila:

Nombre y apellido	Edad	Parentesco / afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud	Tiempo de trabajo (permanente, temporal, eventual)

Si el niño o niña no vive con su padre y su madre, indicar la razón:

- ☐ Divorcio o separación
- ☐ Fallecimiento
- ☐ Trabajo
- ☐ Asilo político
- ☐ Otro. Cuál:
- ☐ Privacidad de la libertad
- ☐ Amenaza
- ☐ Desaparición
- ☐ Nunca han convivido

Si el niño no vive con su padre y su madre, y está/n vivos, cumple con la responsabilidad de alimentos:

SI ☐ NO ☐

De las personas con las cuales convive el niño o niña beneficiario/a se encuentra

- ☐ Mujer en gestación
- ☐ Madre en periodo de lactancia
- ☐ Niños/as de 0 a 2 años
- ☐ Niños/as de 2 a 5 años

Considera que alguno de ellos/as requiere valoración nutricional, si quién:

Del número de personas que conviven con el niño o niña cuantos aportan económicamente a la economía familiar:
1

Total de ingresos mensuales de la familia en SMMLV:

- X Menor o igual al 50% del SMMLV
- ☐ Entre el 50 y el 100% del SMMLV
- ☐ Más de 2 SMMLV

Observaciones relacionadas con estructura y economía familiar

FAMILIA DE TIPOLOGÍA NUCLEAR, CONFORMADA POR MADRE, PADRE E HIJO. EN LA CUAL EL PADRE TIENE LA RESPONSABILIDAD ECONÓMICA EN EL HOGAR, REALIZANDO LABORES DEL CAMPO (AGRICULTURA), A TRAVÉS DE ESTA ACTIVIDAD, LOGRA DARLE EL SUSTENTO A LA FAMILIA. MADRE DEDICADA AL HOGAR Y LAS LABORES DE CASA, ADEMÁS DE LA CRIANZA DE LOS NIÑOS, DADO QUE SE DEDICA COMPLETAMENTE A ELLO.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

RESERVADA

La familia cuenta con apoyo de: (selección múltiple)	Si la familia cuenta con apoyo éste es de tipo	Algún integrante de la familia participa en alguna red o grupo social:
1. ☐ Familia extensa 2. ☐ Vecinos 3. ☐ Amigos/as 4. ☐ Sector público 5. ☐ Sector privado 6. ☐ Sector religioso 7. X Ninguna 8. ☐ Otro. Cuál:	1. ☐ Económico 2. ☐ Material 3. ☐ Protección y cuidado 4. ☐ Emocional 5. ☐ Espiritual 6. ☐ Otro. Cuál:	☐ SI ☐ NO

4. CONCLUSIONES

PACIENTE FEMENINO DE 4 AÑOS Y 10 MESES, QUIEN ES INGRESADO AL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, CON DX DE DNT AGUDA MODERADA, LA CUAL ES DIAGNOSTICADA POR LA PROFESIONAL EN NUTRICIÓN. PACIENTE QUE SE ENCUENTRA ESTABLE, ORIENTADO, ALERTA Y CONSCIENTE, CON ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA SU EDAD. ADECUADAS RELACIONES ENTRE MADRE E HIJO, ADEMÁS DE ESTO PRESENTA BUEN DESARROLLO PSICOSOCIAL CON SUS COMPAÑEROS. SE EVIDENCIAN PATRONES DE HIGIENE INADECUADOS. ADECUADO PATRÓN DE SUEÑO, ADECUADO PATRÓN DE ALIMENTACIÓN. PACIENTE QUE RECIBE DE BUENA MANERA EL TRATAMIENTO, BUENA ADHERENCIA. ES IMPORTANTE RESALTAR QUE DEBIDO A LOS USOS Y COSTUMBRES DE LA ETNIA YUKPA, SE EVIDENCIAN LAS FAMILIAS NUMEROSAS, DADA ESTA SITUACIÓN SE PRESENTA EL RIESGO DE MALNUTRICIÓN HY RIESGO DE FACTORES SOCIALES COMO EL HACINAMIENTO.

5. ACCIONES PARA REALIZAR CON LA FAMILIA EN EL PRIMER MES DE INGRESO DEL NIÑO O NIÑA AL CRN (ENTRE LAS CUALES SE DEBE INCLUIR UNA VISITA DOMICILIARIA)

***REALIZAR TALLERES PSICOEDUCATIVOS CON LA FAMILIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA CRIANZA BASADA EN EL RESPETO, OMITIENDO LA VIOLENCIA.**

***REALIZAR INTERVENCIONES GRUPALES Y CON CADA FAMILIA PARA ABORDAR EL TEMA DE LA BUENA NUTRICIÓN Y LA SALUD.**

***INCENTIVAR A LAS FAMILIAS A REALIZAR ACCIONES QUE AYUDEN A MEJORAR EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS MENORES**

***REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS**

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año):	
25/09/2023 Es prudente que la fecha sea acordada con la familia, para garantizar que este presenta la mayoría de los integrantes de la misma. De igual forma comunica que esta visita no tiene como objetivo realizar una inspección o vigilancia si no de generar un espacio de interacción e integración.	Charlotte Peñaloza González. Charlotte Peñaloza González PSICÓLOGA T.P. 245032 **Firma profesional social**

Valledupar, 2 de Octubre 2023

Señor (es):
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
DAYAN LISSETT BLANCO
Codazzi

REF. Certificación de usuarios atendidos en el CRN Nanaechpo por el tiempo comprendido durante el mes de Octubre 2023

Cordial saludo:

Por medio de la presente certifico que se atendieron los siguientes beneficiaros en el CRN NANAECHPO, ubicado en la serranía del Perija, en la ejecución del convenio No. **20001992023,** con la siguiente información:

N° Item	RC	NOMBRE COMPLETO	FN	FECHA DE INGRESO
1	1065677309	RONAL RODRIGUEZ PEÑALOZA	4/02/2021	2/09/2023
2	1,137,732,247	ERIKSON PEÑALOZA PEÑALOZA	2/08/2022	2/09/2023
3	1,151,482,290	ELFER JAVIER GARCIA PEÑALOZA	4/05/2020	1/09/2023
4	1,067,735,933	GLADYS HERRERA ESTRADA	3/04/2022	2/09/2023
5	1,065,678,794	ANA KARINA HERRERA HERRERA	8/10/2021	1/09/2023
6	1,151,482,215	SOLAIRA ESTRADA HERRERA	7/07/2020	2/09/2023
7	1,067,737,032	JUAN DAVID ESTRADA HERRERA	29/12/2022	2/09/2023
8	96A6593117B44486AD B6CBC89BEA4DB459753	DIANA MARCELA GARCIA MARTINEZ	29/07/2022	1/09/2023
9	1,067,737,233	MARIA ANGEL FRANCO WEPA	10/12/2021	1/09/2023
10	1,067,735,788	SHEILA MICHELL GARCIA PEÑALOZA	14/02/2022	1/09/2023
11	1,065,679,328	ANDRES FRANCO SANCHEZ	31/12/2021	1/08/2023
12	1,065,681,256	ASHLY GARCIA MONTES	22/12/2022	1/09/2023
13	1,300,420,635	DEINER JOSE FRANCO HERRERA	30/04/2022	1/08/2023
14	1,067,733,553	LUZ MARINA HERRERA ESTRADA	5/03/2019	2/09/2023
15	1,067,733,555	KELLY JOHANA HERRERA HERRERA	13/10/2018	4/09/2023
16	1,066,305,038	VALERY SOFIA PEÑALOZA MONTES	7/06/2020	11/08/2023

DABINSON JAVIER RESTREPO FERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

FECHA: DIA 22 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.067.733.553
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: LUZ MARINA HERRERA ESTRADA		Sexo: F X M	Edad: 4 AÑOS 5 MESES

ESTUDIO DE CASO

PACIENTE FEMENINA LUZ MARINA HERRERA ESTRADA DE 4 AÑOS Y 5 MESES DE EDAD, QUIEN REINGRESA AL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EL DÍA 1 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, CON MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PESO: 8.5 KG
TALLA: 81 CM
PC: 47.4 CM
PT: 52 CM
PA: 56 CM
PB: 12.8 CM
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: DESNUTRICION AGUDA MODERADA Y RETRASO EN TALLA.

SE DECIDE HACER ESTUDIO DE CASO Y PLAN DE INTERVENCIÓN EN LA SALUD NUTRICIONAL POR REINCIDENCIA EN LA NECESIDAD DE SER REINGRESAD0 EL PACIENTE EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL PARA OBTENER UN ADECUADO ESTADO, PARA HACER PREVALECER EL DERECHO A GOZAR DE BUENA SALUD Y NUTRICIÓN SEGÚN RIGE LA LEY DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA, CON EL OBJETIVO DE EVALUAR LAS CONDICIONES DEL NIÑO Y CONDUCTAS A SEGUIR.

LA MENOR ES ENCONTRADO CON SIGNOS Y RASGOS DE DESNUTRICIÓN TRAS BÚSQUEDAS ACTIVAS REALIZADAS EN LA ZONA DE WAYECO TERRITORIO YUKPA DE IROKA, UNA POBLACIÓN DONDE SE ESTÁ EN LA ACTUALIDAD ENCONTRANDO UN ALTO ÍNDICE DE DESNUTRICIÓN EN ACOMPAÑAMIENTO CON NUTRICIÓN Y ENFERMERÍA. PACIENTE QUE FUE INGRESADO EL MES DE ENERO, SE LE EXPLICA A LA MADRE LAS CONDICIONES EN QUE EL MENOR LLEGO AL CRN Y EN LAS CONDICIONES ACTUALES FAVORABLES EN LA RECUPERACION NUTRICIONAL Y CLINICA DURANTE LA ESTANCIA EN EL CRN, TAMBIEN SE LE ACLARA SOBRE LOS CUIDADOS PERTINENTES QUE DEBE TENER EN CUENTA PARA EVITAR REINCIDENCIA EN LA MENOR.

HALLAZGOS DE EXAMEN FÍSICO PARA DIAGNÓSTICO

EXAMEN FÍSICO	*HALLAZGOS*
CABELLO	DELGADO Y FINO EN ÁREA FRONTOPARIETAL
ABDOMEN	DISTENDIDO
EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES	HIPOTRÓFICAS SIN EDEMA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	ALERTA
PIEL Y FANERAS	PIEL SECA

BAJO EL CONCEPTO MEDICO Y TENIENDO EN CUENTA LOS HALLAZGOS DEL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE, EL ESTADO DE DESNUTRICIÓN MODERADA QUE SE ENCUENTRA EL MENOR, OCURRE POR DIFERENTES FACTORES, ACONTECIMIENTOS O CARACTERÍSTICOS QUE PUEDEN AFECTAR EN ALGUNA MEDIDA EL ESTADO NUTRICIONAL QUE ENMARCAN EN EL ANÁLISIS DE DIVERSAS CAUSAS, EN FUNCIÓN DE LA ORIENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES Y EL

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

FECHA: DIA 22 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.067.733.553
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: LUZ MARINA HERRERA ESTRADA		Sexo: F X M	Edad: 4 AÑOS 5 MESES

ESTUDIO DE CASO

ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DEL NIÑO; ES ASÍ COMO SE EVIDENCIAN AQUELLAS CAUSAS QUE SON GENERALMENTE UNA DEFICIENCIA CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DE LA RACIÓN ALIMENTARÍA Y DE LA ENFERMEDAD, LA CUAL ES GENERALMENTE DE ORIGEN INFECCIOSO.

UNA CAUSA A NIVEL DE DESNUTRICIÓN ES LA FALTA DE SUSTENTO ALIMENTARIO POR RAZONES ECONÓMICAS DE LOS PADRES, PUES ESTO IMPIDE OBTENER ALIMENTOS DE ALTA NUTRICIÓN COMO LO ES LA PROTEÍNA, ADEMÁS DE LA GRAN CANTIDAD DE HIJOS POR NÚCLEOS FAMILIARES LO CUAL IMPIDE UNA RACIÓN ADECUADA DE ALIMENTOS.

COMO CONSECUENCIA DE UN DESBALANCE CELULAR ENTRE LA OFERTA DE NUTRIENTES Y ENERGÍA, Y LA DEMANDA DEL ORGANISMO PARA ASEGURAR EL CRECIMIENTO Y EL MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES ESPECÍFICAS.

LA MADRE REFIERE BAJO LOS INTERROGANTES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, MANIFIESTA QUE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL MENOR SE BASA EN EL CONSUMO DE GUINEO, YUCA, GUANDUL, SIN MENCIONAR PROTEÍNAS COMO COMPLEMENTO EN LA ALIMENTACIÓN "INSEGURIDAD ALIMENTARIA".

EN SU DINÁMICA FAMILIAR SE OBSERVA BUENA RELACIÓN FAMILIAR, LA MADRE MUESTRA INTERÉS POR EL MENOR, ES PARTICIPE DE UN TIPO DE FAMILIA MONOPARENTAL, CONFORMADO POR MADRE E HIJO, SE MANIFIESTA QUE PADRE DEJO EL HOGAR, NO VISITA AL MENOR DURANTE LA ESTANCIA EN EL CENTRO. SE PERCIBE HÁBITOS DE HIGIENE INAPROPIADOS; LA FAMILIA NO CUENTA CON SUFICIENTES RECURSOS ECONÓMICOS PARA SUMINISTRAR UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN, EL ACOMPAÑANTE DEL MENOR MANIFIESTA QUE LOS ALIMENTOS DE INGESTA CONSTANTE ES LA YUCA, GUINEO O GUANDUL, FRIJOL TÍPICO DE LA REGIÓN, ADEMÁS MANIFIESTAN LAS CIRCUNSTANCIAS ECONÓMICAS POR LAS CUALES ATRAVIESA LA FAMILIA.

ES PRECISO RESALTAR LA CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA EN LA QUE SE ENCUENTRA EL MENOR, PRIMARIA, QUE SIGNIFICA QUE ES LA INTERACCIÓN DE EL BAJO APORTE DE NUTRIENTES DERIVADO DE PROBLEMAS SOCIOECONÓMICOS.

LA FAMILIA DE LA MENOR NO CUENTA CON LOS INGRESOS DE RECURSOS ECONÓMICOS SUFICIENTE PARA BRINDARLE UNA ALIMENTACIÓN ADECUADO AL MENOR, PUESTO QUE LA REMUNERACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR ÉL PADRE NO LOGRA SUPLIR LOS GASTOS DE TODA LA FAMILIA, TENIENDO EN CUENTA HAY 3 MENORES DE EDAD, QUIERES SE RECONOCEN TAMBIÉN POR LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA FAMILIA ESTAR EN RIESGO.

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO FIJA LAS CONDUCTAS A SEGUIR
CONDUCTAS NUTRICIONALES:

- TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON FTLC A RAZÓN DE 150 KCAL/KG/DÍA.
- SE BRINDA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARÍA DE ACUERDO A LA EDAD, LA CUAL ESTÁ CONSTITUIDA POR PROTEÍNAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS, FRUTAS Y VERDURAS DE CONSISTENCIA BLANDA, FRACCIONADA EN 3 TIEMPOS DE COMIDA (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA) Y 2 MERIENDAS.
- SEGUIMIENTO MÉDICO, PSICOSOCIAL Y NUTRICIONAL
- PESO DIARIO Y EVOLUCIÓN NUTRICIONAL DIARIA
- TALLA SEMANAL

RESERVADA

FECHA:	Nombre del CRN:	Municipio/Departamento:	Historia de atención #:
DIA 22 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	NANANECHPO	AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	1.067.733.553
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: LUZ MARINA HERRERA ESTRADA		Sexo: F X M	Edad: 4 AÑOS 5 MESES

ESTUDIO DE CASO

CONDUCTAS MEDICAS:

- SEGUIMIENTO DIARIO PARA EVALUAR MEJORA

CONDUCTAS SOCIALES:

- REPORTE A AUTORIDADES INDÍGENAS
- CAPACITACIÓN EN EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ
- EDUCACIÓN NUTRICIONAL
- TALLER EDUCATIVO MANIFESTACIÓN DE AFECTO
- EDUCACIÓN EN ATENCIÓN ADECUADA A NECESIDADES DEL NIÑO

PROFESIONALES A CARGO:

MARIA CECILIA CARRILLO RIOS

T.P 1122821423

Maria Carrillo

PROFESIONAL NUTRICIONAL

ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA

PROFESIONAL MEDICO

CHARLOTTE PEÑALOZA GONZÁLEZ

Charlotte Peñaloza González.

