Valledupar, 6 de Diciembre 2023

Recibido Dayan Blanco 07/12/2023. 2:00AM.

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

REF. Entrega de Informe técnico u operativo del mes de Noviembre del centro de recuperación nutricional NANAECHPO

Cordial saludo:

Por medio de la presente me dirijo a usted, con el ánimo de hacerle entrega del informe que corresponde al mes de mayo del centro de recuperación nutricional NANAECHPO, de acuerdo con el convenio No. **20001992023,** con la siguiente información:

En físico:

1. Informe ejecutivo, con las actividades desarrolladas en el periodo.
2. Historia de ingreso al CRN de usuarios atendidos en el periodo.
3. Caracterización de las familias de los niños ingresados
4. Beneficiarios realmente atendidos, revisado y firmado por el representante legal.
5. Soporte original de entrega de RPP al egreso.
6. Formato de entrega de AAVN a beneficiarios.
7. Estudios de casos por equipo interdisciplinario (medico, nutricionista y Psicólogo)
8. Anexo cálculo de costos variables de acuerdo a niños y niñas atendidos – CRN.
9. Soportes de las actividades realizadas por cada uno de los profesionales.
10. Canalización a sector salud
11. Listado de artículos de RPP
12. Disentimientos

En Magnético, archivos en Excel:

- F8.MO8.PP Formato Datos Contrato e Informe Mensual
- F11.MO8.PP Formato Seguimiento Ejecución Presupuestal CRN
- F14.MO8.PP Formato Remisión modalidad de atención CRN
- A3.MO8.PP Cálculo de Costos Variables de Acuerdo a Niños y Niñas Atendidos CRN

En Magnético, archivos en PDF:

- F4.MO8.PP Formato Instrumento de Caracterización
- F12.MO8.PP Formato Visita domiciliaria CRN
- A3.MO8.PP Cálculo de Costos Variables de acuerdo a Niños y Niñas Atendidos CRN
- Historia de ingreso al CRN de usuarios atendidos en el mes.

Se envían dos (2) tomos; adicional un CD que contienen la información en excel y PDF anteriormente mencionada.

Gracias por la atención prestada; estamos atentos a cualquier información requerida.

Atentamente,

CAMILA VANNESSA GONZALEZ GUTIERREZ
ANALISTA FINANCIERO CONVENIOS ICBF - DUSAKAWI IPS-I

BIENESTAR FAMILIAR

Dusakawi i.p.s.i.
Su bienestar, nuestro compromiso
NIT. 824.002.362-1

INFORME EJECUTIVO
1. INFORMACIÓN GENERAL

Municipio(s) en el que se ubica el servicio: AGUSTÍN CODAZZI	**N° de unidades de servicio:** 1

Regional: CESAR		**Centro(s) Zonal(es) que supervisa(n):** Codazzi
Contrato de aporte Número: 20001992023	**Cupos contratados: 15**	**Servicio que presta:** CRN NANAECHPO
Fecha de Inicio de la Prestación del Servicio: 17/08/2023		**Período reportado:** 01/11/2023 al 30/11/2023
Nombre de la Entidad Administradora del Servicio (EAS): DUSAKAWI IPS		**Nombre del Representante Legal de la (EAS):** DABINSON JAVIER RESTREPO FERNANDEZ
Nombre supervisor del contrato: **Carmen Cecilia Castaño Matute**		**Nombre y cargo del supervisor de apoyo al contrato:** **Dayan Lissett Blanco Gómez**

1.1 Número de Beneficiarios atendidos por zona de Ubicación

CRN	Zona	Ubicación	Niños menores de 6 meses	Niños entre los 6 meses y los 5 años	Niños mayores de 5 años	# Total de Beneficiarios atendidos
1	RURAL	NANAECHPO	0	15	0	15
	Total		0	15	0	15

Los datos anteriormente descritos se recolectaron durante el mes de noviembre, cuantificando el número de niños y niñas mayores a 6 meses hasta los 5 años de edad en el CRN nanaechpo.

2-Número de Beneficiarios atendidos en el mes por Grupo de Atención

Grupo de Atención	# Beneficiarios Atendidos por CRN	
	CRN CODAZZI	TOTAL
Niños y Niñas menores de seis meses	0	0
Niños y niñas de seis meses a cinco a Años	15	15
Niños y Niñas mayores de cinco años	0	0
Total	**15**	**15**

Los datos anteriormente descritos se recolectaron durante el mes de noviembre, en la zona rural de CODAZZI CRN NANAECHPO encontramos 15 niños y niñas mayores a 6 meses hasta los 5 años de edad.

ASPECTO A EVALUAR	N° DE CASOS AL INICIAR EL CONTRATO	N° DE CASOS AL PRESENTAR EL REPORTE	% DE AVANCE EN RESOLUCIÓN DE SITUACIONES ESPECIALES
Niñas y niños sin registro civil	1	1	100%
Niñas y niños sin afiliación a salud	0	0	100%
Niñas y niños sin control de crecimiento y desarrollo	0	0	100%
Niñas y niños sin esquema de vacunación completo acorde a su edad al inicio del contrato	0	0	100%

Los datos mencionados corresponden a corte del mes de noviembre, arrojando en cada porcentaje el avance en las gestiones realizadas para la consecución de la documentación faltante de cada beneficiario.

3- Activación de rutas en el contrato.

Atención priorizada	No. usuarios	Observación
Documento de identidad	1	SE REALIZO GESTION EN EL MES DE OCTUBRE 2023, PERO NO SE OBTUVO REPUESTA POR PARTE DE LA REGISTRADURIA.
Afiliación a Salud	0	NINGUNA
Vacunación	0	NINGUNA
Control de Crecimiento y Desarrollo	0	NINGUNA
Control Prenatal	0	NINGUNA
Total	**1**	

4- Número de Beneficiarios egresados en el mes según el Grupo de Atención.

Grupo de Atención	# Beneficiarios Egresados por CRN	
	CRN CODAZZI	TOTAL
Niños y Niñas menores de seis meses	0	0
Niños y niñas de seis meses a cinco a años	15	15
Niños y Niñas mayores de cinco años	0	0
Total	**15**	**15**

Los datos anteriormente descritos se recolectaron durante el mes de noviembre, cuantificando el número de niños y niñas mayores a 6 meses hasta los 5 años de edad en el CRN CRN nanaechpo que se les da egreso y se mencionan ahora los niños que fueron egresado con disentimiento informado por retiro voluntario del programa sin recuperación nutricional (riesgo de desnutrición aguda), KATIA FRANCO GARCIA Y MAICOL KASUPAYE COMEYE RC: 1067737108.

5- Número de Beneficiarios ingresados en el mes según el Grupo de Atención.

Grupo de Atención	# Beneficiarios Ingresados por CRN	
	CRN CODAZZI	TOTAL
Niños y Niñas menores de seis meses	0	0
Niños y niñas de seis meses a cinco a años	13	13
Niños y Niñas mayores de cinco años	0	0
Total	**13**	**13**

6- Diagnostico nutricional en usuarios atendidos

ESTADO NUTRICIONAL		N° DE NIÑOS, NIÑAS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL	% DE NIÑOS, NIÑAS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL
Descripción cuantitativa del diagnóstico nutricional (Reportar MENSUALMENTE)	DNT Aguda Severa (<-3)	0	0%
	DNT Aguda Moderada (<-2)	15	100%
	peso adecuado para la talla	0	0%
	Riesgo de sobrepeso	0	0%
	Sobrepeso	0	0%
	Obesidad	0	0%
TOTALES		**15**	**100%**

7- Número de Beneficiarios por grupo de atención que mejoraron o recuperaron su estado nutricional en el mes.

Grupo de Atención	# Beneficiarios Recuperados por UDS	
	UDS CODAZZI	TOTAL
Niños y Niñas menores de seis meses	0	0

Niños y niñas de seis meses a cinco a años	13	13
Niños y Niñas mayores de cinco años	0	0

8- Número de Visitas realizadas en el mes por Perfil

ACTIVIDADES ADELANTADAS	N° DE ACTIVIDADES REALIZADAS	N° DE ASISTENTES	N° TOTAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO
Número de visitas de acompañamiento a los hogares o familias por los psicosociales	3	3	TRES VISITAS DOMICILIARIAS

9- Número de estudios de casos realizados en el mes en el CRN.