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032

PROFESIONAL PSICOLOGÍA

RESERVADA

FECHA: DIA 17 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.065.678.794
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: ANA KARINA HERRERA HERRERA		Sexo: F X M	Edad: 1 AÑO 10 MESES

ESTUDIO DE CASO

PACIENTE FEMENINA ANA KARINA HERRERA HERRERA DE 1 AÑO Y 10 MESES DE EDAD, QUIEN REINGRESA AL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EL DÍA 1 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, CON MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PESO: 6.9 KG
TALLA: 71.1 CM
PC: 42.8 CM
PT: 46.2 CM
PA: 50.4 CM
PB: 12.6 CM
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: DESNUTRICION AGUDA MODERADA Y RETRASO EN TALLA.

SE DECIDE HACER ESTUDIO DE CASO Y PLAN DE INTERVENCIÓN EN LA SALUD NUTRICIONAL POR REINCIDENCIA EN LA NECESIDAD DE SER REINGRESAD0 EL PACIENTE EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL PARA OBTENER UN ADECUADO ESTADO, PARA HACER PREVALECER EL DERECHO A GOZAR DE BUENA SALUD Y NUTRICIÓN SEGÚN RIGE LA LEY DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA, CON EL OBJETIVO DE EVALUAR LAS CONDICIONES DEL NIÑO Y CONDUCTAS A SEGUIR.

LA MENOR ES ENCONTRADO CON SIGNOS Y RASGOS DE DESNUTRICIÓN TRAS BÚSQUEDAS ACTIVAS REALIZADAS EN LA ZONA DE WAYECO TERRITORIO YUKPA DE IROKA, UNA POBLACIÓN DONDE SE ESTÁ EN LA ACTUALIDAD ENCONTRANDO UN ALTO ÍNDICE DE DESNUTRICIÓN EN ACOMPAÑAMIENTO CON NUTRICIÓN Y ENFERMERÍA. PACIENTE QUE FUE INGRESADO EL MES DE FEBRERO, SE LE EXPLICA A LA MADRE LAS CONDICIONES EN QUE EL MENOR LLEGO AL CRN Y EN LAS CONDICIONES ACTUALES FAVORABLES EN LA RECUPERACION NUTRICIONAL Y CLINICA DURANTE LA ESTANCIA EN EL CRN, TAMBIEN SE LE ACLARA SOBRE LOS CUIDADOS PERTINENTES QUE DEBE TENER EN CUENTA PARA EVITAR REINCIDENCIA EN LA MENOR.

HALLAZGOS DE EXAMEN FÍSICO PARA DIAGNÓSTICO

EXAMEN FÍSICO	*HALLAZGOS*
CABELLO	DELGADO Y FINO EN ÁREA FRONTOPARIETAL
ABDOMEN	DISTENDIDO
EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES	HIPOTRÓFICAS SIN EDEMA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	ALERTA
PIEL Y FANERAS	PIEL SECA

BAJO EL CONCEPTO MEDICO Y TENIENDO EN CUENTA LOS HALLAZGOS DEL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE, EL ESTADO DE DESNUTRICIÓN MODERADA QUE SE ENCUENTRA EL MENOR, OCURRE POR DIFERENTES FACTORES, ACONTECIMIENTOS O CARACTERÍSTICOS QUE PUEDEN AFECTAR EN ALGUNA MEDIDA EL ESTADO NUTRICIONAL QUE ENMARCAN EN EL ANÁLISIS DE DIVERSAS CAUSAS, EN FUNCIÓN DE LA

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

FECHA: DIA 17 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.065.678.794
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: ANA KARINA HERRERA HERRERA		Sexo: F X M	Edad: 1 AÑO 10 MESES

ESTUDIO DE CASO

ORIENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES Y EL ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DEL NIÑO; ES ASÍ COMO SE EVIDENCIAN AQUELLAS CAUSAS QUE SON GENERALMENTE UNA DEFICIENCIA CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DE LA RACIÓN ALIMENTARÍA Y DE LA ENFERMEDAD, LA CUAL ES GENERALMENTE DE ORIGEN INFECCIOSO.

UNA CAUSA A NIVEL DE DESNUTRICIÓN ES LA FALTA DE SUSTENTO ALIMENTARIO POR RAZONES ECONÓMICAS DE LOS PADRES, PUES ESTO IMPIDE OBTENER ALIMENTOS DE ALTA NUTRICIÓN COMO LO ES LA PROTEÍNA, ADEMÁS DE LA GRAN CANTIDAD DE HIJOS POR NÚCLEOS FAMILIARES LO CUAL IMPIDE UNA RACIÓN ADECUADA DE ALIMENTOS.

COMO CONSECUENCIA DE UN DESBALANCE CELULAR ENTRE LA OFERTA DE NUTRIENTES Y ENERGÍA, Y LA DEMANDA DEL ORGANISMO PARA ASEGURAR EL CRECIMIENTO Y EL MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES ESPECÍFICAS.

LA MADRE REFIERE BAJO LOS INTERROGANTES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, MANIFIESTA QUE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL MENOR SE BASA EN EL CONSUMO DE GUINEO, YUCA, GUANDUL, SIN MENCIONAR PROTEÍNAS COMO COMPLEMENTO EN LA ALIMENTACIÓN "INSEGURIDAD ALIMENTARIA".

EN SU DINÁMICA FAMILIAR SE OBSERVA BUENA RELACIÓN FAMILIAR, LA MADRE MUESTRA INTERÉS POR EL MENOR, ES PARTICIPE DE UN TIPO DE FAMILIA MONOPARENTAL, CONFORMADO POR MADRE E HIJO, SE MANIFIESTA QUE PADRE DEJO EL HOGAR, NO VISITA AL MENOR DURANTE LA ESTANCIA EN EL CENTRO. SE PERCIBE HÁBITOS DE HIGIENE INAPROPIADOS; LA FAMILIA NO CUENTA CON SUFICIENTES RECURSOS ECONÓMICOS PARA SUMINISTRAR UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN, EL ACOMPAÑANTE DEL MENOR MANIFIESTA QUE LOS ALIMENTOS DE INGESTA CONSTANTE ES LA YUCA, GUINEO O GUANDUL, FRIJOL TÍPICO DE LA REGIÓN, ADEMÁS MANIFIESTAN LAS CIRCUNSTANCIAS ECONÓMICAS POR LAS CUALES ATRAVIESA LA FAMILIA.

ES PRECISO RESALTAR LA CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA EN LA QUE SE ENCUENTRA EL MENOR, PRIMARIA, QUE SIGNIFICA QUE ES LA INTERACCIÓN DE EL BAJO APORTE DE NUTRIENTES DERIVADO DE PROBLEMAS SOCIOECONÓMICOS.

LA FAMILIA DE LA MENOR NO CUENTA CON LOS INGRESOS DE RECURSOS ECONÓMICOS SUFICIENTE PARA BRINDARLE UNA ALIMENTACIÓN ADECUADO AL MENOR, PUESTO QUE LA REMUNERACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR ÉL PADRE NO LOGRA SUPLIR LOS GASTOS DE TODA LA FAMILIA, TENIENDO EN CUENTA HAY 3 MENORES DE EDAD, QUIERES SE RECONOCEN TAMBIÉN POR LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA FAMILIA ESTAR EN RIESGO.

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO FIJA LAS CONDUCTAS A SEGUIR

CONDUCTAS NUTRICIONALES:

- TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON FTLC A RAZÓN DE 150 KCAL/KG/DÍA.
- SE BRINDA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARÍA DE ACUERDO A LA EDAD, LA CUAL ESTÁ CONSTITUIDA POR PROTEÍNAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS, FRUTAS Y VERDURAS DE CONSISTENCIA BLANDA, FRACCIONADA EN 3 TIEMPOS DE COMIDA (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA) Y 2 MERIENDAS.

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

FECHA:	Nombre del CRN:	Municipio/Departamento:	Historia de atención #:
DIA 17 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	NANANECHPO	AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	1.065.678.794
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO:		Sexo:	Edad:
ANA KARINA HERRERA HERRERA		F X M	1 AÑO 10 MESES

ESTUDIO DE CASO

- SEGUIMIENTO MÉDICO, PSICOSOCIAL Y NUTRICIONAL
- PESO DIARIO Y EVOLUCIÓN NUTRICIONAL DIARIA
- TALLA SEMANAL

CONDUCTAS MEDICAS:

- SEGUIMIENTO DIARIO PARA EVALUAR MEJORA

CONDUCTAS SOCIALES:

- REPORTE A AUTORIDADES INDÍGENAS
- CAPACITACIÓN EN EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ
- EDUCACIÓN NUTRICIONAL
- TALLER EDUCATIVO MANIFESTACIÓN DE AFECTO
- EDUCACIÓN EN ATENCIÓN ADECUADA A NECESIDADES DEL NIÑO

PROFESIONALES A CARGO:

MARIA CECILIA CARRILLO RIOS

T.P 1122821423

Maria Carrillo

PROFESIONAL NUTRICIONAL

ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA

PROFESIONAL MEDICO

CHARLOTTE PEÑALOZA GONZÁLEZ

Charlotte Peñaloza González

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032

PROFESIONAL PSICOLOGÍA

RESERVADA

FECHA:	Nombre del CRN:	Municipio/Departamento:	Historia de atención #:
DIA 20 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	NANANECHPO	AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	1.067.733.555

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO:	Sexo:	Edad:
KELLY JOHANA HERRERA HERRERA	F X M	4 AÑO 10 MESES

ESTUDIO DE CASO

PACIENTE FEMENINA KELLY JOHANA HERRERA HERRERA DE 4 AÑOS Y 10 MESES DE EDAD, QUIEN REINGRESA AL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EL DÍA 4 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, CON MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PESO: 10.3 KG
TALLA: 89.8 CM
PC: 46 CM
PT: 46 CM
PA: 46 CM
PB: 12.8 CM
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: DESNUTRICION AGUDA MODERADA Y RETRASO EN TALLA.

SE DECIDE HACER ESTUDIO DE CASO Y PLAN DE INTERVENCIÓN EN LA SALUD NUTRICIONAL POR REINCIDENCIA EN LA NECESIDAD DE SER REINGRESADO EL PACIENTE EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL PARA OBTENER UN ADECUADO ESTADO, PARA HACER PREVALECER EL DERECHO A GOZAR DE BUENA SALUD Y NUTRICIÓN SEGÚN RIGE LA LEY DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA, CON EL OBJETIVO DE EVALUAR LAS CONDICIONES DEL NIÑO Y CONDUCTAS A SEGUIR.

LA MENOR ES ENCONTRADA CON SIGNOS Y RASGOS DE DESNUTRICIÓN TRAS BÚSQUEDAS ACTIVAS REALIZADAS EN LA ZONA DE WAYECO TERRITORIO YUKPA DE IROKA, UNA POBLACIÓN DONDE SE ESTÁ EN LA ACTUALIDAD ENCONTRANDO UN ALTO ÍNDICE DE DESNUTRICIÓN EN ACOMPAÑAMIENTO CON NUTRICIÓN Y ENFERMERÍA. PACIENTE QUE FUE INGRESADO EL MES DE FEBRERO, SE LE EXPLICA A LA MADRE LAS CONDICIONES EN QUE EL MENOR LLEGO AL CRN Y EN LAS CONDICIONES ACTUALES FAVORABLES EN LA RECUPERACION NUTRICIONAL Y CLINICA DURANTE LA ESTANCIA EN EL CRN, TAMBIEN SE LE ACLARA SOBRE LOS CUIDADOS PERTINENTES QUE DEBE TENER EN CUENTA PARA EVITAR REINCIDENCIA EN LA MENOR.

HALLAZGOS DE EXAMEN FÍSICO PARA DIAGNÓSTICO

EXAMEN FÍSICO	*HALLAZGOS*
CABELLO	DELGADO Y FINO EN ÁREA FRONTOPARIETAL
ABDOMEN	DISTENDIDO
EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES	HIPOTRÓFICAS SIN EDEMA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	ALERTA
PIEL Y FANERAS	PIEL SECA

BAJO EL CONCEPTO MEDICO Y TENIENDO EN CUENTA LOS HALLAZGOS DEL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE, EL ESTADO DE DESNUTRICIÓN MODERADA QUE SE ENCUENTRA EL MENOR, OCURRE POR LA INGESTA INSUFICIENTE DE ALIMENTOS DE FORMA CONTINUADA , QUE ES INSUFICIENTE PARA SASTIFACER LAS NECESIDADES DE ENERGIA ALIMENTARIA , SEA POR ABSORCION DEFICIENTE,COMO CONSECUENCIA DE UN DESBALANCE CELULAR ENTRE LA

FECHA: DIA 20 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.067.733.555
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: KELLY JOHANA HERRERA HERRERA		Sexo: F X M	Edad: 4 AÑO 10 MESES

ESTUDIO DE CASO

OFERTA DE NUTRIENTES Y ENERGÍA, Y LA DEMANDA DEL ORGANISMO PARA ASEGURAR EL CRECIMIENTO Y EL MANTENIMIENTO DE LAS FUNCIONES ESPECÍFICAS.

LA MADRE REFIERE BAJO LOS INTERROGANTES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, MANIFIESTA QUE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL MENOR SE BASA EN EL CONSUMO DE GUINEO, YUCA, GUANDUL, SIN MENCIONAR PROTEÍNAS COMO COMPLEMENTO EN LA ALIMENTACIÓN "INSEGURIDAD ALIMENTARIA".

EN SU DINÁMICA FAMILIAR SE OBSERVA BUENA RELACIÓN FAMILIAR, LA MADRE MUESTRA INTERÉS POR EL MENOR, ES PARTICIPE DE UN TIPO DE FAMILIA MONOPARENTAL, CONFORMADO POR MADRE E HIJO, SE MANIFIESTA QUE PADRE DEJO EL HOGAR, NO VISITA AL MENOR DURANTE LA ESTANCIA EN EL CENTRO. SE PERCIBE HÁBITOS DE HIGIENE INAPROPIADOS; LA FAMILIA NO CUENTA CON SUFICIENTES RECURSOS ECONÓMICOS PARA SUMINISTRAR UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN, EL ACOMPAÑANTE DEL MENOR MANIFIESTA QUE LOS ALIMENTOS DE INGESTA CONSTANTE ES LA YUCA, GUINEO O GUANDUL, FRIJOL TÍPICO DE LA REGIÓN, ADEMÁS MANIFIESTAN LAS CIRCUNSTANCIAS ECONÓMICAS POR LAS CUALES ATRAVIESA LA FAMILIA.

ES PRECISO RESALTAR LA CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA EN LA QUE SE ENCUENTRA EL MENOR, PRIMARIA, QUE SIGNIFICA QUE ES LA INTERACCIÓN DE EL BAJO APORTE DE NUTRIENTES DERIVADO DE PROBLEMAS SOCIOECONÓMICOS.

LA FAMILIA DE LA MENOR NO CUENTA CON LOS INGRESOS DE RECURSOS ECONÓMICOS SUFICIENTES PARA BRINDARLE UNA ALIMENTACIÓN ADECUADO AL MENOR, PUESTO QUE LA REMUNERACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR ÉL PADRE NO LOGRA SUPLIR LOS GASTOS DE TODA LA FAMILIA, TENIENDO EN CUENTA HAY 3 MENORES DE EDAD, QUIERES SE RECONOCEN TAMBIÉN POR LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA FAMILIA ESTAR EN RIESGO.

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO FIJA LAS CONDUCTAS A SEGUIR
CONDUCTAS NUTRICIONALES:

- TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON FTLC A RAZÓN DE 150 KCAL/KG/DÍA.
- SE BRINDA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARÍA DE ACUERDO A LA EDAD, LA CUAL ESTÁ CONSTITUIDA POR PROTEÍNAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS, FRUTAS Y VERDURAS DE CONSISTENCIA BLANDA, FRACCIONADA EN 3 TIEMPOS DE COMIDA (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA) Y 2 MERIENDAS.
- SEGUIMIENTO MÉDICO, PSICOSOCIAL Y NUTRICIONAL
- PESO DIARIO Y EVOLUCIÓN NUTRICIONAL DIARIA
- TALLA SEMANAL

CONDUCTAS MÉDICAS:

- SEGUIMIENTO DIARIO PARA EVALUAR MEJORA

CONDUCTAS SOCIALES:

- REPORTE A AUTORIDADES INDÍGENAS
- CAPACITACIÓN EN EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ
- EDUCACIÓN NUTRICIONAL
- TALLER EDUCATIVO MANIFESTACIÓN DE AFECTO

FECHA: DIA 20 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.067.733.555
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: KELLY JOHANA HERRERA HERRERA		Sexo: F X M	Edad: 4 AÑO 10 MESES

ESTUDIO DE CASO

- EDUCACIÓN EN ATENCIÓN ADECUADA A NECESIDADES DEL NIÑO

PROFESIONALES A CARGO:

MARIA CECILIA CARRILLO RIOS

T.P 1122821423

Maria Carrillo

PROFESIONAL NUTRICIONAL

ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA



PROFESIONAL MEDICO

CHARLOTTE PEÑALOZA GONZÁLEZ

Charlotte Peñaloza González.

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA

PROFESIONAL PSICOLOGÍA

RESERVADA

FECHA:	Nombre del CRN:	Municipio/Departamento:	Historia de atención #:
DIA 13 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	NANANECHPO	AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	1.067.735.933
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: GLADYS HERRERA ESTRADA		Sexo: F X M	Edad: 1 AÑO 4 MESES

ESTUDIO DE CASO

PACIENTE FEMENINA GLADYS HERRERA ESTRADA DE 1 AÑO Y 4 MESES DE EDAD, QUIEN REINGRESA AL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EL DÍA 1 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, CON MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PESO: 6.6 KG
TALLA: 69.2 CM
PC: 45 CM
PT: 45.4 CM
PA: 44.2 CM
PB: 12.5 CM
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: DESNUTRICION AGUDA MODERADA Y RETRASO EN TALLA.

SE DECIDE HACER ESTUDIO DE CASO Y PLAN DE INTERVENCIÓN EN LA SALUD NUTRICIONAL POR REINCIDENCIA EN LA NECESIDAD DE SER REINGRESAD0 EL PACIENTE EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL PARA OBTENER UN ADECUADO ESTADO, PARA HACER PREVALECER EL DERECHO A GOZAR DE BUENA SALUD Y NUTRICIÓN SEGÚN RIGE LA LEY DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA, CON EL OBJETIVO DE EVALUAR LAS CONDICIONES DEL NIÑO Y CONDUCTAS A SEGUIR.

LA MENOR ES ENCONTRADO CON SIGNOS Y RASGOS DE DESNUTRICIÓN TRAS BÚSQUEDAS ACTIVAS REALIZADAS EN LA ZONA DE WAYECO TERRITORIO YUKPA DE IROKA, UNA POBLACIÓN DONDE SE ESTÁ EN LA ACTUALIDAD ENCONTRANDO UN ALTO ÍNDICE DE DESNUTRICIÓN EN ACOMPAÑAMIENTO CON NUTRICIÓN Y ENFERMERÍA. PACIENTE QUE FUE INGRESADO EL MES DE JUNIO, SE LE EXPLICA A LA MADRE LAS CONDICIONES EN QUE EL MENOR LLEGO AL CRN Y EN LAS CONDICIONES ACTUALES FAVORABLES EN LA RECUPERACION NUTRICIONAL Y CLINICA DURANTE LA ESTANCIA EN EL CRN, TAMBIEN SE LE ACLARA SOBRE LOS CUIDADOS PERTINENTES QUE DEBE TENER EN CUENTA PARA EVITAR REINCIDENCIA EN LA MENOR.

HALLAZGOS DE EXAMEN FÍSICO PARA DIAGNÓSTICO

EXAMEN FÍSICO	*HALLAZGOS*
CABELLO	DELGADO Y FINO EN ÁREA FRONTOPARIETAL
ABDOMEN	DISTENDIDO
EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES	HIPOTRÓFICAS SIN EDEMA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	ALERTA
PIEL Y FANERAS	PIEL SECA

BAJO EL CONCEPTO MEDICO Y TENIENDO EN CUENTA LOS HALLAZGOS DEL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE, EL ESTADO DE DESNUTRICIÓN MODERADA QUE SE ENCUENTRA EL MENOR, SE DA POR LA INGESTA ALIMENTICIA DEFICIENTE, SUFRIENDO UN TRASTORNO NUTRITIVO POTENCIALMENTE REVERSIBLE QUE SE PUEDE MANIFESTAR POR UN RETARDO PONDOESTATURAL, CAUSANDO PROCESOS O ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y ALTERACIONES

FECHA: DIA 13 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.067.735.933
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: GLADYS HERRERA ESTRADA		Sexo: F X M	Edad: 1 AÑO 4 MESES

ESTUDIO DE CASO

DEL DESARROLLO NEUROPSIQUICO Y DE LA CONDUCTA.

LA MADRE REFIERE BAJO LOS INTERROGANTES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, MANIFIESTA QUE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL MENOR SE BASA EN EL CONSUMO DE GUINEO, YUCA, GUANDUL, SIN MENCIONAR PROTEÍNAS COMO COMPLEMENTO EN LA ALIMENTACIÓN "INSEGURIDAD ALIMENTARIA".

EN SU DINÁMICA FAMILIAR SE OBSERVA BUENA RELACIÓN FAMILIAR, LA MADRE MUESTRA INTERÉS POR EL MENOR, ES PARTICIPE DE UN TIPO DE FAMILIA MONOPARENTAL, CONFORMADO POR MADRE E HIJO, SE MANIFIESTA QUE PADRE DEJO EL HOGAR, NO VISITA AL MENOR DURANTE LA ESTANCIA EN EL CENTRO. SE PERCIBE HÁBITOS DE HIGIENE INAPROPIADOS; LA FAMILIA NO CUENTA CON SUFICIENTES RECURSOS ECONÓMICOS PARA SUMINISTRAR UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN, EL ACOMPAÑANTE DEL MENOR MANIFIESTA QUE LOS ALIMENTOS DE INGESTA CONSTANTE ES LA YUCA, GUINEO O GUANDUL, FRIJOL TÍPICO DE LA REGIÓN, ADEMÁS MANIFIESTAN LAS CIRCUNSTANCIAS ECONÓMICAS POR LAS CUALES ATRAVIESA LA FAMILIA.

ES PRECISO RESALTAR LA CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA EN LA QUE SE ENCUENTRA EL MENOR, PRIMARIA, QUE SIGNIFICA QUE ES LA INTERACCIÓN DE EL BAJO APORTE DE NUTRIENTES DERIVADO DE PROBLEMAS SOCIOECONÓMICOS.

LA FAMILIA DE LA MENOR NO CUENTA CON LOS INGRESOS DE RECURSOS ECONÓMICOS SUFICIENTE PARA BRINDARLE UNA ALIMENTACIÓN ADECUADO AL MENOR, PUESTO QUE LA REMUNERACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR ÉL PADRE NO LOGRA SUPLIR LOS GASTOS DE TODA LA FAMILIA, TENIENDO EN CUENTA HAY 3 MENORES DE EDAD, QUIERES SE RECONOCEN TAMBIÉN POR LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA FAMILIA ESTAR EN RIESGO.

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO FIJA LAS CONDUCTAS A SEGUIR
CONDUCTAS NUTRICIONALES:

- TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON FTLC A RAZÓN DE 150 KCAL/KG/DÍA.
- SE BRINDA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARÍA DE ACUERDO A LA EDAD, LA CUAL ESTÁ CONSTITUIDA POR PROTEÍNAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS, FRUTAS Y VERDURAS DE CONSISTENCIA BLANDA, FRACCIONADA EN 3 TIEMPOS DE COMIDA (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA) Y 2 MERIENDAS.
- SEGUIMIENTO MÉDICO, PSICOSOCIAL Y NUTRICIONAL
- PESO DIARIO Y EVOLUCIÓN NUTRICIONAL DIARIA
- TALLA SEMANAL

CONDUCTAS MEDICAS:

- SEGUIMIENTO DIARIO PARA EVALUAR MEJORA

CONDUCTAS SOCIALES:

- REPORTE A AUTORIDADES INDÍGENAS
- CAPACITACIÓN EN EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ
- EDUCACIÓN NUTRICIONAL
- TALLER EDUCATIVO MANIFESTACIÓN DE AFECTO
- EDUCACIÓN EN ATENCIÓN ADECUADA A NECESIDADES DEL NIÑO

FECHA: DIA 13 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.067.735.933
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: GLADYS HERRERA ESTRADA		Sexo: F X M	Edad: 1 AÑO 4 MESES

ESTUDIO DE CASO

PROFESIONALES A CARGO:

MARIA CECILIA CARRILLO RIOS

T.P 1122821423

Maria Carrillo

PROFESIONAL NUTRICIONAL

ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA

PROFESIONAL MEDICO

CHARLOTTE PEÑALOZA GONZÁLEZ

Charlotte Peñaloza González

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032

PROFESIONAL PSICOLOGÍA

RESERVA

FECHA: DIA 01 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.065.679.328
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: ANDRES FRANCO SANCHEZ		Sexo: F M X	Edad: 1 AÑO 7 MES

ESTUDIO DE CASO

PACIENTE MASCULINO ANDRES FRANCO SANCHEZ DE 1 AÑO Y 7 MES DE EDAD, QUIEN CONTINUA EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN SU DÍA 32 DE ESTANCIA EN EL CRN, 01 DE MES DE SEPTIEMBRE, CON MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PESO: 7.3 KG
TALLA: 70 CM
PC: 42.7 CM
PT: 45.5 CM
PA: 45 CM
PB: 13 CM
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA, RETRASO EN TALLA Y FACTOR DE RIESGO PARA EL NEURODESARROLLO

SE DECIDE POR EL EQUIPO PROFESIONAL, HACER ESTUDIO DE CASO Y PLAN DE INTERVENCIÓN EN LA SALUD NUTRICIONAL POR CONTINUAR EN EL CRN, ACORDE A SU ESTADO NUTRICIONAL ACTUAL DEL MENOR Y SE DECIDE OFICIALIZAR POR ESTE MEDIO PARA HACER PREVALECER EL DERECHO A GOZAR DE BUENA SALUD Y NUTRICIÓN SEGÚN RIGE LA LEY DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA, CON EL OBJETIVO DE EVALUAR LAS CONDICIONES DEL NIÑO Y CONDUCTAS A SEGUIR.

ÉL MENOR ES ENCONTRADO CON SIGNOS Y RASGOS DE DESNUTRICIÓN TRAS BÚSQUEDAS ACTIVAS REALIZADAS EN LA ZONA DE NANAECHPO TERRITORIO YUKPA DE IROKA, UNA POBLACIÓN DONDE SE ESTÁ EN LA ACTUALIDAD ENCONTRANDO UN ALTO ÍNDICE DE DESNUTRICIÓN EN ACOMPAÑAMIENTO CON NUTRICIÓN Y ENFERMERÍA. PACIENTE QUE FUE INGRESADO EL MES DE ENERO, SE LE EXPLICA A LA MADRE LAS CONDICIONES EN QUE EL MENOR LLEGO AL CRN Y EN LAS CONDICIONES ACTUALES FAVORABLES EN LA RECUPERACION NUTRICIONAL Y CLINICA DURANTE LA ESTANCIA EN EL CRN, TAMBIEN SE LE ACLARA SOBRE LOS CUIDADOS PERTINENTES QUE DEBE TENER EN CUENTA PARA EVITAR REINCIDENCIA EN EL MENOR.

HALLAZGOS DE EXAMEN FÍSICO PARA DIAGNÓSTICO

EXAMEN FÍSICO	*HALLAZGOS*
CABELLO	DELGADO Y FINO EN ÁREA FRONTOPARIETAL
ABDOMEN	DISTENDIDO
EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES	HIPOTRÓFICAS SIN EDEMA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	ALERTA
PIEL Y FANERAS	PIEL SECA

BAJO EL CONCEPTO MEDICO Y TENIENDO EN CUENTA LOS HALLAZGOS DEL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE, EL ESTADO DE DESNUTRICIÓN MODERADA QUE SE ENCUENTRA EL MENOR, OCURRE COMO CONSECUENCIA DE LAS

FECHA: DIA 01 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.065.679.328
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: ANDRES FRANCO SANCHEZ		Sexo: F M **X**	Edad: 1 AÑO 7 MES

ESTUDIO DE CASO

CARENCIAS, Y LOS EXCESOS Y DESEQUILIBRIOS DE LA INGESTA CALORICA Y DE NUTRIENTES LO QUE SERIA UNA MALA ALIMENTACION DEL NIÑO, ADEMAS DE ESTO LA FALTA DE MICRONUTRIENTES QUE SON VITAMINAS O MINERALES IMPORTANTES PARA EL ORGANISMO Y QUE AFECTAN EL DESARROLLO DEL NIÑO.

LA MADRE REFIERE BAJO LOS INTERROGANTES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, MANIFIESTA QUE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL MENOR SE BASA EN EL CONSUMO DE GUINEO, YUCA, GUANDUL, SIN MENCIONAR PROTEÍNAS COMO COMPLEMENTO EN LA ALIMENTACIÓN "INSEGURIDAD ALIMENTARIA".

EN SU DINÁMICA FAMILIAR SE OBSERVA BUENA RELACIÓN FAMILIAR, LA MADRE MUESTRA INTERÉS POR EL MENOR, ES PARTICIPE DE UN TIPO DE FAMILIA MONOPARENTAL, CONFORMADO POR MADRE E HIJO, SE MANIFIESTA QUE PADRE DEJO EL HOGAR, NO VISITA AL MENOR DURANTE LA ESTANCIA EN EL CENTRO. SE PERCIBE HÁBITOS DE HIGIENE INAPROPIADOS; LA FAMILIA NO CUENTA CON SUFICIENTES RECURSOS ECONÓMICOS PARA SUMINISTRAR UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN, EL ACOMPAÑANTE DEL MENOR MANIFIESTA QUE LOS ALIMENTOS DE INGESTA CONSTANTE ES LA YUCA, GUINEO O GUANDUL, FRIJOL TÍPICO DE LA REGIÓN, ADEMÁS MANIFIESTAN LAS CIRCUNSTANCIAS ECONÓMICAS POR LAS CUALES ATRAVIESA LA FAMILIA.

ES PRECISO RESALTAR LA CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA EN LA QUE SE ENCUENTRA EL MENOR, PRIMARIA, QUE SIGNIFICA QUE ES LA INTERACCIÓN DE EL BAJO APORTE DE NUTRIENTES DERIVADO DE PROBLEMAS SOCIOECONÓMICOS.

LA FAMILIA DEL MENOR NO CUENTA CON LOS INGRESOS DE RECURSOS ECONÓMICOS SUFICIENTE PARA BRINDARLE UNA ALIMENTACIÓN ADECUADO AL MENOR, PUESTO QUE LA REMUNERACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR ÉL PADRE NO LOGRA SUPLIR LOS GASTOS DE TODA LA FAMILIA, TENIENDO EN CUENTA HAY 3 MENORES DE EDAD, QUIERES SE RECONOCEN TAMBIÉN POR LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA FAMILIA ESTAR EN RIESGO.