Número de identificación del usuario	Fecha	Participantes	Conclusión (muy ejecutiva)
KATIA FRANCO GARCIA	01 NOVIEMBRE DEL 2023	ALFREDO CALDERON CHARLOTTE PEÑALOZA MARIA CARRILLO	USUARIA CON PESO BAJO PARA LA TALLA POR CONTEXTURA FISICA Y CONDICIONES DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA.
1.067.736.345	01 NOVIEMBRE DEL 2023	ALFREDO CALDERON CHARLOTTE PEÑALOZA MARIA CARRILLO	USUARIA CON PESO BAJO PARA LA TALLA POR CONDICIONES DE INSEGURIDAD ALIMENTRIA.
1.067.734.565	16 NOVIEMBRE DEL 2023	ALFREDO CALDERON CHARLOTTE PEÑALOZA MARIA CARRILLO	USUARIO CON PESO BAJO PARA LA TALLA POR CONTEXTURA FISICA Y CONDICIONES DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA.
1.067.737.108	20 NOVIEMBRE DEL 2023	ALFREDO CALDERON CHARLOTTE PEÑALOZA MARIA CARRILLO	USUARIO CON PESO BAJO PARA LA TALLA POR CONDICIONES DE INSEGURIDAD ALIMENTRIA.

BIENESTAR FAMILIAR

Dusakawi I.P.S.I.
Su bienestar, nuestro compromiso
NIT. 824.002.362-1

10- Resumen entrega de RPP

CRN	Lugar	Fecha de la entrega	# Beneficiarios atendidos por Grupo de Atención			# Total de Beneficiarios atendidos
			Niños y niñas menores de 6 meses	Niños y niñas entre los 6 meses y los 5 años	Niños y niñas mayores de 5 años	
CRN	NANAECHPO	30 NOVIEMBRE DE 2023	0	13	0	**13**
Total			**0**	**13**	**0**	**13**

11- Capacitaciones realizadas al talento humano de la EAS

Temas tratados	Fecha	Objetivos	Logros obtenidos
IMPORTANCIA DEL CUMPLIMIENTO A LA INMUNIZACION DEL NIÑO	01/11/2023	ES EDUCAR A LAS MADRES PARA PREVENIR CIERTAS ENFERMEDADES Y PODER REDUCIR LA MORTALIDAD DE DICHAS ENFERMEDADES.	SE AFIANZARON CON LAS MADRES LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE IMPORTANCIA DEL CUMPLIMIENTO A LA INMUNIZACION DEL NIÑO, MEDIANTE UNA ACTIVIDAD PARTICIPATIVA CUMPLIENDO ASÍ LOS OBJETIVOS DE LA JORNADA.
LACTANCIA MATERNA	02/11/2023	LA LACTANCIA MATERNA ES LA FORMA ÓPTIMA DE ALIMENTAR A LOS BEBÉS, OFRECIÉNDOLES LOS NUTRIENTES QUE NECESITAN EN EL EQUILIBRIO ADECUADO, ASÍ COMO OFRECIENDO PROTECCIÓN CONTRA LAS ENFERMEDADES.	SE AFIANZARON CON LAS MADRES LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE LACTANCIA MATERNA, MEDIANTE UNA ACTIVIDAD PARTICIPATIVA CUMPLIENDO ASÍ LOS OBJETIVOS DE LA JORNADA.
ACTIVIDA FISICA	03/11/2023	LA ACTIVIDAD FÍSICA CONTRIBUYE A LA PREVENCIÓN Y GESTIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, COMO LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, EL CÁNCER Y LA DIABETES. LA ACTIVIDAD FÍSICA REDUCE LOS SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD. LA ACTIVIDAD JUICIO.	SE AFIANZARON CON LAS MADRES LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE ACTIVIDA FISICA, MEDIANTE UNA ACTIVIDAD PARTICIPATIVA CUMPLIENDO ASÍ LOS OBJETIVOS DE LA JORNADA.
APROVECHAMIENTO DE LOS ALIMENTOS DE LA RPP PARA EL NIÑO RECUPERADO	06/11/2023	ESTABLECER LAS ORIENTACIONES BÁSICAS A LAS MADRES PARA QUE APROVECHEN LOS ALIMENTOS DE LA RPP PARA EL NIÑO RECUPERADO.	SE AFIANZARON CON LAS MADRES LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE APROVECHAMIENTO DE LOS ALIMENTOS DE LA RPP PARA EL NIÑO RECUPERADO, MEDIANTE

			UNA ACTIVIDAD PARTICIPATIVA CUMPLIENDO ASÍ LOS OBJETIVOS DE LA JORNADA
HIGIENE ORAL	08/11/2023	AYUDA A PREVENIR LA HALITOSIS (EL MAL ALIENTO), LA CARIES DENTAL Y LA ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS, ADEMÁS DE AYUDAR A CONSERVAR LOS DIENTES DURANTE MÁS AÑOS.	SE AFIANZARON CON LAS MADRES LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE HIGIENE ORAL, MEDIANTE UNA ACTIVIDAD PARTICIPATIVA CUMPLIENDO ASÍ LOS OBJETIVOS DE LA JORNADA.
LA ALIMENTACIÓN COMO ESPACIO DE INTEGRACIÓN FAMILIAR Y CULTURAL	11/11/2023	PROMOCIONAR EN LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS INTERNOS EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL, EL ESPACIO DE ALIMENTACIÓN COMO UN ESPACIO DE INTEGRACIÓN FAMILIAR Y CULTURAL.	SE AFIANZARON CON LAS MADRES Y LOS NIÑOS LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN COMO ESPACIO DE INTEGRACIÓN FAMILIAR Y CULTURAL, MEDIANTE UNA ACTIVIDAD PARTICIPATIVA CUMPLIENDO ASÍ LOS OBJETIVOS DE LA JORNADA.
ACTIVIDAD RECREATIVA (TINGO TANGO)	16/11/2023	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.	SE AFIANZARON CON LAS MADRES LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE ACTIVIDAD RECREATIVA (TINGO TANGO), MEDIANTE UNA ACTIVIDAD PARTICIPATIVA CUMPLIENDO ASÍ LOS OBJETIVOS DE LA JORNADA.
TARDE DE JUEGOS (COLOREO FRUTAS Y VERDURAS)	18/11/2023	PERMITE DISFRUTAR TOMAR DECISIONES SENCILLAS Y PRACTICAR LA PACIENCIA, ADEMÁS PROMUEVE LA CONCENTRACIÓN, REAVIVA ASPECTOS DE LA CREATIVIDAD Y MANTIENE AL PRACTICANTE OCUPADO POR UN BUEN RATO.	SE AFIANZARON CON LAS MADRES LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE TARDE DE JUEGOS (COLOREO FRUTAS Y VERDURAS), MEDIANTE UNA ACTIVIDAD PARTICIPATIVA CUMPLIENDO ASÍ LOS OBJETIVOS DE LA JORNADA.
TARDE DE JUEGO	19/11/2023	LA IMPORTANCIA RECONOCER QUE LOS JUEGOS Y ACTIVIDADES DE RECREACIÓN SON IMPORTANTES PARA LOS APRENDIZAJES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. A TRAVÉS DEL JUEGO PUEDEN INCENTIVARSE TODOS LOS ÁMBITOS DEL DESARROLLO, INCLUIDAS LAS COMPETENCIAS COGNITIVAS, SOCIALES Y EMOCIONALES.	SE AFIANZARON CON LOS NIÑO Y MADRES BENEFICIARIOS DEL CRN LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE TARDE DE JUEGO, MEDIANTE ACTIVIDADES PARTICIPATIVAS, CUMPLIENDO ASÍ LOS OBJETIVOS DE LA JORNADA.
DÍA UNIVERSAL DEL NIÑO	20/11/2023	SENSIBILIZAR A LOS PADRES Y MADRES DE LOS NIÑOS INTERNOS EN EL CRN NANAECHPO SOBRE LOS DERECHOS PARA LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS, INCLUIDOS LOS RELATIVOS A LA VIDA, LA SALUD Y LA EDUCACIÓN, EL DERECHO A JUGAR,	SE AFIANZARON CON LOS NIÑO Y MADRES BENEFICIARIOS DEL CRN LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE DÍA UNIVERSAL DEL NIÑO, MEDIANTE ACTIVIDADES PARTICIPATIVAS, CUMPLIENDO ASÍ LOS OBJETIVOS DE LA JORNADA.