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO FIJA LAS CONDUCTAS A SEGUIR
CONDUCTAS NUTRICIONALES:

- TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON FTLC A RAZÓN DE 150 KCAL/KG/DÍA.
- SE BRINDA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARÍA DE ACUERDO A LA EDAD, LA CUAL ESTÁ CONSTITUIDA POR PROTEÍNAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS, FRUTAS Y VERDURAS DE CONSISTENCIA BLANDA, FRACCIONADA EN 3 TIEMPOS DE COMIDA (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA) Y 2 MERIENDAS.
- SEGUIMIENTO MÉDICO, PSICOSOCIAL Y NUTRICIONAL
- PESO DIARIO Y EVOLUCIÓN NUTRICIONAL DIARIA
- TALLA SEMANAL

CONDUCTAS MEDICAS:

- SEGUIMIENTO DIARIO PARA EVALUAR MEJORA

CONDUCTAS SOCIALES:

- REPORTE A AUTORIDADES INDÍGENAS
- CAPACITACIÓN EN EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ
- EDUCACIÓN NUTRICIONAL
- TALLER EDUCATIVO MANIFESTACIÓN DE AFECTO
- EDUCACIÓN EN ATENCIÓN ADECUADA A NECESIDADES DEL NIÑO

FECHA: DIA 01 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.065.679.328
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: ANDRES FRANCO SANCHEZ		Sexo: F M **X**	Edad: 1 AÑO 7 MES

ESTUDIO DE CASO

PROFESIONALES A CARGO:

MARIA CECILIA CARRILLO RIOS

T.P 1122821423

Maria Carrillo

PROFESIONAL NUTRICIONAL

ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA



PROFESIONAL MEDICO

CHARLOTTE PEÑALOZA GONZÁLEZ

Charlotte Peñaloza González

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032

PROFESIONAL PSICOLOGÍA

RESERVADA

FECHA: DIA 01 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.300.420.635
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: DEINER JOSE FRANCO HERRERA		Sexo: F M X	Edad: 1 AÑO 3 MESES

ESTUDIO DE CASO

PACIENTE MASCULINO DEINER JOSE FRANCO HERRERA DE 1 AÑO Y 3 MESES DE EDAD, QUIEN CONTINUA EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN SU DÍA 32 DE ESTANCIA EN EL CRN, 01 DE MES DE SEPTIEMBRE, CON MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PESO: 8.1 KG
TALLA: 74 CM
PC: 42.3 CM
PT: 45 CM
PA: 46 CM
PB: 12.8 CM
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA, RETRASO EN TALLA Y FACTOR DE RIESGO PARA EL NEURODESARROLLO

SE DECIDE POR EL EQUIPO PROFESIONAL, HACER ESTUDIO DE CASO Y PLAN DE INTERVENCIÓN EN LA SALUD NUTRICIONAL POR CONTINUAR EN EL CRN, ACORDE A SU ESTADO NUTRICIONAL ACTUAL DEL MENOR Y SE DECIDE OFICIALIZAR POR ESTE MEDIO PARA HACER PREVALECER EL DERECHO A GOZAR DE BUENA SALUD Y NUTRICIÓN SEGÚN RIGE LA LEY DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA, CON EL OBJETIVO DE EVALUAR LAS CONDICIONES DEL NIÑO Y CONDUCTAS A SEGUIR.

ÉL MENOR ES ENCONTRADO CON SIGNOS Y RASGOS DE DESNUTRICIÓN TRAS BÚSQUEDAS ACTIVAS REALIZADAS EN LA ZONA DE NANAECHPO TERRITORIO YUKPA DE IROKA, UNA POBLACIÓN DONDE SE ESTÁ EN LA ACTUALIDAD ENCONTRANDO UN ALTO ÍNDICE DE DESNUTRICIÓN EN ACOMPAÑAMIENTO CON NUTRICIÓN Y ENFERMERÍA. PACIENTE QUE FUE INGRESADO EL MES DE MAYO, LA CUAL LA MADRE DECIDE LLEVARSELO CON ESTADO NUTRICIONAL EN RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA, FIRMANDO DISENTIMIENTO.

HALLAZGOS DE EXAMEN FÍSICO PARA DIAGNÓSTICO

EXAMEN FÍSICO	*HALLAZGOS*
CABELLO	DELGADO Y FINO EN ÁREA FRONTOPARIETAL
ABDOMEN	DISTENDIDO
EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES	HIPOTRÓFICAS SIN EDEMA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	ALERTA
PIEL Y FANERAS	PIEL SECA

BAJO EL CONCEPTO MEDICO Y TENIENDO EN CUENTA LOS HALLAZGOS DEL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE, EL ESTADO DE DESNUTRICIÓN MODERADA QUE SE ENCUENTRA EL MENOR, OCURRE COMO CONSECUENCIA DE UN DESBALANCE CELULAR ENTRE LA OFERTA DE NUTRIENTES Y ENERGÍA AFECTANDO EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO, ADEMAS DIFERENTES CONJUNTOS DE INTERACCIONES DE TIPO BIOLOGICO, PSICOLOGICO

FECHA:	Nombre del CRN:	Municipio/Departamento:	Historia de atención #:
DIA 01 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	NANANECHPO	AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	1.300.420.635

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO:	Sexo:	Edad:
DEINER JOSE FRANCO HERRERA	F M X	1 AÑO 3 MESES

ESTUDIO DE CASO

Y SOCIAL.

LA MADRE REFIERE BAJO LOS INTERROGANTES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR, MANIFIESTA QUE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL MENOR SE BASA EN EL CONSUMO DE GUINEO, YUCA, GUANDUL, SIN MENCIONAR PROTEÍNAS COMO COMPLEMENTO EN LA ALIMENTACIÓN.

EN SU DINÁMICA FAMILIAR SE OBSERVA BUENA RELACIÓN FAMILIAR, LA MADRE MUESTRA INTERÉS POR EL MENOR, ES PARTICIPE DE UN TIPO DE FAMILIA MONOPARENTAL, CONFORMADO POR MADRE E HIJO, SE MANIFIESTA QUE PADRE DEJO EL HOGAR, NO VISITA AL MENOR DURANTE LA ESTANCIA EN EL CENTRO. SE PERCIBE HÁBITOS DE HIGIENE INAPROPIADOS; LA FAMILIA NO CUENTA CON SUFICIENTES RECURSOS ECONÓMICOS PARA SUMINISTRAR UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN, EL ACOMPAÑANTE DEL MENOR MANIFIESTA QUE LOS ALIMENTOS DE INGESTA CONSTANTE ES LA YUCA, GUINEO O GUANDUL, FRIJOL TÍPICO DE LA REGIÓN, ADEMÁS MANIFIESTAN LAS CIRCUNSTANCIAS ECONÓMICAS POR LAS CUALES ATRAVIESA LA FAMILIA.

ES PRECISO RESALTAR LA CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA EN LA QUE SE ENCUENTRA EL MENOR, PRIMARIA, QUE SIGNIFICA QUE ES LA INTERACCIÓN DE EL BAJO APORTE DE NUTRIENTES DERIVADO DE PROBLEMAS SOCIOECONÓMICOS.

LA FAMILIA DEL MENOR NO CUENTA CON LOS INGRESOS DE RECURSOS ECONÓMICOS SUFICIENTE PARA BRINDARLE UNA ALIMENTACIÓN ADECUADO AL MENOR, PUESTO QUE LA REMUNERACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR ÉL PADRE NO LOGRA SUPLIR LOS GASTOS DE TODA LA FAMILIA, TENIENDO EN CUENTA HAY 3 MENORES DE EDAD, QUIERES SE RECONOCEN TAMBIÉN POR LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA FAMILIA ESTAR EN RIESGO.

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO FIJA LAS CONDUCTAS A SEGUIR
CONDUCTAS NUTRICIONALES:

- TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON FTLC A RAZÓN DE 150 KCAL/KG/DÍA.
- SE BRINDA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARÍA DE ACUERDO A LA EDAD, LA CUAL ESTÁ CONSTITUIDA POR PROTEÍNAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS, FRUTAS Y VERDURAS DE CONSISTENCIA BLANDA, FRACCIONADA EN 3 TIEMPOS DE COMIDA (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA) Y 2 MERIENDAS.
- SEGUIMIENTO MÉDICO, PSICOSOCIAL Y NUTRICIONAL
- PESO DIARIO Y EVOLUCIÓN NUTRICIONAL DIARIA
- TALLA SEMANAL

CONDUCTAS MEDICAS:

- SEGUIMIENTO DIARIO PARA EVALUAR MEJORA

CONDUCTAS SOCIALES:

- REPORTE A AUTORIDADES INDÍGENAS
- CAPACITACIÓN EN EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ
- EDUCACIÓN NUTRICIONAL
- TALLER EDUCATIVO MANIFESTACIÓN DE AFECTO
- EDUCACIÓN EN ATENCIÓN ADECUADA A NECESIDADES DEL NIÑO

FECHA:	Nombre del CRN:	Municipio/Departamento:	Historia de atención #:
DIA 01 MES SEPTIEMBRE AÑO 2023	NANANECHPO	AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	1.300.420.635
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: DEINER JOSE FRANCO HERRERA		Sexo: F M **X**	Edad: 1 AÑO 3 MESES

ESTUDIO DE CASO

PROFESIONALES A CARGO:

MARIA CECILIA CARRILLO RIOS
T.P 1122821423
Maria Carrillo
PROFESIONAL NUTRICIONAL

ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA

PROFESIONAL MEDICO

CHARLOTTE PEÑALOZA GONZÁLEZ
Charlotte Peñaloza González
Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032
PROFESIONAL PSICOLOGÍA

RESERVA

PASO 1

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL	
CRN	CRN CESAR AGUSTIN CODAZZI
PROFESIONAL RESPONSABLE	CAMILA GONZALEZ GUTIERREZ
TELÉFONO	3105104607
CORREO ELECTRÓNICO	cartera@ipsdusakawi.com
FECHA DE REPORTE MENSUAL (dd/mm/aaaa)	5/10/2023
MES AL QUE CORRESPONDE EL COBRO	30/09/2023

PASO 2

DATOS NECESARIOS PARA LA FACTURACIÓN	
AÑO	2023
Alimentacion diaria / Niño / Dia	$ 8.086
Valor Ración de Egreso Tipo 1 (6 a 11 m con lactancia)	$ 97.949
Valor Ración de Egreso Tipo 1 (6 a 11 m sin lactancia)	$ 207.485
Valor Ración de Egreso Tipo 2	$ 68.351
Elementos de aseo / Niño / Dia	$ 3.479
Papeleria / Niño / Dia	$ 146
Elementos de aseo para el CRN / Dia	$ 187
Visita Domiciliaria / Niño / Mes	$ 61.468
Servicios publicos	$ 4.986

Unicamente se debe registrar en este formato la info atendidos en el CRN, que estén registrados en el ap de este aplicativo y el formato debe coincidir

El presente formato debe imprimirse y se presentará pago ante el supervisor de contrato. Es indispensab para pago

PASO 3

No. cuna	Tipo de documento	Número de documento	Nombres y Apellidos	Fecha de ingreso CRN dd/mm/aaaa	Fecha de egreso CRN dd/mm/aaaa	Dias de estancia en el CRN	Alimentos	Elementos de aseo para niños y niñas	Papeleria	Elementos de aseo para el CRN	Servicios publicos	¿Se realizó visita domiciliaria?	Valor total CRN por beneficiario	¿Recibió ración alimentaria de egreso?	Valor total	Observaciones
CUNA 1	RC	1006871305	RONAL RODRIGUEZ PEÑALOZA	02/09/2023	30/09/2023	29	$ 234.495	$ 100.878	$ 4.235	$ 5.418	$ 144.020	SI	$ 61.468	$ 550.514	SI TIPO 2	$ 68.351	$ 618.864	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 2	RC	1107102424	ERIKSON PEÑALOZA PEÑALOZA	02/09/2023	30/09/2023	29	$ 234.495	$ 100.878	$ 4.235	$ 5.418	$ 144.020	SI	$ 61.468	$ 550.514	SI TIPO 2	$ 68.351	$ 618.864	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 3	RC	1107104290	ELFER JAVIER GARCIA PEÑALOZA	01/09/2023	30/09/2023	30	$ 242.581	$ 104.356	$ 4.381	$ 5.604	$ 148.986	SI	$ 61.468	$ 567.377	SI TIPO 2	$ 68.351	$ 635.728	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 4	RC	1107[illegible]1	GLADYS HERRERA LEDESMA	02/09/2023	30/09/2023	29	$ 234.495	$ 100.878	$ 4.235	$ 5.418	$ 144.020	SI	$ 61.468	$ 550.514	SI TIPO 2	$ 68.351	$ 618.864	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 5	RC	1006[illegible]794	ANA KARINA HERRERA HERRERA	01/09/2023	30/09/2023	30	$ 242.581	$ 104.356	$ 4.381	$ 5.604	$ 148.986	SI	$ 61.468	$ 567.377	SI TIPO 2	$ 68.351	$ 635.728	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 6	RC	1[illegible]4[illegible]215	SOLANA ESTRADA HERRERA	02/09/2023	30/09/2023	29	$ 234.495	$ 100.878	$ 4.235	$ 5.418	$ 144.020	SI	$ 61.468	$ 550.514	SI TIPO 2	$ 68.351	$ 618.864	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 7	RC	1007[illegible]731	JUAN DAVID ESTRADA HERRERA	02/09/2023	30/09/2023	29	$ 234.495	$ 100.878	$ 4.235	$ 5.418	$ 144.020	SI	$ 61.468	$ 550.514	SI TIPO 1 (con lactancia)	$ 97.949	$ 648.463	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	

CUNA 8	SD	4486ADB8C8C89	DIANA MARCELA GARCIA MARTINEZ	01/09/2023	30/09/2023	30	$ 242.581	$ 104.356	$ 4.381	$ 5.604	$ 148.986	SI	$ 61.468	$ 567.377	SÍ, TIPO 2	$ 68.351	$ 635.728				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
CUNA 9	RC	1067737233	MARIA ANGEL FRANCO VIEPA	01/09/2023	30/09/2023	30	$ 242.581	$ 104.356	$ 4.381	$ 5.604	$ 148.986	SI	$ 61.468	$ 567.377	SÍ, TIPO 2	$ 68.351	$ 635.728				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
CUNA 10	RC	1067735788	SHEILA MICHELL GARCIA PEÑALOZA	01/09/2023	30/09/2023	30	$ 242.581	$ 104.356	$ 4.381	$ 5.604	$ 148.986	SI	$ 61.468	$ 567.377	SÍ, TIPO 2	$ 68.351	$ 635.728				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
CUNA 11	RC	1065878328	ANDRES FRANCO SANCHEZ	01/09/2023	30/09/2023	30	$ 242.581	$ 104.356	$ 4.381	$ 5.604	$ 148.986	SI	$ 61.468	$ 567.377	SÍ, TIPO 2	$ 68.351	$ 635.728				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
CUNA 12	RC	1065881256	ASHLY GARCIA MONTES	01/09/2023	30/09/2023	30	$ 242.581	$ 104.356	$ 4.381	$ 5.604	$ 148.986	SI	$ 61.468	$ 567.377	SÍ, TIPO 1 (con factanesa)	$ 97.949	$ 665.326				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
CUNA 13	RC	1000420835	DEINER JOSE FRANCO HERRERA	01/09/2023	26/09/2023	26	$ 210.237	$ 90.442	$ 3.797	$ 4.857	$ 129.127	SI	$ 61.468	$ 499.923	NO RECIBIÓ	$ -	$ 499.923				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
CUNA 14	RC	1067730653	LUZ MARINA HERRERA ESTRADA	02/09/2023	30/09/2023	29	$ 234.495	$ 100.876	$ 4.235	$ 5.418	$ 144.020	SI	$ 61.468	$ 550.514	SÍ, TIPO 2	$ 68.351	$ 618.864				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
CUNA 15	RC	1066305638	VALERY SOFIA PEÑALOZA MONTES	01/09/2023	03/09/2023	3	$ 24.256	$ 10.436	$ 438	$ 560	$ 14.899	SI	$ 61.468	$ 112.059	SÍ, TIPO 2	$ 68.351	$ 180.410				
	RC	1067733555	KELLY JOHANA HERRERA HERRERA	04/09/2023	30/09/2023	27	$ 218.323	$ 93.920	$ 3.943	$ 5.044	$ 134.087	SI	$ 61.468	$ 516.787	NO RECIBIÓ	$ -	$ 516.787				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
CUNA 16						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
CUNA 17						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -				

CUNA 18						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 19						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 20						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 21						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 22						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 23						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 24						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 25						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 26						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 27						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 28						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 29						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
CUNA 30						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		0	$ -		$ -	$ -	
TOTALES BENEFICIARIOS							$ 3.557.860	$ 1.530.556	$ 84.256	$ 82.199	$ 2,185,129		$ 983.494	$ 8.403.493	$ -	$ 1.016.104	$ 9.419.597	

SEMANA ANDINA DUSAKAWI IPS EN CRN NANAECHPO SEPTIEMBRE 2023

"Urge poner fin al embarazo en niñas y disminuir los embarazos no planeados en adolescentes".

En el Centro de Recuperación Nutricional se identifica una comunidad apta para realizar psicoeducación sobre la importancia de hablar acerca de los embarazos en adolescentes, cómo prevenirlos, cómo cuidar a nuestras niñas. Esta actividad se realiza con las madres que se encuentran internas en el CRN, también con los padres que se encuentren presentes. Cuidar a nuestra niñez es un deber de cada adulto, en la comunidad indígena es de suma importancia para lograr que cada niña viva su niñez.









BIENESTAR FAMILIAR

Dusakawi i.p.s.i.

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi IPS	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: HIGIENE DE UÑAS		**UDS:** CRN
MODALIDAD: CRN NANAECHPO		**EAS:** DUSAKAWI IPS
Fecha: 2/09/2023	**Hora inicio:** 9:00pm	**Hora Final:**10 00A.M
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: MAMAS Y NIÑOS DEL CRN NANAECHPO.		
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD Mantener las uñas y pies del paciente en unas condiciones de máxima higiene. Evitar infecciones y complicaciones causadas por la inmovilidad de los pies y las manos enseñarles también tenemos como objetivo enseñarles a las madres que deben cortarles las cortarles las uñas a sus hijos en casa		
Tema: HIGIENE DENTAL		
Responsable del Tema: ENFERMERA CRN		
Metodología: CHARLA		

AGENDA:

1. Bienvenida
2. Presentación por parte del Profesional en salud enfermería
3. Desarrollo de la temática.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Se da inicio a la actividad con un breve saludo a todo el personal del CRN NANAECHPO, y se da inicio con una breve explicación se les dice a las madres que deben cortarles las uñas a los niños cuando las tengan largas ´para que no se hagan daño que tiene que tener cuidado porque los pueden cortar, tiene que ser delicadamente. El tener poca limpieza de las uñas de las manos puede generar infecciones en las personas. Es vital tener una buena higiene de las manos para prevenir estar en contacto con gérmenes y bacterias; ya que los gérmenes se alojen en las uñas y luego ingresen al cuerpo por la nariz o boca.

Muchas personas y no sólo los niños se muerden las uñas, se rascan y luego se tocan la boca, y estas son formas de ingresar gérmenes y sustancias nocivas al cuerpo. La poca limpieza de las uñas de las manos puede generar infecciones en las personas.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:

Dusakawi	**ACTA DE SOCIALIZACION** **CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR



	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR
ACTIVIDAD	Higiene de uñas	
FECHA Y HORA	2/09/2023 8:AM 9:AM	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	YUKPA	
PROFESIONAL	ET Carmen Orcasita	

NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
Ronal Rodriguez peñaloza	
Cristian peñaloza	
ester javier garcia	
Gladys Herrera estrada	
Ana karina Herrera Herrera	
Zolaida estrada Herrera	
Juan david estrada	
Diana Marcela Garcia	
Andres Franco	
Deiner jose Franco Herrera	
Nana Angel Franco wepa	
sheila Garcia peñaloza	
asli Garcia peñaloza	
Wizmanna Herrera estrada	

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE Carmen Orcasita

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi IPS	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: actividad recreativa	**UDS:** CRN	
MODALIDAD: CRN NANAECHPO	**EAS:** DUSAKAWI IPS	
Fecha: 03/09/2023	**Hora inicio:** 9 am	**Hora Final:** 10 am
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: MADRES DEL CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: EL PROPOSITO DE ESTA ACTIVIDAD ES REUNIR A LAS MADRES DE LOS NIÑOS DEL CRN A REALIZAR UNA ACTIVIDAD RECREATIVA DONDE LIBERAREMOS EL ESTRÉS CAUSADO DIARIO.		
Tema: póngale la cola al burro		
Responsable del Tema: MEDICO ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA		
Metodología: CHARLA RECREATIVA		

AGENDA:

1. Bienvenida
2. Presentación por parte del médico Alfredo Raul Calderón Viña
3. Desarrollo de la temática.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

LA ACTIVIDAD CONSISTE EN COLOCARLE LA COLA AL BURRO DONDE LAS MADRES CON LOS OJOS VENDADOS INTENTARAN HACERLO, LOS DEMAS ANIMANEROS Y GUIAREMOS A LA MADRE PARA QUE LOGRE EL OBJETIVO, LA QUE LOGRE HACERLO SE LLEVA UN INCENTIVO POR PARTE DE LA INSTITUCION.

Alfredo Raul Calderon Viña
Alfredo R. Calderón Viña
Médico General

Médico general del CRN ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:

..

Dusabawi	**ACTA DE SOCIALIZACION** **CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR







	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi IPS	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: COSTUMBRES SALUDABLES DEL SUEÑO		**UDS:** CRN
MODALIDAD: CRN NANAECHPO		**EAS:** DUSAKAWI IPS
Fecha: 04/09/2023	**Hora inicio:** 2:00PM	**Hora Final:**3:00PM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: NIÑOS Y MAMAS DEL CRN|		
Objetivo de la actividad: A través de la actividad explicarles a las mamas que la buena costumbre del sueño permite a nuestro cuerpo descansar y recuperar energía. Al igual que la comida y el agua, es esencial dormir lo suficiente para mantener una buena salud y calidad de vida.		
Tema: COSTUMBRES SALUDABLES DEL SUEÑO		
Responsable del Tema: ENFERMERA CRN		
Metodología: charla sobre la costumbres saludables del sueño		
AGENDA: 1. Bienvenida 2. Presentación por parte de enfermería 3. Desarrollo de la temática.		
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: Se desarrolla la actividad explicándoles a las mamas que es el sueño, cuáles son las costumbres del sueño y lo que pasa si no se duerme bien. El sueño es una necesidad biológica de nuestro organismo, una de las inversiones más rentables en salud, ya que dormir nos permite restablecer durante la noche las funciones físicas y psicológicas esenciales para disfrutar de un pleno bienestar al día siguiente. Está presente durante toda la vida, aunque con características distintas a lo largo de los años. Siempre nos preguntamos para que sirve dormir. Tenemos demasiadas exigencias durante el día en el trabajo, familia, sin contar que queremos encontrar tiempo para relajarnos. Para que todo encaje, a veces sacrificamos el sueño. Sin embargo, el sueño afecta tanto la salud física como la mental. Es fundamental para nuestro bienestar. El sueño permite a nuestro cuerpo descansar y recuperar energía. Al igual que la comida y el agua, es esencial dormir lo suficiente para mantener una buena salud y calidad de vida. Por supuesto que dormir hace que uno se sienta descansado todos los días. Sin embargo, mientras uno duerme, no solamente la mente y el cuerpo se apagan. **EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:**		

Dusabawi	**ACTA DE SOCIALIZACION** **CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR



	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD CRN NANAECHPO	
ACTIVIDAD	Carolombias Saludables del Sueño	
FECHA Y HORA	04-07-2023	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	YUKPAS	
PROFESIONAL	Ilian Luz Santa Cruz	
NOMBRE DE ASISTENTE		FIRMA
Marcela Peñaloza Perez		
Yesica Peñaloza Peñaloza		
Laura Peñaloza franco		
Gloria Estrada Sanchez		
Martha Herrera Perez		
Lorys Herrera Estrada		
Patricia Martinez Garcia		
Bertha Wopa Herrera		
Lily Jhoana Peñaloza Montes		
Alba Marina Sanchez		
Liliana Montes Perez		
Flor Maria Herrera		

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

Escaneado con CamScanner

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi epsi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: HIGIENE DENTAL	**UDS:** CRN	
MODALIDAD: CRN NANAECHPO	**EAS:** DUSAKAWI IPS	
Fecha: 05/09/2023	**Hora inicio:** 7:00AM	**Hora Final:**8:00AM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: enfermeras del CRN NANAECHPO.		
Objetivo de la actividad Los buenos hábitos de higiene bucal pueden prevenir las caries, las enfermedades de las encías y otros padecimientos. Por lo tanto, las consultas dentales regulares y los cuidados adecuados en casa le permiten asegurarse de que sus dientes y encías se mantengan saludables por muchos años		
Tema: salud oral		
Responsable del Tema: ENFERMERA CRN		
Metodología: charla sobre el higiene dental		
AGENDA: 1. Bienvenida 2. Presentación por parte de enfermeria 3. Desarrollo de la temática.		
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: Nos reunimos con madres y niños beneficiarios del centro de recuperación para hacerle una charla sobre lo importante q es tener en casa cepillo de dientes y crema dentales y más en población indígena ya que no cuentan con una estabilidad económica para tener estos utensilios en casa Para prevenir las caries y las enfermedades de las encías, es necesario cepillarse los dientes y usar hilo dental. Cepillarse los dientes y usar hilo dental no solo detiene la acumulación de la placa dental, la cual es la causa principal de las caries, sino también reduce las probabilidades de desarrollar caries y previene las enfermedades de las encías. La inflamación relacionada con las enfermedades de las encías afecta otras enfermedades, tales como la diabetes y las enfermedades del corazón, así como también en el nacimiento de bebés con bajo peso al nacer Lo importante es limpiar cada diente completamente hacia arriba y abajo dentro y fuera para así poder garantizarle al niño una buena higiene oral, la cual nos ayudara a no tener dientes dañados en su temprana etapa de crecimiento		
EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:		

Dusabawi	**ACTA DE SOCIALIZACION** **CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR







	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

Dusakawi	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR
ACTIVIDAD	Higuiene Dental	
FECHA Y HORA	5/09/2023	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	Madres y niños.	
PROFESIONAL	Aux en enfermería.	

NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
Deiner Jose Frano Herrera.	
Andres Franco Sanchez	
Diana marcela Garcia	
Juan David estrada Herrera.	
Solaida estrada Herrera.	
Ana Karina Herrera Herrera.	
Gladys Herrera Estrada.	
Flor Maria Herrera.	
Alba marina sanchez	
Patricia martinez Estrada	
Ionys herrera Estrada.	
Martha Herrera Perez	
Gloria estrada Sanchez	
laura Penaloza franco.	

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: SALUD Y NUTRICION	**UDS:** CRN	
MODALIDAD: CRN NANAECHPO	**EAS:** DUSAKAWI IPS	
Fecha: 6/09/2023	**Hora inicio:** 9:00AM	**Hora Final:** 11:00AM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: niños/as y madres usuarias del CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: Establecer las orientaciones básicas a las madres para que aprovechen los alimentos de la rpp para el niño recuperado.		
Tema: APROVECHAMIENTO DE LOS ALIMENTOS DE LA RPP PARA EL NIÑO RECUPERADO.		
Responsable del Tema: NUTRICIONISTA CRN		
Metodología: participación de los niños y madres, demostración de alimentos de RPP.		
AGENDA: 1. Bienvenida 2. Presentación por parte del Profesional en salud y nutrición. 3. Desarrollo de la temática.		

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Se da inicio a la actividad con un breve saludo en idioma yukpa a todas las madres y niños/as usuarios del CRN NANAECHPO.

Durante el desarrollo de la actividad se les da la explicación de la metodología de la actividad a las madres y a los niños que participaran en esta actividad y se les explica la importancia del aprovechamiento de cada uno de los alimentos que se les entrega en los RPP al egreso de cada uno de los niños. Profundizar en el conocimiento de las buenas prácticas de aprovechamiento de los alimentos para evitar desperdicios de los mismos y darle buen uso de estos. Consiste en la alimentación que se entrega a un beneficiario o su familia, en forma de alimentos crudos, para que sean preparados en su hogar; los alimentos deben cumplir las especificaciones definidas en fichas técnicas.

La realización de una serie de buenas prácticas de aprovechamiento de los alimentos puede reducir el derroche de los mismos. Los consumidores deben tomar conciencia acerca de cómo aprovechar los alimentos correctamente y reducir los desperdicios alimentarios.

La cocina de aprovechamiento se refiere a sacarle el mayor partido a cada ingrediente y cada plato. Se les explica diferentes formas de preparar la alimentación con cada uno de los ingredientes o alimentos que contiene la RPP para realizar nuevos platos, utilizar partes de los alimentos que normalmente desecharíamos y no malgastar recursos.

Algunos consejos generales a la hora de almacenar y conservar los alimentos son:

Controlar, en la medida de lo posible, las condiciones ambientales de almacenamiento (temperatura, luz, humedad) para mantener los alimentos en perfectas condiciones antes de ser consumidos.
Mantener limpias y secas todas las áreas de almacenamiento. Rotar los alimentos de tal manera que se coloquen los recién comprados más al fondo y los más antiguos delante para que sean usados en primer lugar, evitando que los alimentos caduquen antes de ser consumidos y se produzca un desperdicio de los mismos. Revisar periódicamente los productos almacenados y sus condiciones de almacenamiento.

Las cantidades, raciones y tipos de alimentos a consumir deben ser proporcionales a las necesidades energéticas de cada persona (niño). Lo fundamental es comer en cantidades adecuadas, sin excesos,

para evitar tanto comer de más como que sobre comida. La cocina de aprovechamiento es una forma de cocinar saludable, utilizando al máximo cada ingrediente

Al terminar la actividad se dialoga con cada una de las participantes realizándoles preguntas de que preparaciones hacen con los diferentes alimentos que se les mostro durante la actividad. Se contó con buena participación por parte de cada una.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi epsi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD CRN NANAECHPO	
ACTIVIDAD	Aprovechamiento de los alimentos de la RPP para el niño recuperado	
FECHA Y HORA	06/09/2023.	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	Madres y Niños	
PROFESIONAL	Nutricionista.	

NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
Marcela peñaloza perez	
yesica peñaloza peñaloza	
Laura peñaloza franco	
Gloria Estrada sanchez.	
Martha Herrera perez.	
lorys Herrera Estrada.	
patricia Martinez Garcia	
Alba Marina Sanchez.	
Flor Maria Herrera.	
Ronal Rodriguez peñaloza.	
Eykson peñaloza peñaloza.	
Elier javier Garcia peñaloza.	
Gladys Herrera Estrada.	
Ana Karina Herrera Herrera.	
Salaura Estrada Herrera.	
juan David Estrada Herrera.	
Diana Marcela Garcia Martinez	
Andres Franco Sanchez.	
Deiner jose Franco Herrera.	

María Cecilia Carrillo Ríos
NUTRICIONISTA Y DIETISTA
T.P. 1122821428 T

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: SALUD Y NUTRICION	**UDS:** CRN	
MODALIDAD: CRN NANAECHPO	**EAS:** DUSAKAWI IPS	
Fecha: 10/09/2023	**Hora inicio:** 09:00AM	**Hora Final:** 11:00AM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: niños/as y madres usuarias del CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: Sincronizar nuestro cuerpo con momentos específicos del día para comer nos permite mantener el sistema inmunológico en óptimas condiciones, lo que se ve reflejado en la prevención de padecimientos físicos , como sobrepeso, y mentales como estrés, ansiedad o depresión.		
Tema: ALIMENTACION Y LOS HORARIOS ADECUADOS		
Responsable del Tema: NUTRICIONISTA CRN		
Metodología: participación de los niños y madres, demostración de algunos alimentos.		
AGENDA: 1. Bienvenida 2. Presentación por parte del Profesional en salud y nutrición. 3. Desarrollo de la temática.		
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: Se da inicio a la actividad con un breve saludo en idioma yukpa a todas las madres y niños/as usuarios del CRN NANAECHPO. Durante el desarrollo de la actividad se les da la explicación de la metodología de la actividad a las madres y a los niños que participaran en esta actividad y se les explica la importancia de establecer los horarios para alimentarse. Lo más importante es mantener nuestros hábitos de vida lo más saludable posible. Esto implica a todas las actividades necesarias para mantener nuestro sistema de la mejor manera, como: dormir bien, hidratarse, recrearse y por supuesto alimentarse. El organizar nuestros tiempos durante el día nos permitirá disminuir el estrés que significa planificar que comer cada cierto tiempo y, además, ayudará a que la ansiedad normal, generada por esta situación, afecte lo que podamos comer, permitiéndonos atender de manera correcta nuestras necesidades. Es por esto que entregaremos algunas recomendaciones de cómo mantener horarios de alimentación adecuados: Realiza tres comidas principales todos los días (desayuno, almuerzo y cena), Dedica tiempo a comer y compartir en familia, Calcula tus horarios con una distancia no mayor a 4 horas entre cada comida. Sincronizar nuestro cuerpo con momentos específicos del día para comer nos permite mantener el sistema inmunológico en óptimas condiciones, lo que se ve reflejado en la prevención de padecimientos físicos, como sobrepeso, y mentales como estrés, ansiedad o depresión. Para alcanzar el equilibrio y bienestar, es fundamental entender que tomar un camino saludable es un asunto integral, pues involucra decisiones conscientes desde la misma alimentación hasta la adopción de hábitos de actividad física e higiene de sueño. El cuerpo humano tiene su propio reloj interno que nos indica cuáles son los momentos adecuados para dormir, ser productivos y, por supuesto, comer. A este reloj se le conoce como ciclo circadiano, y		

es el que permite que las funciones fisiológicas se desarrollen con normalidad. Ahora bien, te preguntarás: ¿por qué es importante tener horarios establecidos de alimentación? Pues dicho reloj se encarga de que todos los procesos biológicos cumplan su función de forma cíclica, y cualquier alteración alimentaria provocaría un desequilibrio metabólico.
Al terminar la actividad se les dio la oportunidad a las diferentes wasepas que dieran opiniones de como convivían en sus hogares esta forma de establecer los horarios de su alimentación y la mayoría contaba que "en la casa muchas veces no tenemos para 1 sola comida y no podemos tener horarios específicos para la hora de la alimentación", "en mi casa nos falta plata para comprar la comida para nuestra familia que es muy grande (muchos integrantes en una sola casa)".