BIENESTAR FAMILIAR

Dusakawi I.p.s.i.
Su bienestar, nuestro compromiso
NIT. 824.002.362-1

		A LA VIDA FAMILIAR, A LA PROTECCIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN.	
TARDE RECREATIVA	27/11/2023	GENERAR ESPACIOS DE RECREACIÓN EN LOS NIÑOS Y MADRES DEL CRN, PROMOVIENDO EL JUEGO COMO FACTOR PRINCIPAL DE APRENDIZAJE EN LA PRIMERA INFANCIA.	SE AFIANZARON CON LAS MADRES LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE TARDE RECREATIVA, MEDIANTE UNA ACTIVIDAD PARTICIPATIVA CUMPLIENDO ASÍ LOS OBJETIVOS DE LA JORNADA.
IDENTIFICACION DE SIGNO DE DESHIDRTACION Y ATENCION DEL NIÑO CON DIARREA	29/11/2023	EL PROPOSITO DE ESTA ACTIVIDAD ES UNIFICAR CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE DESHIDRATACION CON EL FIN DE FACILITAR EL MANEJO CORRECTO DEL PACIENTE CON DIARREA, EN TODOS LOS NIVELES DE ATENCION AL MISMO TIEMPO ORIENTAR EL USO RACIONAL DE LA HIDRATACION ENDOVENOSA SOLO EN CASO CON DESHIDRATACION GRAVE O SHOK, CUANDO EL PACIENTE NO PUEDE BEBER Y NO ES POSIBLE UTILIZAR LA SONDA NASOGASTRICA.	SE AFIANZARON CON LAS MADRES LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE IDENTIFICACION DE SIGNO DE DESHIDRTACION Y ATENCION DEL NIÑO CON DIARREA, MEDIANTE UNA ACTIVIDAD PARTICIPATIVA CUMPLIENDO ASÍ LOS OBJETIVOS DE LA JORNADA.
TOTAL			**12**

Soportar con las actas.

Firma del coordinador de la UDS y del representante legal de la EAS

María Cecilia Carrillo Ríos
NUTRICIONISTA Y DIETISTA
T.P. 1122821423
Maria Carrillo

DABINSON JAVIER RESTREPO FERNANDEZ.
Director.

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _02_MES __11__AÑO __2023____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **LUZ DANIELA COMEYE**		Cama: 1	Historia de Atención: 1.067.734.564
Sexo: M ☐ F ☒	Fecha de Nacimiento: Día 6 Mes 01 Año 2021	Edad Completa: A 2 M 10 D 20	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO YOWA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre: **YOLEIDA MOLINA CABALERO**		
Dirección de residencia: YOWA	Teléfono de residencia y/o contacto: **NO TIENE**		

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: 1.067.734.564

2. MOTIVO DE CONSULTA:

menor de edad con cuadro clínico de varios meses, pérdida de peso gradual, que se ha acompañado de Ira y Eda, intermitentes, dejando un mal estado musculo nutricional ubicado mediante búsqueda activa, por lo que es valorado 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)	
PARTO DOMICILIARIO, SIN PESO Y TALLA AL NACER CON DIFICIL INTERROGATORIO POR ETNIA	

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 _____3____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 ✖ 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 ☐
2 meses	Polio-1 DPT-1 HB-1 Rotavirus-1 Neumococo-1 Haemophilus influenzae tipo b (Hib)-1	Si ✖ No ☐
4 meses	Polio-2 DPT-2 HB-2 (Hib)-2 Rotavirus-2 Neumococo-2	Si ✖ No ☐
6 meses	Polio-3 DPT-3 HB-3 (Hib)-3 Influenza-1	Si ☐ 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 ☐	MADRE NIEGA AL INTERROGATORIO
4.Quirúrgicos	Si ☐ No ☐	
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 ENFERMEDAD ACTUAL**
☐ Genito/Urinario	
☐ Endocrino	
☐ Hematológico/Inmunológico	
☐ Neurológico	
☐ Mental	

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso ___8.1____ kg	Talla __79_____ cm	Perímetro Cefálico _____44_____cm	Perímetro Abdominal _____50_____ cm PERIMETRO TORAXICO 48 PERIMETRO BRAQUIAL 125
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC ____93___ / min.	FR ____27___/ min.	Tensión Arterial ____94__/_65____ mmHg	Temperatura __37.7___*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 SECRECIONES**
5.Nariz			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
6.Orofaringe			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
7.Boca	✖		**FOSAS NASALES PERMEABLES**
8.Cuello			**MOVIL SIN ADENOPATIAS**

RESERVADA

9.Torax			SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE
10.Corazón			RUIDOS CARDIACOS RITMICOS
11.Pulmones			CLAROS
12.Abdomen			BLANDO DEPRESIBLE 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	✖		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 ✖	

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
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 ✖	
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 ✖	

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

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

SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL Y NUTRICIONISTA

1. PRUEBA DE APETITO POSITIVO COMER ¼ AHORA
2. FTLC CALCULADO 1215 KILOKALORIAS EN 24 HORAS 2 ¼ SOBRES DIA POR 7 DIAS
3. AGUA POTABLE 1215 CC EN 24 HORAS 6 VASOS FIESTEROS EN DISTRIBUIDO 6 TOMAS
4. ACIDO FOLICO 5 MG AHORA
5. CONTROL DE SIGNOS VITALES 2 VECES AL DIA

Nombre del Médico:	**Firma, Sello y Registro Médico:**
ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA	**3972**

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 02 Mes 11 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN – CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: LUZ DANIELA COMEYE Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 06 M 01 A 2021 Edad: 2 AÑO 9 MESES Sexo: F X M ☐

Nombre Acudiente: YOLEIDA MOLINA CABALLERO 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

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

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

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: 8.1 Kg. Presenta edema: Si ☐ No X Grado: _____

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 79 cm

Perímetro Cefálico: 44 cm Perímetro Braquial: 12.5 cm

Perímetro Torácico: 48 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.32	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -4.10	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -4.09	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: 5 MESES Frecuencia: _____

No ☐ Causa: _____

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

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

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? 5 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? 5 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: _____

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

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

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: 1215 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 2.43 SOBRE/DIA ZINC: 16.2 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**
223	sobre	2.43 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 8.1	1215cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1 x 8.1	33.2gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0 x 8.1	48.6gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0 x 8.1	162 gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	24.3mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	16.2mg	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 2.43 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

RESERVA

Fecha de aplicación: Día 04 Mes 11 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: Nanaechpo

Departamento: Cesar Municipio: Valledupar

Nombre profesional social: Charlotte Peñaloza González

Persona o personas que suministran la información: Yoleida Molina Caballero

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre LUZ	**Segundo Nombre** DANIELA	**Primer Apellido** COMEYE	**Segundo Apellido** MOLINA
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 02/11/2023 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):** 1.067.734.564 **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:** ☒ 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: ☒ NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: ☒ NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI ☒ NO	**¿Es Indígena?** ☒ SI. Pueblo: YUKPA ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: ☒ NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: ☒ NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: ☒ NO	
Departamento y municipio de residencia: CESAR, CODAZZI	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** YOWA	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel:		**Número teléfono contacto dos**[1] Nombre: Tel:	
Zona: ☒ Rural ☐ Urbano Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos, rutas): ZONA RURAL DISPERSA, RESGUARDO INDÍGENA IROKA, SE LLEGA A TRAVÉS DE CARRO DE LÍNEA A LA SIERRA, VÍA MAKENKAL.			