EVIDENCIAS FOTOGR





	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR
ACTIVIDAD	Alimentacion y los horarios adecuados.	
FECHA Y HORA	10/09/2023	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	Padres y Niños.	
PROFESIONAL	Nutricionista.	

NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
Marcela peñaloza perez.	
Yesica peñaloza peñaloza.	
Laura peñaloza franco.	
Gloria Estrada sanchez.	
Martha Herrera perez.	
Iorys Herrera Estrada.	
Patricia Martinez Garcia	
Alba Marina Sanchez.	
Flor Maria Herrera	
Bonal Rodriguez peñaloza.	
Erikson peñaloza peñaloza.	
Elier javier Garcia peñaloza.	
Gladys Herrera Estrada	
Ana Lorina Herrera Herrera	
Salomi Estrada Herrera.	
Juan David Estrada Herrera	
Diana Marcela Garcia Martinez	
Andres franco sanchez.	
Deiner jose franco Herrera.	

María Cecilia Carrillo Ríos
NUTRICIONISTA Y DIETISTA
T.P. 1222821439

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

Dusakawi	**ACTA DE SOCIALIZACION** **CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: TARDE DE JUEGO		**UDS:** CRN
MODALIDAD: CRN NANAECHPO		**EAS:** DUSAKAWI IPS
Fecha: 11/09/2023	**Hora inicio:** 03:00PM	**Hora Final:**04:00PM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: NIÑOS Y MAMAS DEL CRN.		
Objetivo de la actividad: La recreación favorece el desarrollo de diferentes destrezas motoras. El interactuar con el entorno y jugar activamente, tanto en forma individual como grupal		
Tema: tarde recreativa		
Responsable del Tema: ENFERMERA CRN		
Metodología:		

AGENDA:

1. Bienvenida
2. Presentación por parte de enfermería
3. Desarrollo de la temática.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: Se les explica a las mamitas como se va desarrollar la actividad y en que los favorece saltar la cuerda; Es un juego deportivo o ejercicio cardiovascular que consiste en saltar repetidamente sobre una cuerda que es girada por otra persona o por la misma persona que salta.

Es una actividad muy popular como ejercicio físico o calentamiento en deportes como el boxeo o el atletismo, así como entre los niños que lo ejecutan como un juego para pasar el rato o como una puerta de entrada para mejorar su educación física.

La mamita da vueltas a la cuerda con sus dos manos y va saltando con las dos piernas mientras la soga toca el suelo.

Se brinca con los dos pies juntos hacia adelante y hacia atrás.

Se levanta la rodilla hacia arriba mientras se salta.

El movimiento de los pies simula una carrera continua.

Sus beneficios son: El salto permite a los niños fortalecer los músculos de sus brazos y piernas, especialmente sus muslos, pantorrillas y glúteos. También fortalece las rodillas, abdomen y espalda; ensancha los músculos de los hombros y el cuello; y refuerza sus huesos, previniéndoles de fracturas óseas o padecimientos como la osteoporosis.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:



Dusakawi	**ACTA DE SOCIALIZACION** **CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR







	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD	
	CRN NANAECHPO	
ACTIVIDAD	Tarde de Juegos	
FECHA Y HORA	11-04-2023	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	Yukpas	
PROFESIONAL	Ilicin Luz Santo Coho	
NOMBRE DE ASISTENTE		FIRMA
Marcela Peñaloza Perez		
Yesica Peñaloza Peñaloza		
Laura Peñaloza Franco		
Gloria Estrada Sanchez		
Martha Herrera Perez		
Luis Herrera Estrada		
Patricia Martinez Garcia		
Bertha Epieyu Herrera		
Lily Johana Peñaloza Montes		
Alba Herrera Sanchez		
Johana Montes Perez		
Flor Maria Herrera		

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

Escaneado con CamScanner

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi ips	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: TARDE RECREACTIVA	**UDS:** CRN	
MODALIDAD: CRN NANAECHPO	**EAS:** DUSAKAWI IPS	
Fecha: 12/09/2023	**Hora inicio:** 3:30 PM	**Hora Final:** 5:00 PM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: ENFERMERA CRN NANAECHPO.		
Objetivo de la actividad: a través de actividades *recreativas*, para mejorar la calidad de vida de la población adulta y niños		
Tema: tarde recreativa		
Responsable del Tema: ENFERMERA CRN		
Metodología:		
AGENDA: 1. Bienvenida 2. Presentación por parte de enfermeria 3. Desarrollo de la temática.		

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

La dola es un juego de habilidad y competición en el salto y consiste en saltar, por encima de un compañero que se encuentra agachado en el suelo y apoyando en él solamente las manos.

salto implica un despegue del suelo como consecuencia de una extensión violenta de una o ambas piernas, donde el cuerpo queda momentáneamente suspendido en el aire. Si analizamos el gesto desde un punto de vista de la riqueza motriz que nos brinda, observamos que contiene: desplazamiento previo en carrera, salto simultáneo con ambos pies, impulsión de brazos y recepción.

La recreación favorece el desarrollo de diferentes destrezas motoras. El interactuar con el entorno y jugar activamente, tanto en forma individual como grupal, mejora la percepción corporal, el control de los propios movimientos, desarrolla la coordinación y el equilibrio y mejora su ubicación en tiempo y espacio.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:

Dusakawi epsi	**ACTA DE SOCIALIZACION** **CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR







	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

Dusakawi	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR
ACTIVIDAD	Tarde recreativa.	
FECHA Y HORA	16/09/23	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	Madres y niños.	
PROFESIONAL	AUX enfermeria	

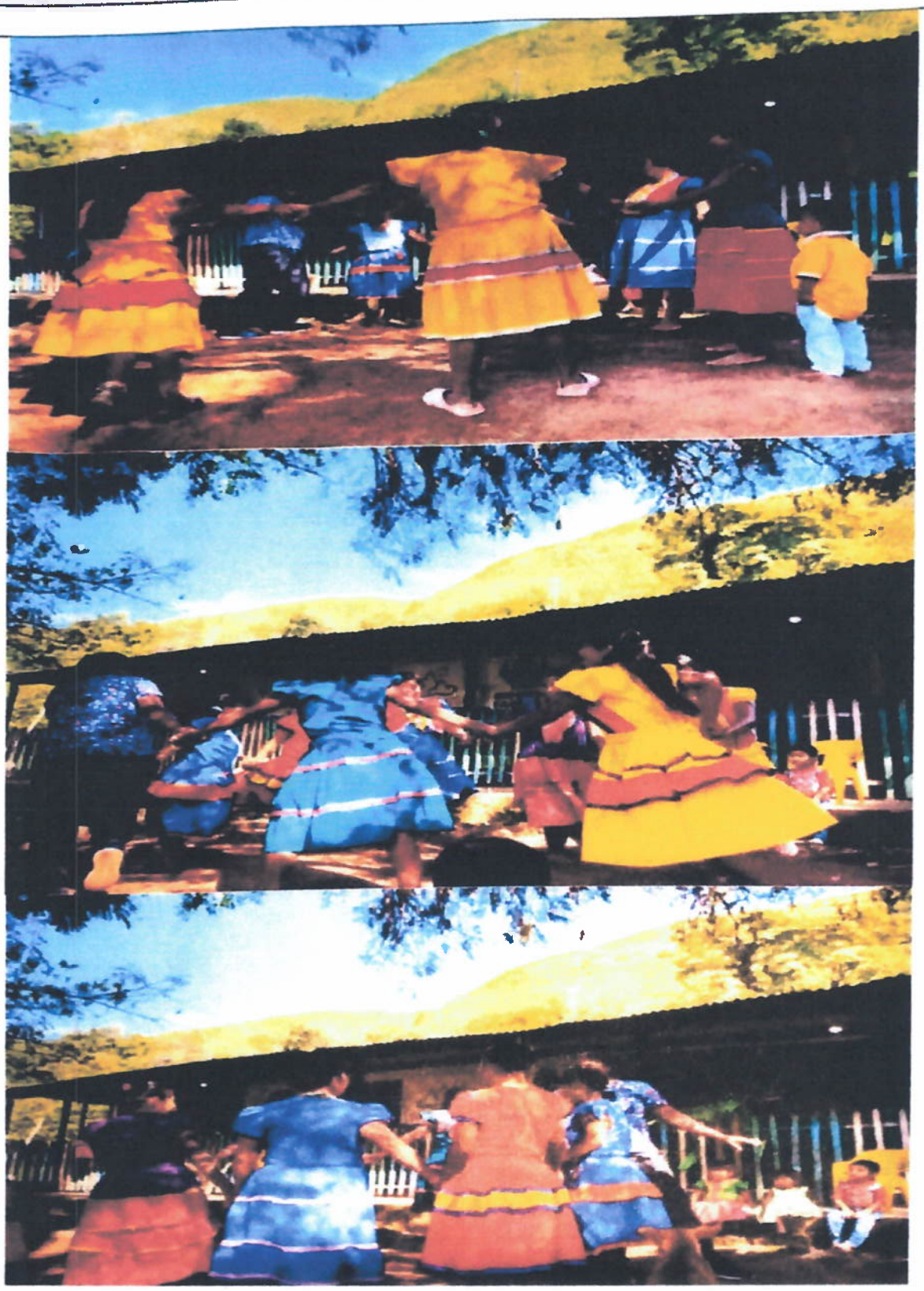
NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
Mariela Peñaloza Perez	
yesica Peñaloza Peñaloza	
laura Peñaloza franco	
Gloria Estrada Sanchez	
Martha Herrera Perez	
lays herrera Perez	
Patricia martinez estrada	
Alba marina Estrada	
Flor maria estrada	
Ronal Rodriguez Peñaloza.	
Ana karina Herrera Herrera	
Solaida Herrera estrada	
Andres franco Sanchez	
Deiner Jose franco	

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: tarde de juego		**UDS:** CRN
MODALIDAD: CRN NANAECHPO		**EAS:** DUSAKAWI IPS
Fecha: 13/09/2023	**Hora inicio:**2:00PM	**Hora Final**3:00PM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: enfermeras del CRN NANAECHPO importancia Reconocer que los juegos y actividades de recreación son importantes para los aprendizajes de niñas, niños y adolescentes El juego crea potentes oportunidades de aprendizaje en todas las áreas de desarrollo. A través del juego pueden incentivarse todos los ámbitos del desarrollo, incluidas las competencias cognitivas, sociales y emocionales. Los padres, madres o acompañantes deben propiciar un ambiente adecuado para el juego del CRN NANAECHPO		
Tema: tarde de juegos		
Responsable del Tema: auxiliar de enfermería		
Metodología: charla educativa.		
AGENDA: 1. Bienvenida 2. Presentación por parte del Profesional en enfermería 3. Desarrollo de la temática.		
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: Se da inicio a la actividad con un breve saludo a todo el personal de enfermería del CRN NANAECHPO, y se da inicio con una breve explicación. Se da inicio a la actividad con un breve saludo a todo el personal del CRN NANAECHPO, y se da inicio con una breve explicación a las mamitas que se van a tomar de las manos todas y vamos hacer un circulo vamos ir rodando y se va decir esto y la que se mueva hace penitencia Ayudan al desarrollo de sus capacidades motoras, mentales y sensoriales. Desarrollan la concentración, la memoria, la observación y la imaginación. **EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:**		

Dunsak aujl	**ACTA DE SOCIALIZACION** **CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR



Dusakawi	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR
ACTIVIDAD	Tarde de juego	
FECHA Y HORA	13/09/2023	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	Yukpa	
PROFESIONAL	Enf Carmen Orasita P.	

NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
manela peña loza perez	
yessica peñaloza penaloza	
laura peñaloza franco	
Eliana estrada Sanchez	
marta herrera perez	
loris herrera estrada	
patricia martinez Garcia	
Berta wepa herrera	
lili johana peña loza montes	
alba manna Sanchez	
liliana montes perez	
flor maria herrera	

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE Carmen Orasita

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: RECONOZCO MI CULTURA 1		**UDS:** CRN
MODALIDAD: CRN NANAECHPO		**EAS:** DUSAKAWI IPSI
Fecha: 14/09/23	**Hora inicio:** 11:00AM	**Hora Final:**12:00AM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: NIÑOS PERTENECIENTES A CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: Promocionar la cultura de la etnia yukpa con los niños a través de ejercicios didácticos.		
Tema: Prácticas culturales		
Responsable del Tema: Psicóloga CRN		
Metodología: Coloreando aprendo		

AGENDA:

1. Bienvenida
2. Presentación por parte del Profesional en psicología
3. Desarrollo de la temática

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Se da inicio a la actividad con un breve saludo en idioma yukpa a todas las madres y niños/as usuarios del CRN NANAECHPO.

Se explica la actividad a desarrollar, en la cual las madres ayudarán a los menores en el ejercicio de colorear un objeto perteneciente a la cultura yukpa, el cual en este caso es la pipa tradicional, o en idioma Yukpa "Tabshuwikpo tradicional".

Actividades como colorear proporcionan a los menores reforzamiento en la motricidad, la cual es de suma importancia en los primeros años de vida, añadido a esto, reconocer en los menores esas prácticas culturales que los hacen sentir pertenencia étnica y amor por sus raíces.

La actividad consiste en entregar a cada niño una plantilla de la actividad, y un color, dándoles la indicación de colorear dentro de las líneas que conforman la pipa yukpa. Durante el desarrollo se observa a los menores concentrados en la tarea y compartiendo con sus compañeros de actividad sus logros.

Se cierra la actividad con agradecimientos por la participación en la actividad, y reconociendo en los niños la creatividad que han tenido durante el desarrollo de la actividad, se tienen presentes reforzadores positivos como aplausos y felicitaciones por el trabajo hecho, haciéndoles sentir orgullo y dibujando sonrisas en sus rostros.

	ACTA	
Dusabawi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS.









Charlotte Peñaloza González.

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032

Reconociendo mi cultura
¡Coloreando aprendo!

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: actividad educativa		**UDS:** CRN
MODALIDAD: CRN NANAECHPO		**EAS:** DUSAKAWI IPS
Fecha: 17/09/2023	**Hora inicio:** 9 am	**Hora Final:** 10 am
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: MADRES DEL CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: ES EDUCAR A LAS MADRES PARA PREVENIR CIERTAS ENFERMEDADES Y PODER REDUCIR LA MORTALIDAD DE DICHAS ENFERMEDADES.		
Tema: ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA		
Responsable del Tema: MEDICO ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA		
Metodología: CHARLA EDUCATIVA		

AGENDA:

1. Bienvenida
2. Presentación por parte del médico Alfredo Raúl Calderón Viña
3. Desarrollo de la temática.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

COMO PRIMERA MEDIDA SE LES DIO A CONOCER ALGUNAS ENFERMEDADES MAS PREVALENTES EN LOS MENORES DE 5 AÑOS COMO LOS SON LA NEUMONIA, DIARREA, MALARIA, TBC, DENGUE, MENINGITIS, MALTARTO, TRANSTORNOS NUTRICIONALES.
TAMBIEN SE LES ENSEÑO COMO CON EL MEDIO DE LA VACUNACION SE PUEDEN PREVENIR LAS ENFERMEDADES Y DE NO COLOCARLAS SE LES DIJO CUAL ERAN SUS COMPLICACIONES.
SE LES ENSEÑO LAS ESTRATEGIAS PARA TRATAR LA SALUD DE LOS NIÑOS DE MANERA INTEGRAL SIN OLVIDARSE DE TODAS LAS NECESIDADES ALREDEDOR DE US FAMILIA Y SU COMUNIDAD.
SE LES MOSTRO LAS ESTRATEGIA QUE EXISTE DEL AIEPI LO CUAL SU OBJETIVO ES REDUCIR LA MORTALIDA EN MENORES DE 5 AÑOS Y GARANTIZAR UNA ADECUADA CALIDAD DE ATENCION DE LOS NIÑOS MENORES TANTO EN EL SERVICIO DE SALUD Y EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD.

Alfredo R. Calderón Viña
Médico General

Médico general del CRN ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

Dusakawi	**ACTA DE SOCIALIZACION** **CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR







	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD:HIGIENE EN CABELLO Y ADECUADA FORMA EN BAÑAR AL NIÑO.		**UDS:** CRN
MODALIDAD: CRN NANAECHPO		**EAS:** DUSAKAWI IPS
Fecha: 20/09/2023	**Hora inicio:** 10:00AM	**Hora Final:**11:00AM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: MAMAS Y NIÑOS DEL CRN NANAECHPO.		
Objetivo de la actividad Una buena higiene es fundamental para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas y ayudar a niños y niñas a llevar una vida larga y saludable.		
Tema: BUENA HIGIENE		
Responsable del Tema: ENFERMERA CRN		
Metodología: ACTIVIDAD DE HIGIENE EN CABELLO Y ADECUADA FORMA EN BAÑAR AL NIÑO.		
AGENDA: 1. Bienvenida 2. Presentación por parte de enfermería 3. Desarrollo de la temática.		
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: Se desarrolla la actividad explicándole a las mamitas la forma adecuada de bañar a los niños y la buena higiene del cabello; La hora del baño es uno de los momentos que los padres más disfrutan con sus pequeños. las caricias, los toques suaves, ayudan al desarrollo físico y emocional de los bebés, aparte de aumentar su felicidad y bienestar. Debe enseñarse a los niños cómo bañarse para estar limpio y cuidar la salud. En la infancia se enseña el baño diario jugando y cantando, y de esa manera los niños lo incorporan como una rutina placentera. La piel y el cabello están diseñados como mecanismos de protección, como una barrera contra potenciales daños del medio ambiente. Las suciedades y microbios o gérmenes están por todos lados y queremos prevenir enfermedades que puedan transmitirse a través de esos microbios. El baño diario ayuda a eliminar microbios, impurezas, células muertas de la piel, secreciones de las glándulas sudoríparas y sebáceas. Lavar la piel con agua y jabón ayuda a evitar malos olores en genitales, axilas, los pies, entre otras áreas del cuerpo.		

Dusakawi	ACTA DE SOCIALIZACION **CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR







	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD CRN NANAECHPO	
ACTIVIDAD	Higiene en cabello y adecuada forma de bañar al niño	
FECHA Y HORA	20-09-2013	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	Yukpeys	
PROFESIONAL	Ilian Isabel Santa Cruz	
NOMBRE DE ASISTENTE		FIRMA
Raisel Rodriguez Peralosa		
Erinson Peralosa		
Elfer Javier Garcia		
Gladys Herrera Estrada		
Ana Karina Herrera Herrera		
Rolando Estrada Herrera		
Juan David estrada		
Diana Marcela Garcia		
Andres Franco		
Deiner Jose franco Herrera		
Mario Angel franco Mepa		
Sheila Garcia Peralosa		
Asli Garcia Peralosa		
Luz Marina Herrera Estrada		

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

Escaneado con CamScanner

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi IPSI	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: RECONOZCO MI CUERPO		**UDS:** CRN
MODALIDAD: CRN NANAECHPO		**EAS:** DUSAKAWI IPSI
Fecha: 21/09/23	**Hora inicio:** 10:30AM	**Hora Final:**11:30AM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: NIÑOS Y MADRES PERTENECIENTES A CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: Generar conciencia en la población sobre las enfermedades que afectan el crecimiento de los niños.		
Tema: DÍA MUNDIAL DE LA CONCIENTIZACIÓN SOBRE EL CRECIMIENTO INFANTIL		
Responsable del Tema: Psicóloga CRN		
Metodología: Coloreando aprendo		

AGENDA:

1. Bienvenida
2. Presentación por parte del Profesional en psicología
3. Desarrollo de la temática

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

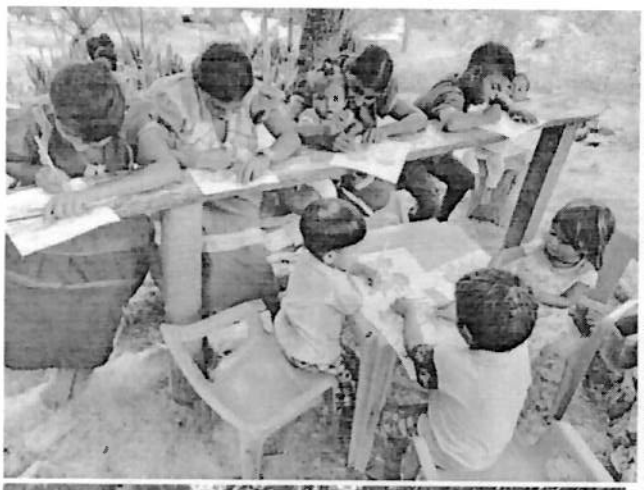
Se da inicio a la actividad con un breve saludo en idioma yukpa a todas las madres y niños/as usuarios del CRN NANAECHPO.

Se explica la actividad a desarrollar, en la cual las madres ayudarán a los menores en el ejercicio de colorear la figura de dos niños, los cuales tienen señalados las partes del cuerpo, se empieza explicando a los niños las partes de la cara, como los ojos, la boca, la nariz y las orejas. En el transcurso de la actividad las madres empiezan a enseñarle a los niños las partes de la cara en el idioma nativo de los mismos, el yukpa, por lo cual de igual manera la psicóloga les señala que coloreen esas partes del cuerpo que se están mencionando. Las madres reciben con agrado y son quienes guían a los niños en el proceso.

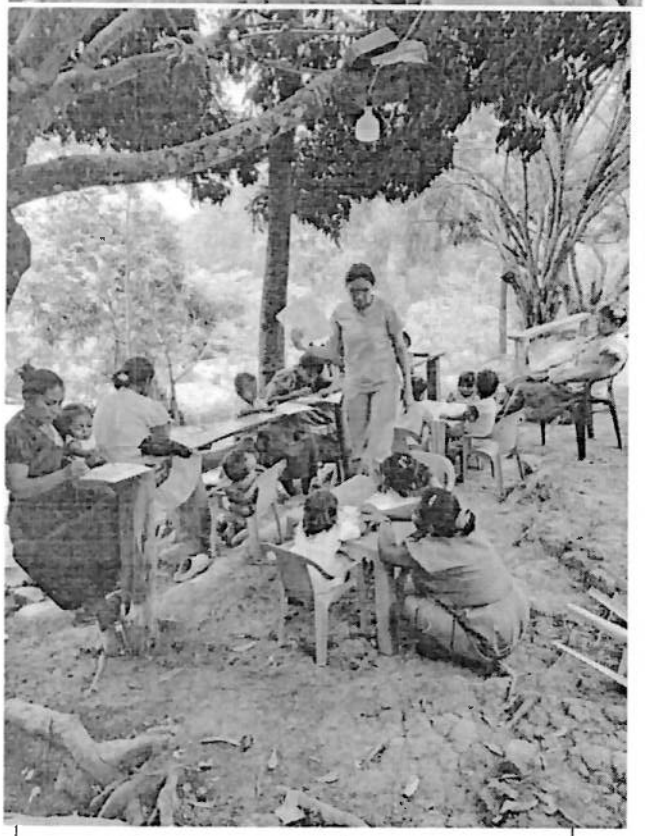
El 20 de septiembre se celebra el Día Mundial de la Concienciación sobre el Crecimiento Infantil. Este día no solo es un recordatorio de la importancia del desarrollo saludable de los niños, sino también una oportunidad para reflexionar sobre los desafíos y las soluciones en el campo del crecimiento infantil. Por lo anterior, se explica a los padres y madres del CRN Nanaechpo la importancia de asistir a los controles médicos y a los controles pediátricos con los niños. La actividad de colorear brinda a los niños la posibilidad de explorar a través de la motricidad su creatividad, aprender los colores. Colorear guiadamente ayuda en la concentración y proporciona autonomía.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS.

Dusakawi	ACTA **CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR









Reconozco mi cuerpo
¡Colorcando aprendo!

Profesional a Cargo:

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR
ACTIVIDAD	Reconozco mi cuerpo.	
FECHA Y HORA	21/09/23 · 10:30am - 11:30am.	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	Niños y madres Nanaechpo.	
PROFESIONAL	Charlotte Peñaloza González.	

NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
Yesica Peñaloza Peñaloza	Yesica
Gloria Estrada Sánchez	
Laura Peñaloza Franco	
Mariela Peñaloza Pérez	
Patricia Martínez García	
Lorys Herrera Estrada	
Lily Johana Peñaloza Montes	
Flor Herrera	
Liliana Montes Pérez	
Rosal Rodríguez Peñaloza	
Elfer García Peñaloza	
Kelly Johana Herrera Herrera	
Ana Karina Herrera Herrera	
Glaira Estrada Herrera.	

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA

Charlotte Peñaloza González

PSICOLOGA
T.P. 245032

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: SALUD Y NUTRICION	**UDS:** CRN	
MODALIDAD: CRN NANAECHPO	**EAS:** DUSAKAWI IPS	
Fecha: 21/09/2023	**Hora inicio:** 03:00PM	**Hora Final:** 05:00PM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: niños/as y madres usuarias del CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: Concientizar y motivar a niños y madres usuarias del CRN a mantenerse activos.		
Tema: TARDE DE JUEGOS		
Responsable del Tema: NUTRICIONISTA CRN		
Metodología: Participación de los niños y madres, portátil.		
AGENDA: 1. Bienvenida 2. Presentación por parte del Profesional en salud y nutrición. 3. Desarrollo de la temática.		

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Se da inicio a la actividad con un breve saludo en idioma yukpa a todas las madres y niños/as usuarios del CRN NANAECHPO.

Durante el desarrollo de la actividad se les da la explicación de la metodología del juego a las madres y a los niños que participaran en esta actividad y se les manifiesta los beneficios que los juegos potencian las capacidades cognitivas, sociales, emocionales y lingüísticas de niños y niñas. A través de él aprenden por ejemplo a resolver problemas cotidianos, a esperar turnos, regular su conducta, a confiar en sí mismos y compartir, entre otros beneficios.

El juego es una necesidad natural y nativo en el ser humano y le acompaña en todas las etapas de su vida. Desde que nacemos, el juego está presente, desarrollando funciones y capacidades que ayudan a los niños en su crecimiento y proceso de aprendizaje. Y jugar es importante por tres razones: prepara al niño para desarrollar sus actividades en la edad adulta, forma parte de la inteligencia del niño y jugar es una actividad social. El juego es una "lógica" que adopta diferentes formas a medida que la persona va creciendo. A lo largo del crecimiento infantil, el carácter del juego va cambiando también ya que está relacionado con los diversos cambios de conducta a medida que el niño va creciendo y madurando. Con el juego el niño además de consumir energía física, desarrolla habilidades motrices y aprende a controlar su cuerpo.

Se les explica a todas las madres presentes en la actividad que ofrecer a sus hijos muchas oportunidades para jugar es una de las mejores maneras de ayudarlo a crecer y a convertirse en un adulto curioso, creativo, sano y feliz, equipado con las habilidades necesarias para nuestro mundo actual. En esta actividad de tarde de juegos se colocó un aro donde cada uno de los participantes les correspondía pasar la pelota o balón por la mitad del aro. La próxima vez que su hijo le pida que juegue con él o ella, ¡no pierda la oportunidad! Comparta la alegría del descubrimiento mientras se conectan entre sí y con el mundo a su alrededor. En esta actividad se contó con la participación de todos los usuarios niños y madres.

	ACTA	
Dusabawi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS.






	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusabawi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR
ACTIVIDAD	tarde de juegos	
FECHA Y HORA	21/09/2023	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	Niños y Madres.	
PROFESIONAL	Nutricionista.	

NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
Marcela peñaloza perez	
yesica peñaloza peñaloza	
Laura peñaloza franco	
Gloria Estrada sanchez	
Martha Herrera perez	
Lorys Herrera Estrada	
patricia Martinez Garcia	
Alba Marina Sanchez	
Flor Maria Herrera	
Boral Rodriguez peñaloza	
Erikson peñaloza peñaloza	
Elter javier Garcia peñaloza	
Gladys Herrera Estrada	
Ana Karina Herrera Herrera	
Sakura Estrada Herrera	
juan David Estrada Herrera	
Diana Marcela Garcia Martinez	
Andres Franco sanchez	
Deiner jose Franco Herrera	

María Cecilia Carrillo Ríos
NUTRICIONISTA Y DIETISTA
T.P. 1122821438

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

	ACTA	
Dusakawi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR









Reconozco mi cuerpo
¡Coloreando aprendo!

Profesional a Cargo:

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: actividad física para una buena salud	**UDS:** CRN	
MODALIDAD: CRN NANAECHPO	**EAS:** DUSAKAWI IPS	
Fecha: 25/09/2023	**Hora inicio:**4:00PM	**Hora Final5**:00PM
Lugar: CRN NANAECHPO		

Objetivo de la actividad: La recreación favorece el desarrollo de diferentes destrezas motoras. El interactuar con el entorno y jugar activamente, tanto en forma individual como grupal, mejora la percepción corporal, el control de los propios movimientos, desarrolla la coordinación y el equilibrio y mejora su ubicación en tiempo y espacio

Tema: actividad física

Responsable del Tema: auxiliar de enfermería

Metodología: charla educativa.

AGENDA:

1. Bienvenida
2. Presentación por parte del Profesional en enfermería
3. Desarrollo de la temática.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Se da inicio a la actividad con un breve saludo a todo el personal de enfermería del CRN NANAECHPO, y se da inicio con una breve explicación a las madres que den alzar las manos los pies a los lados trotar La actividad física tiene importantes beneficios para la salud del corazón, el cuerpo y la mente. La actividad física reduce los síntomas de depresión y ansiedad. Las personas que son insuficientemente activas tienen un 20% a 30% más de riesgo de muerte en comparación con las personas que son suficientemente activas La actividad física hace referencia a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona. La actividad física, tanto moderada como intensa, mejora la salud.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:

Dunabayul	ACTA DE SOCIALIZACION **CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR



	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR
ACTIVIDAD	Actividad fisica para una buena Salud	
FECHA Y HORA	25/09/2023	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	YUKPA	
PROFESIONAL	Enf Carmen Orcasita P.	

NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
Manela peñaloza perez	
Yesica Penaloza penaloza	
Lapra peñaloza	
Elena estrada Sanchez	
marta Herrera perez	
Lons Herrera estrada	
Patuca martinez Garcia	
Lili Johana Peñaloza	
Alba mana Sanchez	
Liliana montes	
Flor mana Herrera	

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE Carmen Orcasita P.

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi ipsi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: A la rueda rueda con sillas	**UDS:** CRN	
MODALIDAD: CRN NANAECHPO	**EAS:** DUSAKAWI IPSI	
Fecha: 26/09/23	**Hora inicio:** 3:30PM	**Hora Final:** 4:00PM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: NIÑOS Y MADRES PERTENECIENTES A CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: Generar espacios de juego con los niños y con las madres, que permitan fortalecer el vínculo mediante la recreación.		
Tema: Tarde de juegos		
Responsable del Tema: Psicóloga CRN		
Metodología: Juego y me divierto		

AGENDA:

1. Bienvenida
2. Presentación por parte del Profesional en psicología
3. Desarrollo de la temática

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Se inicia la actividad con un breve saludo en idioma yukpa a todas las madres y niños/as usuarios del CRN NANAECHPO.