[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 ☒ 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)
Yoleida Molina Caballero*	26 A	Madre	U. Libre	No	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:

- ☒ 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 HIJOS. EN LA CUAL EL PADRE TIENE LA RESPONSABILIDAD ECONÓMICA EN EL HOGAR, REALIZANDO LABORES DEL CAMPO, SIENDO LA AGRICULTURA UN OFICIO TEMPORAL DEBIDO A QUE DEPENDE DE LA NATURALEZA, LAS FECHAS DE COSECHA, ENTRE OTRAS. 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, OCUPACIÓN QUE ES DE TIEMPO COMPLETO.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

La familia cuenta con apoyo de: (selección múltiple)

1. ☐ Familia extensa
2. ☐ Vecinos
3. ☐ Amigos/as
4. ☐ Sector público
5. ☐ Sector privado
6. ☐ Sector religioso
7. ☒ Ninguna
8. ☐ Otro. Cuál:

Si la familia cuenta con apoyo éste es de tipo

1. ☐ Económico
2. ☐ Material
3. ☐ Protección y cuidado
4. ☐ Emocional
5. ☐ Espiritual
6. ☐ Otro. Cuál:

Algún integrante de la familia participa en alguna red o grupo social:

- ☐ SI
- ☒ NO

4. CONCLUSIONES

PACIENTE FEMENINA DE 2 AÑOS Y 9 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, RECHAZANDO 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 ACTIVIDADES QUE PERMITAN LA CREACIÓN Y MANTENIMIENTO DE VÍNCULOS FUERTES Y SANOS EN LA FAMILIA**

***REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS**

***PROPICIAR ESPACIOS DE APRENDIZAJE DE DIVERSOS TEMAS CONCERNIENTE A LA NUTRICIÓN**

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año): **25/11/2023** 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 _02_MES __11__AÑO __2023____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **NATALIA ESTRADA MOLINA**		Cama: 2	Historia de Atención: 1.067.735.726
Sexo: M ☐ F ☒	Fecha de Nacimiento: Día 2 Mes 09 Año 2021	Edad Completa: A 2 M 2 D 18	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO YOWA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:		Nombre de la Madre: **ANA MILENA MOLINA RAMIREZ**	
Dirección de residencia: YOWA		Teléfono de residencia y/o contacto: **NO TIENE**	
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: 1.067.735.726	

2. MOTIVO DE CONSULTA:

menor de edad con cuadro clínico de varios meses, pérdida de peso gradual, que se ha acompañado de Ira y Eda, intermitentes, dejando un mal estado musculo nutricional ubicado mediante búsqueda activa, por lo que es valorado 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)	
PARTO DOMICILIARIO, SIN PESO Y TALLA AL NACER CON DIFICIL INTERROGATORIO POR ETNIA	

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 _____3_____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 ✖ 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 ☐
2 meses	Polio-1 DPT-1 HB-1 Rotavirus-1 Neumococo-1 Haemophilus influenzae tipo b (Hib)-1	Si ✖ No ☐
4 meses	Polio-2 DPT-2 HB-2 (Hib)-2 Rotavirus-2 Neumococo-2	Si ✖ No ☐
6 meses	Polio-3 DPT-3 HB-3 (Hib)-3 Influenza-1	Si ☐ 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 ☐	MADRE NIEGA AL INTERROGATORIO
4.Quirúrgicos	Si ☐ No ☐	
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 ENFERMEDAD ACTUAL**
☐ Genito/Urinario	
☐ Endocrino	
☐ Hematológico/Inmunológico	
☐ Neurológico	
☐ Mental	

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso ___7.3____ kg	Talla __74_____ cm	Perímetro Cefálico _____45_____cm	Perímetro Abdominal _____47_____ cm PERIMETRO TORAXICO 48 PERIMETRO BRAQUIAL 12
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC ____93___ / min.	FR ____27___/ min.	Tensión Arterial ____94__/_65____ mmHg	Temperatura __37.7___*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 SECRECIONES**
5.Nariz			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
6.Orofaringe			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
7.Boca	✖		**FOSAS NASALES PERMEABLES**
8.Cuello			**MOVIL SIN ADENOPATIAS**

RESERVADA

9.Torax			SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE
10.Corazón			RUIDOS CARDIACOS RITMICOS
11.Pulmones			CLAROS
12.Abdomen			BLANDO DEPRESIBLE 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	✖		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 ✖	

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
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 ✖	
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 ✖	

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

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

SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL Y NUTRICIONISTA

1. PRUEBA DE APETITO POSITIVO COMER ¼ AHORA
2. FTLC CALCULADO 1095 KILOKALORIAS EN 24 HORAS 2 SOBRES DIA POR 7 DIAS
3. AGUA POTABLE 1095 CC EN 24 HORAS 5 VASOS FIESTEROS EN DISTRIBUIDO 5 TOMAS
4. ACIDO FOLICO 5 MG AHORA
5. CONTROL DE SIGNOS VITALES 2 VECES AL DIA

Nombre del Médico:	**Firma, Sello y Registro Médico:**
ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA	**3972**

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 02 Mes 11 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN – CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: NATALIA ESTRADA MOLINA Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 02 M 09 A 2021 Edad: 2 AÑO 1 MES Sexo: F X M ☐

Nombre Acudiente: ANA MILENA MOLINA RAMIREZ 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: 74 cm

Perímetro Cefálico: 45 cm Perímetro Braquial: 12 cm

Perímetro Torácico: 48 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.36	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -4.24	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -4.04	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: 6 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? 6 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? 6 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

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

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: 1095 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 2.19 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**
201	sobre	2.19 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 2.19 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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F4.MO8.PP	07/09/2020
	INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS Y/O CUIDADORES DE LOS NIÑOS(AS) – CRN	Versión 3	Página 1 de 4

Fecha de aplicación: Día 04 Mes 11 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: Nanaechpo

Departamento: Cesar Municipio: Valledupar

Nombre profesional social: Charlotte Peñaloza González

Persona o personas que suministran la información: Ana Milena Molina Ramírez

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre NATALIA	**Segundo Nombre**	**Primer Apellido** ESTRADA	**Segundo Apellido** MOLINA
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 02/11/2023 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):** 1.067.735.726 **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:** ☒ 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: ☒ NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: ☒ NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI ☒ NO	**¿Es Indígena?** ☒ SI. Pueblo: YUKPA ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: ☒ NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: ☒ NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: ☒ NO	
Departamento y municipio de residencia: CESAR, CODAZZI	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** YOWA	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel:		**Número teléfono contacto dos**[1] Nombre: Tel:	
Zona: ☒ Rural ☐ Urbano Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos, rutas): ZONA RURAL DISPERSA, RESGUARDO INDÍGENA IROKA, SE LLEGA A TRAVÉS DE CARRO DE LÍNEA A LA SIERRA, VÍA MAKENKAL.			

[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

OFICIALIZADA

Presenta discapacidad: NO ☒ 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)
Ana Milena Molina Ramírez*	18 A	Madre	U. Libre	No	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:

- ☒ 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 HIJOS. EN LA CUAL EL PADRE TIENE LA RESPONSABILIDAD ECONÓMICA EN EL HOGAR, REALIZANDO LABORES DEL CAMPO, SIENDO LA AGRICULTURA UN OFICIO TEMPORAL DEBIDO A QUE DEPENDE DE LA NATURALEZA, LAS FECHAS DE COSECHA, ENTRE OTRAS. 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, OCUPACIÓN QUE ES DE TIEMPO COMPLETO.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

La familia cuenta con apoyo de: (selección múltiple)

1. ☐ Familia extensa
2. ☐ Vecinos
3. ☐ Amigos/as
4. ☐ Sector público
5. ☐ Sector privado
6. ☐ Sector religioso
7. ☒ Ninguna
8. ☐ Otro. Cuál:

Si la familia cuenta con apoyo éste es de tipo

1. ☐ Económico
2. ☐ Material
3. ☐ Protección y cuidado
4. ☐ Emocional
5. ☐ Espiritual
6. ☐ Otro. Cuál:

Algún integrante de la familia participa en alguna red o grupo social:

- ☐ SI
- ☒ NO

4. CONCLUSIONES

PACIENTE FEMENINA DE 2 AÑOS Y 1 MES, 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, RECHAZANDO 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 ACTIVIDADES QUE PERMITAN LA CREACIÓN Y MANTENIMIENTO DE VÍNCULOS FUERTES Y SANOS EN LA FAMILIA**

***REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS**

***PROPICIAR ESPACIOS DE APRENDIZAJE DE DIVERSOS TEMAS CONCERNIENTE A LA NUTRICIÓN**

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año): **25/11/2023** 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 _02_MES __11_AÑO __2023____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **EDGAR YECID COMEYE**	Cama: 3	Historia de Atención: 1.067.735.411

Sexo: M [X] F [ ]	Fecha de Nacimiento: Día 21 Mes 08 Año 2021	Edad Completa: A 2 M 3 D

Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO YOWA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**	Informante: **MADRE**

Nombre del Padre:	Nombre de la Madre: **INES ESTRADA MESA**
Dirección de residencia: WAUCHA	Teléfono de residencia y/o contacto: **NO TIENE**

Afiliación al SGSSS, marque con una (X)

Contributivo [ ] Subsidiado [X] 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 [X]	Número de identificación del paciente: 1.067.735.411

2. MOTIVO DE CONSULTA:

menor de edad con cuadro clínico de varios meses, pérdida de peso gradual, que se ha acompañado de Ira y Eda, intermitentes, dejando un mal estado musculo nutricional ubicado mediante búsqueda activa, por lo que es valorado por su ingreso

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

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

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)	
PARTO DOMICILIARIO, SIN PESO Y TALLA AL NACER CON DIFICIL INTERROGATORIO POR ETNIA	

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 _____3____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? _____	

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

¿Asiste a programa de Crecimiento y Desarrollo del sector Salud?
Si ✖ 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 ☐
2 meses	Polio-1 DPT-1 HB-1 Rotavirus-1 Neumococo-1 Haemophilus influenzae tipo b (Hib)-1	Si ✖ No ☐
4 meses	Polio-2 DPT-2 HB-2 (Hib)-2 Rotavirus-2 Neumococo-2	Si ✖ No ☐
6 meses	Polio-3 DPT-3 HB-3 (Hib)-3 Influenza-1	Si ✖ 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: _____hepatitis b____2d_____ Fecha: ___11/06/21_____ Vacuna: _____varicela_____ Fecha: ___13/03/21_____ Vacuna: __hepatitis b_____ Fecha: _____07/03/21_____	

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 ☐	MADRE NIEGA AL INTERROGATORIO
4.Quirúrgicos	Si ☐ No ☐	
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 ENFERMEDAD ACTUAL**
☐ Genito/Urinario	
☐ Endocrino	
☐ Hematológico/Inmunológico	
☐ Neurológico	
☐ Mental	

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso ___8.3____ kg	Talla __78_____ cm	Perímetro Cefálico _____43_____cm	Perímetro Abdominal _____47_____ cm PERIMETRO TORAXICO 46 PERIMETRO BRAQUIAL 11
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC ____93___ / min.	FR ____27___ / min.	Tensión Arterial ____94__/_65____ mmHg	Temperatura __37.7___*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 SECRECIONES
5.Nariz			FOSAS NASALES PERMEABLES
6.Orofaringe			FOSAS NASALES PERMEABLES
7.Boca	✖		FOSAS NASALES PERMEABLES
8.Cuello			MOVIL SIN ADENOPATIAS

RECHAZADA

9.Torax			SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE
10.Corazón			RUIDOS CARDIACOS RITMICOS
11.Pulmones			CLAROS
12.Abdomen			BLANDO DEPRESIBLE 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	✖		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 ✖	

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
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 ✖	
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 ✖	

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

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

SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL Y NUTRICIONISTA

1. PRUEBA DE APETITO POSITIVO COMER ¼ AHORA
2. FTLC CALCULADO 1245 KILOKALORIAS EN 24 HORAS 2 ¼ SOBRES DIA POR 7 DIAS
3. AGUA POTABLE 1245 CC EN 24 HORAS 6 VASOS FIESTEROS EN DISTRIBUIDO 6 TOMAS
4. ACIDO FOLICO 5 MG AHORA
5. CONTROL DE SIGNOS VITALES 2 VECES AL DIA

Nombre del Médico:	**Firma, Sello y Registro Médico:**
ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA	**3972**

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 02 Mes 11 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN – CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: EDGAR YECID COMEYE Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 21 M 08 A 2021 Edad: 2 AÑO 2 MESES Sexo: F M X

Nombre Acudiente: INES ESTRADA MESA 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:

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

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso Actual: 8.3 Kg. Presenta edema: Si ☐ No X Grado: _____

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 78 cm

Perímetro Cefálico: 43 cm Perímetro Braquial: 11 cm

Perímetro Torácico: 46 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.42	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -3.58	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -3.69	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	comida + avena , maíz, papa.	L.M, colada de avena, chicha de maíz, sopa.
6 - 8 Meses	comida + avena , maíz, papa.	L.M, colada de avena, chicha de maíz, sopa.
8 - 12 Meses	comida + avena, maíz, papa.	L.M, 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
Yogurt, Kumis								X

Cualquier impresión de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
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: 1245 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 2.49 SOBRE/DIA ZINC: 16.6 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**
229	sobre	2.49 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 8.3	1245cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1 x 8.3	34gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0 x 8.3	49.8gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0 x 8.3	166 gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	24.9mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	16.6mg	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 2.49 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

RESERVADO

Fecha de aplicación: Día 04 Mes 11 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: Nanaechpo

Departamento: Cesar Municipio: Valledupar

Nombre profesional social: Charlotte Peñaloza González

Persona o personas que suministran la información: Inés Estrada Meza

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre EDGAR	**Segundo Nombre** YECID	**Primer Apellido** COMEYE	**Segundo Apellido** ESTRADA
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 02/11/2023 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):** 1.067.735.411 **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:** ☒ 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: ☒ NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: ☒ NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI ☒ NO	**¿Es Indígena?** ☒ SI. Pueblo: YUKPA ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: ☒ NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: ☒ NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: ☒ NO	
Departamento y municipio de residencia: CESAR, CODAZZI	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** YOWA	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel:		**Número teléfono contacto dos**[1] Nombre: Tel:	

Zona: ☒ Rural ☐ Urbano

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

ZONA RURAL DISPERSA, RESGUARDO INDÍGENA IROKA, SE LLEGA A TRAVÉS DE CARRO DE LÍNEA A LA SIERRA, VÍA MAKENKAL.

[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 ☒ 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)
Inés Estrada Meza*	18 A	Madre	U. Libre	No	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:

- ☒ 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 HIJOS. EN LA CUAL EL PADRE TIENE LA RESPONSABILIDAD ECONÓMICA EN EL HOGAR, REALIZANDO LABORES DEL CAMPO, SIENDO LA AGRICULTURA UN OFICIO TEMPORAL DEBIDO A QUE DEPENDE DE LA NATURALEZA, LAS FECHAS DE COSECHA, ENTRE OTRAS. 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, OCUPACIÓN QUE ES DE TIEMPO COMPLETO.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

La familia cuenta con apoyo de: (selección múltiple)

1. ☐ Familia extensa
2. ☐ Vecinos
3. ☐ Amigos/as
4. ☐ Sector público
5. ☐ Sector privado
6. ☐ Sector religioso
7. ☒ Ninguna
8. ☐ Otro. Cuál:

Si la familia cuenta con apoyo éste es de tipo

1. ☐ Económico
2. ☐ Material
3. ☐ Protección y cuidado
4. ☐ Emocional
5. ☐ Espiritual
6. ☐ Otro. Cuál:

Algún integrante de la familia participa en alguna red o grupo social:

☐ SI
☒ NO

4. CONCLUSIONES

PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS Y 2 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, RECHAZANDO 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 ACTIVIDADES QUE PERMITAN LA CREACIÓN Y MANTENIMIENTO DE VÍNCULOS FUERTES Y SANOS EN LA FAMILIA**

***REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS**

***PROPICIAR ESPACIOS DE APRENDIZAJE DE DIVERSOS TEMAS CONCERNIENTE A LA NUTRICIÓN**

Programación visita domiciliaria: (dia-mes-año): **25/11/2023** 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 _02_MES __11_AÑO __2023____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **JAISON COMEYE MOLINA**		Cama: 4	Historia de Atención: 1.067.737.113
Sexo: M [X] F [ ]	Fecha de Nacimiento: Día 6 Mes 11 Año 2021	Edad Completa: A 2 M D 9	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO YOWA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**	Informante: **MADRE**	
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre: **ADRIANA MOLINA CABALLERO**		
Dirección de residencia: YOWA	Teléfono de residencia y/o contacto: **NO TIENE**		

Afiliación al SGSSS, marque con una (X)

Contributivo [ ] Subsidiado [X] 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 [X]	Número de identificación del paciente: 1.067.737.113

2. MOTIVO DE CONSULTA:

menor de edad con cuadro clínico de varios meses, pérdida de peso gradual, que se ha acompañado de Ira y Eda, intermitentes, dejando un mal estado musculo nutricional ubicado mediante búsqueda activa, por lo que es valorado 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)	
PARTO DOMICILIARIO, SIN PESO Y TALLA AL NACER CON DIFICIL INTERROGATORIO POR ETNIA	

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 _____3____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 ✖ 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 ☐
2 meses	Polio-1 DPT-1 HB-1 Rotavirus-1 Neumococo-1 Haemophilus influenzae tipo b (Hib)-1	Si ✖ No ☐
4 meses	Polio-2 DPT-2 HB-2 (Hib)-2 Rotavirus-2 Neumococo-2	Si ✖ No ☐
6 meses	Polio-3 DPT-3 HB-3 (Hib)-3 Influenza-1	Si ✖ 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: _____hepatitis b____2d_____ Fecha: ___11/06/21_____ Vacuna: _____varicela_____ Fecha: ___13/03/21_____ Vacuna: __hepatitis b_____ Fecha: _____07/03/21_____	

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 ☐	MADRE NIEGA AL INTERROGATORIO
4.Quirúrgicos	Si ☐ No ☐	
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 ENFERMEDAD ACTUAL**
☐ Genito/Urinario	
☐ Endocrino	
☐ Hematológico/Inmunológico	
☐ Neurológico	
☐ Mental	

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso ___8.4____ kg	Talla __77.6_____ cm	Perímetro Cefálico _____43_____cm	Perímetro Abdominal _____43_____ cm PERIMETRO TORAXICO 46 PERIMETRO BRAQUIAL 12
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC _____93___ / min.	FR _____27___/ min.	Tensión Arterial _____94__/_65_____ mmHg	Temperatura __37.7___*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 SECRECIONES**
5.Nariz			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
6.Orofaringe			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
7.Boca	✖		**FOSAS NASALES PERMEABLES**
8.Cuello			**MOVIL SIN ADENOPATIAS**

RESERVADA

9.Torax			SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE
10.Corazón			RUIDOS CARDIACOS RITMICOS
11.Pulmones			CLAROS
12.Abdomen			BLANDO DEPRESIBLE 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 X	
Vomita todo	Si ☐ No X	
Letárgico o Inconsciente	Si ☐ No X	
Convulsiones	Si ☐ No X	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR		
Presenta Tos	Si ☐ No X	Días de evolución: _____
Dificultad Respiratoria	Si ☐ No X	Días de evolución: _____ FR _____/ min.
Presenta Sibilancias Actualmente	Si ☐ No X	
Ha presentado sibilancias anteriormente	Si ☐ No X	
Presenta tiraje subcostal	Si ☐ No X	
Presenta Estridor en Reposo	Si ☐ No X	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE DIARREA		
Presenta Diarrea	Si ☐ No X	Días de evolución: _____
Presenta Sangre en las Heces	Si ☐ No X	
Letárgico o no puede beber	Si ☐ No X	
Ojos hundidos	Si ☐ No X	
Bebe ávidamente con sed	Si ☐ No X	
Intranquilo o irritable	Si ☐ No X	

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
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 ✖	
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

SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL Y NUTRICIONISTA

1. PRUEBA DE APETITO POSITIVO COMER ¼ AHORA
2. FTLC CALCULADO 1260 KILOKALORIAS EN 24 HORAS 2 ¼ SOBRES DIA POR 7 DIAS
3. AGUA POTABLE 1260 CC EN 24 HORAS 6 VASOS FIESTEROS EN DISTRIBUIDO 6 TOMAS
4. ACIDO FOLICO 5 MG AHORA
5. CONTROL DE SIGNOS VITALES 2 VECES AL DIA

Nombre del Médico:	**Firma, Sello y Registro Médico:**
ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA	**3972**

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 02 Mes 11 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN – CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: JAISON COMEYE MOLINA Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 06 M 11 A 2021 Edad: 1 AÑO 11 MESES Sexo: F M X

Nombre Acudiente: ADRIANA MOLINA CABALLERO 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:

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

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso Actual: 8.4 Kg. Presenta edema: Si ☐ No X Grado: _____

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 77.6 cm

Perímetro Cefálico: 43 cm Perímetro Braquial: 12 cm

Perímetro Torácico: 46 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.17	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -3.30	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -3.20	DESNUTRICION GLOBAL

% Déficit de Peso/ Talla: 15 %

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	comida + avena , maíz, papa.	L.M, colada de avena, chicha de maíz, sopa.
6 - 8 Meses	comida + avena , maíz, papa.	L.M, colada de avena, chicha de maíz, sopa.
8 - 12 Meses	comida + avena, maíz, papa.	L.M, 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
Yogurt, Kumis								X

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
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: 1260 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 2.52 SOBRE/DIA ZINC: 16.8 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**
231	sobre	2.52 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 8.4	1260cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1 x 8.4	34.4gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0 x 8.4	50.4gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0 x 8.4	168 gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	25.2mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	16.8mg	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 2.52 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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F4.MO8.PP	07/09/2020
	INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS Y/O CUIDADORES DE LOS NIÑOS(AS) – CRN	Versión 3	Página 1 de 4

Fecha de aplicación: Día 04 Mes 11 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: Nanaechpo

Departamento: Cesar Municipio: Valledupar

Nombre profesional social: Charlotte Peñaloza González

Persona o personas que suministran la información: Adriana Molina Caballero

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre JAISON	**Segundo Nombre**	**Primer Apellido** COMEYE	**Segundo Apellido** MOLINA
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 02/11/2023 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):** 1.067.737.113 **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:** ☒ 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: ☒ NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: ☒ NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI ☒ NO	**¿Es Indígena?** ☒ SI. Pueblo: YUKPA ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: ☒ NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: ☒ NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: ☒ NO	
Departamento y municipio de residencia: CESAR, CODAZZI	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** YOWA	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel:		**Número teléfono contacto dos**[1] Nombre: Tel:	
Zona: ☒ Rural ☐ Urbano Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos, rutas): ZONA RURAL DISPERSA, RESGUARDO INDÍGENA IROKA, SE LLEGA A TRAVÉS DE CARRO DE LÍNEA A LA SIERRA, VÍA MAKENKAL.			

[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 ☒ 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)
Adriana Molina Caballero	20 A	Madre	U. Libre	8vo Bachillerato	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:

- ☒ 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 HIJOS. EN LA CUAL EL PADRE TIENE LA RESPONSABILIDAD ECONÓMICA EN EL HOGAR, REALIZANDO LABORES DEL CAMPO, SIENDO LA AGRICULTURA UN OFICIO TEMPORAL DEBIDO A QUE DEPENDE DE LA NATURALEZA, LAS FECHAS DE COSECHA, ENTRE OTRAS. 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, OCUPACIÓN QUE ES DE TIEMPO COMPLETO.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

La familia cuenta con apoyo de: (selección múltiple)

1. ☐ Familia extensa
2. ☐ Vecinos
3. ☐ Amigos/as
4. ☐ Sector público
5. ☐ Sector privado
6. ☐ Sector religioso
7. ☒ Ninguna
8. ☐ Otro. Cuál:

Si la familia cuenta con apoyo éste es de tipo

1. ☐ Económico
2. ☐ Material
3. ☐ Protección y cuidado
4. ☐ Emocional
5. ☐ Espiritual
6. ☐ Otro. Cuál:

Algún integrante de la familia participa en alguna red o grupo social:

- ☐ SI
- ☒ NO

4. CONCLUSIONES

PACIENTE MASCULINO DE 1 AÑO Y 11 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, RECHAZANDO 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 ACTIVIDADES QUE PERMITAN LA CREACIÓN Y MANTENIMIENTO DE VÍNCULOS FUERTES Y SANOS EN LA FAMILIA**

***REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS**

***PROPICIAR ESPACIOS DE APRENDIZAJE DE DIVERSOS TEMAS CONCERNIENTE A LA NUTRICIÓN**

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año): **25/11/2023** 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**

RESERVADO

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _02_MES __11_AÑO __2023____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **ROBINSON MOLINA RAMIREZ**		Cama: 6	Historia de Atención: 1.067.735.203
Sexo: M [X] F [ ]	Fecha de Nacimiento: Día 06 Mes 06 Año 2021	Edad Completa: A 2 M 4 D	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO YOWA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:		Nombre de la Madre: **MARINA RAMIREZ MOLINA**	
Dirección de residencia: YOWA		Teléfono de residencia y/o contacto: **NO TIENE**	
Afiliación al SGSSS, marque con una (X) Contributivo [ ] Subsidiado [X] 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 [X]		Número de identificación del paciente: 1.067.735.203	

2. MOTIVO DE CONSULTA:

menor de edad con cuadro clínico de varios meses, pérdida de peso gradual, que se ha acompañado de Ira y Eda, intermitentes, dejando un mal estado musculo nutricional ubicado mediante búsqueda activa, por lo que es valorado 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)	
PARTO DOMICILIARIO, SIN PESO Y TALLA AL NACER CON DIFICIL INTERROGATORIO POR ETNIA	

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 _____3_____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 ✖ 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 ☐
2 meses	Polio-1 DPT-1 HB-1 Rotavirus-1 Neumococo-1 Haemophilus influenzae tipo b (Hib)-1	Si ✖ No ☐
4 meses	Polio-2 DPT-2 HB-2 (Hib)-2 Rotavirus-2 Neumococo-2	Si ✖ No ☐
6 meses	Polio-3 DPT-3 HB-3 (Hib)-3 Influenza-1	Si ✖ 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: _____hepatitis b____2d_____ Fecha: ___11/06/21_____ Vacuna: _____varicela_____ Fecha: ___13/03/21_____ Vacuna: __hepatitis b_____ Fecha: _____07/03/21_____	

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 ☐	MADRE NIEGA AL INTERROGATORIO
4.Quirúrgicos	Si ☐ No ☐	
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 ENFERMEDAD ACTUAL**
☐ Genito/Urinario	
☐ Endocrino	
☐ Hematológico/Inmunológico	
☐ Neurológico	
☐ Mental	

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso ___7.8____ kg	Talla __75_____ cm	Perímetro Cefálico _____44.5_____cm	Perímetro Abdominal _____54_____ cm PERIMETRO TORAXICO 47.2 PERIMETRO BRAQUIAL 13.5
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC ____93___ / min.	FR ____27___ / min.	Tensión Arterial ____94__/_65____ mmHg	Temperatura __37.7___*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 SECRECIONES
5.Nariz			FOSAS NASALES PERMEABLES
6.Orofaringe			FOSAS NASALES PERMEABLES
7.Boca	✖		FOSAS NASALES PERMEABLES
8.Cuello			MOVIL SIN ADENOPATIAS

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

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

9.Torax			SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE
10.Corazón			RUIDOS CARDIACOS RITMICOS
11.Pulmones			CLAROS
12.Abdomen			BLANDO DEPRESIBLE 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	✖		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 ✖	

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
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 ✖	
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 ✖	

RESERVADA

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

SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL Y NUTRICIONISTA

1. PRUEBA DE APETITO POSITIVO COMER ¼ AHORA
2. FTLC CALCULADO 1170 KILOKALORIAS EN 24 HORAS 2 ¼ SOBRES DIA POR 7 DIAS
3. AGUA POTABLE 1170 CC EN 24 HORAS 6 VASOS FIESTEROS EN DISTRIBUIDO 6 TOMAS
4. ACIDO FOLICO 5 MG AHORA
5. CONTROL DE SIGNOS VITALES 2 VECES AL DIA

Nombre del Médico:	**Firma, Sello y Registro Médico:**
ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA	**3972**

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 02 Mes 11 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN – CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: ROBINSON MOLINA RAMIREZ Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 06 M 06 A 2021 Edad: 2 AÑO 4 MESES Sexo: F M X

Nombre Acudiente: MARINA RAMIREZ MOLINA 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

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

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

RESERVADA

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:

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

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso Actual: 7.8 Kg. Presenta edema: Si ☐ No X Grado: _____

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 75 cm

Perímetro Cefálico: 44.5 cm Perímetro Braquial: 12.5 cm

Perímetro Torácico: 47.2 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.47	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -5.02	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -4.26	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: 5 MESES Frecuencia: _____

No ☐ Causa: _____

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

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

RESERVADA

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? 5 MESES

EDAD	TIPO ALIMENTO	PREPARACIÓN
0 - 2 Meses	leche materna	Lactancia materna
2 - 4 Meses	leche materna	Lactancia materna
4 - 6 Meses	comida + avena , maíz, papa.	L.M, colada de avena, chicha de maíz, sopa.
6 - 8 Meses	comida + avena , maíz, papa.	L.M, colada de avena, chicha de maíz, sopa.
8 - 12 Meses	comida + avena, maíz, papa.	L.M, colada de avena, chicha de maíz, sopa.

¿A qué edad inicio la dieta familiar? 5 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
Yogurt, Kumis								X

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
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.

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

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

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: 1170 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 2.34 SOBRE/DIA ZINC: 15.6 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**
215	sobre	2.34 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 7.8	1170cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1 x 7.8	31.9gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0 x 7.8	46.8gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0 x 7.8	156 gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	23.4mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	15.6mg	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 2.34 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

RESERVADA

Fecha de aplicación: Día 04 Mes 11 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: Nanaechpo

Departamento: Cesar Municipio: Valledupar

Nombre profesional social: Charlotte Peñaloza González

Persona o personas que suministran la información: Marina Ramírez Molina

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **ROBINSON**	**Segundo Nombre**	**Primer Apellido** MOLINA	**Segundo Apellido** RAMÍREZ
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 02/11/2023 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):** 1.067.735.203 **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:** ☒ 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: ☒ NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: ☒ NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI ☒ NO	**¿Es Indígena?** ☒ SI. Pueblo: YUKPA ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: ☒ NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: ☒ NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: ☒ NO	
Departamento y municipio de residencia: CESAR, CODAZZI	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** YOWA	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel:		**Número teléfono contacto dos**[1] Nombre: Tel:	
Zona: ☒ Rural ☐ Urbano Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos, rutas): ZONA RURAL DISPERSA, RESGUARDO INDÍGENA IROKA, SE LLEGA A TRAVÉS DE CARRO DE LÍNEA A LA SIERRA, VÍA MAKENKAL.			

[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 ☒ 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)
Marina Ramírez Molina	36 A	Madre	U. Libre	8vo Bachillerato	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:

- ☒ 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 HIJOS. EN LA CUAL EL PADRE TIENE LA RESPONSABILIDAD ECONÓMICA EN EL HOGAR, REALIZANDO LABORES DEL CAMPO, SIENDO LA AGRICULTURA UN OFICIO TEMPORAL DEBIDO A QUE DEPENDE DE LA NATURALEZA, LAS FECHAS DE COSECHA, ENTRE OTRAS. 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, OCUPACIÓN QUE ES DE TIEMPO COMPLETO.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

La familia cuenta con apoyo de: (selección múltiple)

1. ☐ Familia extensa
2. ☐ Vecinos
3. ☐ Amigos/as
4. ☐ Sector público
5. ☐ Sector privado
6. ☐ Sector religioso
7. ☒ Ninguna
8. ☐ Otro. Cuál:

Si la familia cuenta con apoyo éste es de tipo

1. ☐ Económico
2. ☐ Material
3. ☐ Protección y cuidado
4. ☐ Emocional
5. ☐ Espiritual
6. ☐ Otro. Cuál:

Algún integrante de la familia participa en alguna red o grupo social:

☐ SI
☒ NO

4. CONCLUSIONES

PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS Y 4 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, RECHAZANDO 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 ACTIVIDADES QUE PERMITAN LA CREACIÓN Y MANTENIMIENTO DE VÍNCULOS FUERTES Y SANOS EN LA FAMILIA**

***REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS**

***PROPICIAR ESPACIOS DE APRENDIZAJE DE DIVERSOS TEMAS CONCERNIENTE A LA NUTRICIÓN**

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año): **25/11/2023** 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**

RESERVADO

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _02_MES __11_AÑO __2023____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **WILFRAN DE JESUS PESOYE KASUPAYE**		Cama: 7	Historia de Atención: 1.067.735.374
Sexo: M [X] F [ ]	Fecha de Nacimiento: Día 20 Mes 10 Año 2021	Edad Completa: A 2 M 1 D	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO YOWA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:		Nombre de la Madre: **MARIA ISABEL KASUPAYE**	
Dirección de residencia: WAUCHA		Teléfono de residencia y/o contacto: **NO TIENE**	
Afiliación al SGSSS, marque con una (X) Contributivo [ ] Subsidiado [X] 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 [X]		Número de identificación del paciente: 1.067.735.374	

2. MOTIVO DE CONSULTA:

menor de edad con cuadro clínico de varios meses, pérdida de peso gradual, que se ha acompañado de Ira y Eda, intermitentes, dejando un mal estado musculo nutricional ubicado mediante búsqueda activa, por lo que es valorado 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)	
PARTO DOMICILIARIO, SIN PESO Y TALLA AL NACER CON DIFICIL INTERROGATORIO POR ETNIA	

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 _____3_____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 ✖ 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 ☐
2 meses	Polio-1 DPT-1 HB-1 Rotavirus-1 Neumococo-1 Haemophilus influenzae tipo b (Hib)-1	Si ✖ No ☐
4 meses	Polio-2 DPT-2 HB-2 (Hib)-2 Rotavirus-2 Neumococo-2	Si ✖ No ☐
6 meses	Polio-3 DPT-3 HB-3 (Hib)-3 Influenza-1	Si ✖ 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: _____hepatitis b____2d_____ Fecha: ___11/06/21_____ Vacuna: _____varicela_____ Fecha: ___13/03/21_____ Vacuna: __hepatitis b_____ Fecha: _____07/03/21_____	

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 ☐	MADRE NIEGA AL INTERROGATORIO
4.Quirúrgicos	Si ☐ No ☐	
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 ENFERMEDAD ACTUAL**
☐ Genito/Urinario	
☐ Endocrino	
☐ Hematológico/Inmunológico	
☐ Neurológico	
☐ Mental	

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso ___8.1____ kg	Talla __76.8_____ cm	Perímetro Cefálico _____44_____cm	Perímetro Abdominal _____57.5_____ cm PERIMETRO TORAXICO 47 PERIMETRO BRAQUIAL 12
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC ____93___ / min.	FR ____27___/ min.	Tensión Arterial ____94__/_65____ mmHg	Temperatura __37.7___*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 SECRECIONES**
5.Nariz			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
6.Orofaringe			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
7.Boca	✖		**FOSAS NASALES PERMEABLES**
8.Cuello			**MOVIL SIN ADENOPATIAS**

RECIBIDA

9.Torax			SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE
10.Corazón			RUIDOS CARDIACOS RITMICOS
11.Pulmones			CLAROS
12.Abdomen			BLANDO DEPRESIBLE 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	✖		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 ✖	

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
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 ✖	
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

SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL Y NUTRICIONISTA

1. PRUEBA DE APETITO POSITIVO COMER ¼ AHORA
2. FTLC CALCULADO 1215 KILOKALORIAS EN 24 HORAS 2 ¼ SOBRES DIA POR 7 DIAS
3. AGUA POTABLE 1215 CC EN 24 HORAS 6 VASOS FIESTEROS EN DISTRIBUIDO 6 TOMAS
4. ACIDO FOLICO 5 MG AHORA
5. CONTROL DE SIGNOS VITALES 2 VECES AL DIA

Nombre del Médico:	**Firma, Sello y Registro Médico:**
ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA	**3972**

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 02 Mes 11 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN – CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: WILFRAN JESUS PESOYE KASUPAYE Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 20 M 10 A 2021 Edad: 2 AÑOS Sexo: F M X

Nombre Acudiente: MARIA ISABEL KASUPAYE 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

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

RESERVADA

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:

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

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso Actual: 8.1 Kg. Presenta edema: Si ☐ No X Grado: _____

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 76.8 cm

Perímetro Cefálico: 44 cm Perímetro Braquial: 12 cm

Perímetro Torácico: 47 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.45	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -3.68	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -3.55	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: 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	comida + avena , maíz, papa.	L.M, colada de avena, chicha de maíz, sopa.
6 - 8 Meses	comida + avena , maíz, papa.	L.M, colada de avena, chicha de maíz, sopa.
8 - 12 Meses	comida + avena, maíz, papa.	L.M, 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
Yogurt, Kumis								X

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

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		
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.

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

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

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: 1215 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 2.43 SOBRE/DIA ZINC: 16.2 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**
223	sobre	2.43 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 8.1	1215cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1 x 8.1	33.2gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0 x 8.1	48.6gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0 x 8.1	162 gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	24.3mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	16.2mg	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 2.43 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

RESERVADA

Fecha de aplicación: Día 04 Mes 11 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: Nanaechpo

Departamento: Cesar Municipio: Valledupar

Nombre profesional social: Charlotte Peñaloza González

Persona o personas que suministran la información: María Isabel Kasapaye Estrada

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **WILFRAN**	**Segundo Nombre** JESÚS	**Primer Apellido** PEZAYE	**Segundo Apellido** KASAPAYE
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 02/11/2023 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):** 1.067.735.374 **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:** ☒ 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: ☒ NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: ☒ NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI ☒ NO	**¿Es Indígena?** ☒ SI. Pueblo: YUKPA ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: ☒ NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: ☒ NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: ☒ NO	
Departamento y municipio de residencia: CESAR, CODAZZI	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** YOWA	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel:		**Número teléfono contacto dos**[1] Nombre: Tel:	

Zona: ☒ Rural ☐ Urbano

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

ZONA RURAL DISPERSA, RESGUARDO INDÍGENA IROKA, SE LLEGA A TRAVÉS DE CARRO DE LÍNEA A LA SIERRA, VÍA MAKENKAL.

[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 ☒ 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)
María Isabel Kasapaye Estrada	16 A	Madre	U. Libre	2Do 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:

- ☒ 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 HIJOS. EN LA CUAL EL PADRE TIENE LA RESPONSABILIDAD ECONÓMICA EN EL HOGAR, REALIZANDO LABORES DEL CAMPO, SIENDO LA AGRICULTURA UN OFICIO TEMPORAL DEBIDO A QUE DEPENDE DE LA NATURALEZA, LAS FECHAS DE COSECHA, ENTRE OTRAS. 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, OCUPACIÓN QUE ES DE TIEMPO COMPLETO.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

La familia cuenta con apoyo de: (selección múltiple)

1. ☐ Familia extensa
2. ☐ Vecinos
3. ☐ Amigos/as
4. ☐ Sector público
5. ☐ Sector privado
6. ☐ Sector religioso
7. ☒ Ninguna
8. ☐ Otro. Cuál:

Si la familia cuenta con apoyo éste es de tipo

1. ☐ Económico
2. ☐ Material
3. ☐ Protección y cuidado
4. ☐ Emocional
5. ☐ Espiritual
6. ☐ Otro. Cuál:

Algún integrante de la familia participa en alguna red o grupo social:

☐ SI
☒ NO

4. CONCLUSIONES

PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS, 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, RECHAZANDO 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 ACTIVIDADES QUE PERMITAN LA CREACIÓN Y MANTENIMIENTO DE VÍNCULOS FUERTES Y SANOS EN LA FAMILIA**

***REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS**

***PROPICIAR ESPACIOS DE APRENDIZAJE DE DIVERSOS TEMAS CONCERNIENTE A LA NUTRICIÓN**

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año): **25/11/2023** 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**

RESERVADO