Se explica la actividad a desarrollar, en la cual las madres de los menores harán una rueda de sillas, se sentarán cada una en un lugar, después cuando la música empieza a sonar, les darán la vuelta a las sillas bailando al ritmo de la música. El juego de las sillas musicales o simplemente juego de las sillas es un juego competitivo para la familia. animación sociocultural o dinámica de grupos, como juego de conocimiento, en el que la música marca el ritmo y la emoción. Al sonido de la música, los participantes deben caminar a paso ligero alrededor de las sillas siguiendo el ritmo de la música. Lo pueden hacer bailando. - Al momento que pare la música, cada persona intentará sentarse en una de las sillas, y quien se quede sin sentarse quedará eliminado.

El espacio de juego permite la integración entre el grupo de personas que se encuentran actualmente en el centro, permite el esparcimiento físico, y ayuda a mejorar las condiciones de estrés por las que puedan estar pasando cada uno.

El juego proporciona a los niños habilidades que les permiten explorar realidades nuevas, estar en estados de alerta, desarrollar sensibilidad ante las percepciones, destrezas de resolución de problemas, fortalecer habilidades de toma de decisiones y reacción

	ACTA	
Dusakawi epsi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS











Jugando me divierto

Profesional a Cargo:

Charlotte Peñaloza González.

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: actividad educativa	**UDS:** CRN	
MODALIDAD: CRN NANAECHPO	**EAS:** DUSAKAWI IPS	
Fecha: 27/09/2023	**Hora inicio: 3** Pm	**Hora Final:** 4 Pm
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: MADRES DEL CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: ENSEÑARLES A LAS MADRES DEL CRN LA IMPORTANCIA QUE ES DAR LACTANCIA MATERNA, YA QUE ESTA, ES UNA FUENTE DE NUTRICION Y SUSTENTO SOSTENIBLE,SEGURO, VIABLE, PARA LOGRAR UN ADECUADO CRECIEMIENTO Y DESARROLLO, PREVINIENDO FUTUROS PROBLEMAS DE SALUD.		
Tema: LACTANCIA MATERNA		
Responsable del Tema: MEDICO ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA		
Metodología: CHARLA		

AGENDA:

1. Bienvenida
2. Presentación por parte del médico Alfredo calderón viña
3. Desarrollo de la temática.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Esta actividad se hace con el fin de enseñarles a las madres del CRN , que la leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros seis meses de vida, ya que cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico, y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vinculo madre e hijo, y una adecuada relación de apego seguro con su madre, se les dice que el recién nacido sano que mama adecuadamente y a demanda, no necesita otros líquidos diferentes a la leche materna, que no es necesario ni recomendable ofrecerles agua o suero , salvo si hay indicación médica, por eso antes de darles cualquier suplemento u otros alimentos diferente a la leche materna es conveniente consultar al pediatra, que el principal estimulo de producción de leche es la succión del niño, y el vaciado del pecho, por ello, cuantas veces más mame, más cantidad de leche se producirá.

Técnica de la lactancia:

La mayoría de los problemas de lactancia se deben a problemas en la técnica de lactancia, bien por una posición inadecuada o un agarre no correcto o una combinación de ambos.

Un buen agarre es una buena técnica de lactancia ya que evita la aparición de complicaciones como grietas y dolor , vacía correctamente el pecho y permite una producción de leche adecuada para el niño.

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusabawi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

Hasta cuando amamantar:

Se recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, y con una alimentación complementaria adecuada hasta los dos años y más, esta bien demostrado que el lactante no necesita nada más que leche materna hasta los 6 meses de edad, ya que esta le aporta todos los nutrientes necesarios, y por otro lado la introducción más temprana de otros alimentos puede causarles problemas de salud.

Beneficios para los niños:

Además de proporcionar todos los nutrientes y la hidratación necesarios, la lactancia materna ayuda a prevenir infecciones gastrointestinales y respiratorias, obesidad, diabetes, leucemia, alergias, cáncer infantil, hipertensión y colesterol alto. Así mismo, puede contribuir a prevenir la infección la infección por COVID-19.

Beneficios para las madres:

La lactancia no sólo beneficia a los bebés sino también a las mamás, ya que a corto plazo ayuda a su recuperación física, por ejemplo, disminuye el riesgo de hemorragia después del nacimiento y reduce el riesgo de depresión post- parto, A largo plazo contribuye a disminuir las probabilidades de desarrollar cáncer de ovario, cáncer de mama, diabetes tipo II, hipertensión, ataques cardíacos, anemia y osteoporosis.

Médico general del CRN ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:









Alfredo R. Calderon Vides
Medico General

Dusakawi i.p.s.i.
Su bienestar, nuestro compromiso

4 de septiembre de 2023. Agustín Codazzi-Cesar.

Dusakawi i.p.s.i.
DIRECCIÓN RECIBIDO
0 5 SEP 2023
Firma:
NO IMPLICA APROBACIÓN

Doctor
DABINSON RESTREPO
Representante legal
Dusakawi i.p.s.i

ASUNTO: Canalización de usuarios con Desnutrición Aguda Moderada Y Severa.

Cordial saludo,

La presente misiva es con el fin de realizar canalización para la atención en salud de usuarios identificados con Desnutrición Aguda Moderada y Severa, por lo cual se hace pertinente la remisión para su debida atención con calidad y oportunidad acorde a la Resolución 2350 de 2020 "*PARÁGRAFO. La atención de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses, se considera atención de urgencias, por lo que no requiere ningún tipo de autorización y su atención debe ser inmediata*", con el objetivo de que les sea asignada cita para que sean valorados clínica y nutricionalmente por medio de su EPS correspondiente para así contribuir a mejorar el estado nutricional de los usuarios.

NOMBRE DEL USUARIO	RONAL RODRIGUEZ PEÑALOZA
REGISTRO CIVIL	1065677309
FECHA DE NACIMIENTO	4/02/2021
EPS	DUSAKAWI – REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	MARIELA PEÑALOZA PEREZ
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (AKACHA)
MOTIVO DE REMISION	Usuario masculino de 2 año y 7 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 02/09/2023 con Perímetro Braquial 12,9 cm Perímetro Cefálico 44.4 cm **PA:** 8.48 kg **TA**: 77.7 cm **P/T:** -2.08 DE **P/E:** -3.84 DE **T/E:** -4.51 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la Edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida

	atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	ERIKSON PEÑALOZA PEÑALOZA
REGISTRO CIVIL	1137732247
FECHA DE NACIMIENTO	2/08/2022
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	YESICA PEÑALOZA PEÑALOZA
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (SAREYAS)
MOTIVO DE REMISION	Usuario masculino de 1 año de edad el cual fue valorada antropométricamente el día 02/09/2023 con Perímetro Braquial 12.5 cm Perímetro Cefálico 42.6 cm **PA:** 7.37 kg **TA**: 72.5 cm **P/T:** -2.47 DE **P/E:** -2.65 DE **T/E:** -1.81 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Riesgo de Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	ELFER JAVIER GARCIA PEÑALOZA
REGISTRO CIVIL	1151482290
FECHA DE NACIMIENTO	4/05/2020
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	LAURA PEÑALOZA FRANCO
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (MOWA)
MOTIVO DE REMISION	Usuario masculino de 3 año y 3 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 01/09/2023 con Perímetro Braquial 12.8 cm Perímetro Cefálico 46.5 cm **PA:** 10.47 kg **TA**: 88.5 cm

	P/T: < -2.12 DE **P/E:** < -2.96 DE **T/E:** -2.78 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	GLADYS HERRERA ESTRADA
REGISTRO CIVIL	1067735933
FECHA DE NACIMIENTO	3/04/2022
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	GLORIA ESTRADA SANCHEZ
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (WAYEKO)
MOTIVO DE REMISION	Usuaria femenina de 1 año 4 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 01/09/2023 con Perímetro Braquial 12.5 cm Perímetro Cefálico 45 cm **PA:** 6.6 kg **TA**: 69.2 cm **P/T:** -2.20 DE **P/E:** -3.51 DE **T/E:** -3.66 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	ANA KARINA HERRERA HERRERA
REGISTRO CIVIL	1065678794
FECHA DE NACIMIENTO	8/10/2021
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	MARTHA HERRERA PEREZ

DIRECCION	RESGUARDO IROKA (WAYEKO)
MOTIVO DE REMISION	Usuaria femenina de 1 año 10 meses de edad el cual fue valorada antropométricamente el día 01/09/2023 con Perímetro Braquial 12.6 cm Perímetro Cefálico 42.8 cm **PA:** 6.9 kg **TA**: 71.1 cm **P/T:** -2.24 DE **P/E:** -4.04 DE **T/E:** -4.49 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuaria que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	SOLAIRA ESTRADA HERRERA
REGISTRO CIVIL	1151482215
FECHA DE NACIMIENTO	7/07/2020
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	LORYS HERRERA ESTRADA
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (WAYEKO)
MOTIVO DE REMISION	Usuaria femenina de 3 año 1 mes de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 01/09/2023 con Perímetro Braquial 12.2 cm Perímetro Cefálico 45.6 cm **PA:** 8 kg **TA**: 78.2 cm **P/T:** - 2.28 DE **P/E:** -4.48 DE **T/E:** -4.83 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

Dusakawi
Su bienestar, nuestro compromiso
I.P.S.I.

NOMBRE DEL USUARIO	JUAN DAVID ESTRADA HERRERA
REGISTRO CIVIL	1067737032
FECHA DE NACIMIENTO	29/12/2022
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	LORYS HERRERA ESTRADA
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (WAYEKO)
MOTIVO DE REMISION	Usuario masculino de 8 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 01/09/2023 con Perímetro Braquial 12.3 cm Perímetro Cefálico 42.8 cm **PA:** 5.9 kg **TA**: 64.6 cm **P/T:** - 2.45 DE **P/E:** -3.41 DE **T/E:** -2.77 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	DIANA MARCELA GARCIA MARTINEZ
REGISTRO CIVIL	
FECHA DE NACIMIENTO	29/07/2022
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	PATRICIA MARTINEZ GARCIA
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (TONTYE)
MOTIVO DE REMISION	Usuaria femenina de 1 año y 1 mes de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 01/09/2023 con Perímetro Braquial 12.6 cm Perímetro Cefálico 42 cm **PA:** 6.2 kg **TA**: 67.2 cm **P/T:** - 2.28 DE **P/E:** -3.32 DE **T/E:** -3.09 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad.

	Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	MARIA ANGEL FRANCO WEPA
REGISTRO CIVIL	1067737233
FECHA DE NACIMIENTO	10/12/2021
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	BERTHA WEPA HERRERA
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (NANAECHPO)
MOTIVO DE REMISION	Usuaria femenina de 1 año 8 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 01/09/2023 con Perímetro Braquial 12.8 cm Perímetro Cefálico 44.5 cm **PA:** 6.82 kg **TA**: 70.5 cm **P/T:** - 2.20 DE **P/E:** -3.84 DE **T/E:** -4.22 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	SHEILA MICHELL GARCIA PEÑALOZA
REGISTRO CIVIL	1067735788
FECHA DE NACIMIENTO	14/02/2022
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	LILY JOHANA PEÑALOZA MONTES
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (NANAECHPO)
MOTIVO DE REMISION	Usuaria femenina de 1 años 6 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 01/09/2023 con Perímetro Braquial 12.9 cm

	Perímetro Cefálico 42.3 cm **PA:** 7.3 kg **TA**: 73.5 cm **P/T:** - 2.23 DE **P/E:** -2.92 DE **T/E:** -2.64 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuaria que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	ASHLY GARCIA MONTES
REGISTRO CIVIL	1065681256
FECHA DE NACIMIENTO	22/12/2022
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	LILIANA MONTES PEREZ
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (NANAECHPO)
MOTIVO DE REMISION	Usuaria femenina de 8 meses de edad el cual fue valorada antropométricamente el día 01/09/2023 con Perímetro Braquial 12.7 cm Perímetro Cefálico 42 cm **PA:** 5.2 kg **TA**: 62.5 cm **P/T:** - 2.54 DE **P/E:** -3.61 DE **T/E:** -2.81 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	LUZ MARINA HERRERA ESTRADA
REGISTRO CIVIL	1067733553
FECHA DE NACIMIENTO	5/03/2019

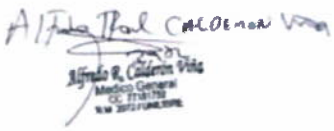
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	GLORIA ESTRADA SANCHEZ
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (WAYECO)
MOTIVO DE REMISION	Usuaria femenina de 4 año 5 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 01/09/2023 con Perímetro Braquial 12.8 cm Perímetro Cefálico 47.4 cm **PA:** 8.5 kg **TA**: 81 cm **P/T:** - 2.23 DE **P/E:** -4.90 DE **T/E:** -5.70 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	KELLY JOHANA HERRERA HERRERA
REGISTRO CIVIL	1067733555
FECHA DE NACIMIENTO	13/10/2018
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	MARTHA HERRERA PEREZ
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (WAYECO)
MOTIVO DE REMISION	Usuaria femenina de 4 año 10 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 04/09/2023 con Perímetro Braquial 12.8 cm Perímetro Cefálico 46 cm **PA:** 10.3 kg **TA**: 89.8 cm **P/T:** - 2.18 DE **P/E:** -3.98 DE **T/E:** -4.16 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuaria que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la*

	Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020".

Gracias por la atención prestada y pronta respuesta positiva.

Atentamente,



Alfredo Calderón
Médico General
Componente salud
drrapillo@hotmail.com
319 7231975

CC: ICBF CRN Centro Zonal Codazzi

LISTADO DE PRODUCTOS DE RACION DE EGRESO

ITEM	PRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	REGISTRO INVIMA
1	ARROZ PINILLAR	LIBRA	L 12B 4	01 DE AGOSTO 2024	NSA-004424-2018
2	PASTAS LA MUÑECA	LIBRA	LC 185231484	03 DE JULIO 2024	RSAV16I74315
3	HARINA DE MAIZ AREPA AREPA	LIBRA	L101	30 DE JULIO 2024	PSA-000210-2016
4	HARINA DE TRIGO LA NIEVE	LIBRA	290723 Y	29 DE MAYO 2024	PSA-001620-2018
5	LECHE ENTERA EN POLVO MIRAMONTE	UNIDAD	050923S3O12	01 DE SEPTIEMBRE 2024	RSA-0021328-2022
6	ATUN EN AGUA LOMITOS CATALINA	UNIDAD	LA501150822	15 DE AGOSTO 2026	RSiA05I108214
7	HUEVOS DE GALLINA	UNIDAD	NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE
8	FRIJOL ROJO OLIMPICA	LIBRA	257M2T1	14 DE SEPTIEMBRE 2024	NO TIENE
9	ACEITE DE SOYA OLIOSOYA	UNIDAD	FG2306061 C	06 DE JUNIO 2024	PSA-0002199-2019

Dusakawi

Su bienestar nuestro compromiso

i.P.S.i

DISENTIMIENTO INFORMADO

FECHA (Día 26 Mes 9 Año 23) **HORA:** 10 AM **LUGAR:** (Ciudad Municipio Asentamiento Etc.) _____

Servicio de Salud Dusakawi IPS

PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD A LA QUE ES RENUENTE O RECHAZA:

_____

NOMBRE DEL USUARIO: Deiner Jose Franco Herrera

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1.300.420.635

DIAGNOSTICO CLÍNICO: Riesgo desnutricion Aguda

Por medio de la presente constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi disentimiento, para la realización del (los) procedimiento(s):

Tratamiento de recuperacion nutricional al CRN Omitiendo las indicaciones del Profesional.

Entiendo que este procedimiento hace parte del plan de tratamiento instaurado y que el médico posee la idoneidad y el entrenamiento suficiente, me han sido explicadas las implicaciones y posibles complicaciones por su no realización y alternativas terapéuticas; no obstante me niego al mismo, asumiendo los riesgos bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ello firmo.

NOTA: Cuando se trate de un menor de edad, o el paciente no esté en capacidad de otorgar el disentimiento será la persona que lo representa, la encargada de firmar el documento.

Firma del paciente o responsable: Flormania Herrera

Numero de documento: 1.133.485.057

Número de teléfono: _____

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas y riesgos del procedimiento o actividad y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente o responsable del paciente comprende todo lo explicado.

Firma del profesional o personal de salud: Maria Cecilia Carrillo Rios

Registro médico o tarjeta profesional: María Cecilia Carrillo Ríos NUTRICIONISTA Y DIETISTA T.P. 1122823423