FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _01_MES __11_AÑO __2023____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **MAICOL KASUPAYE COMEYE**		Cama: 9	Historia de Atención: 1.067.737.108
Sexo: M [X] F [ ]	Fecha de Nacimiento: Día 07 Mes 03 Año 2022	Edad Completa: A 1 M 7 D	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO YOWA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre: **CLAUDIA COMEYE ESTRADA**		
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: 1.067.737.108		

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? _____

RESERVADA

¿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 ___7.7____ kg	Talla __74.3_____ cm	Perímetro Cefálico _____43_____cm	Perímetro Abdominal _____47_____ cm PERIMETRO TORAXICO 47 PERIMETRO BRAQUIAL 12.8
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 ✖	

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

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 1155 KILOKALORIAS EN 24 HORAS 2 ¼ SOBRES DIA POR 7 DIAS
3. AGUA POTABLE 1155 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 01 Mes 11 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN – CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: MAICOL KASUPAYE COMEYE Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 07 M 03 A 2022 Edad: 1 AÑO 7 MESES Sexo: F M X

Nombre Acudiente: CLAUDIA COMEYE ESTRADA 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: 7.7 Kg. Presenta edema: Si ☐ No X Grado: _____

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 74.3 cm

Perímetro Cefálico: 43 cm Perímetro Braquial: 12.8 cm

Perímetro Torácico: 47 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.44	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -3.48	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -3.40	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: 6 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: 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	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? 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? _____

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

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

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!

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: 1155 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 2.31 SOBRE/DIA ZINC: 15.4 MG/DIA

XIII. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL:

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

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

Alimento terapéutico listo para el consumo a suministrar		
Gramos / día	**Presentación comercial**	**Observaciones**
212	sobre	2.31 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 7.7	1155cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1 x 7.7	31.5gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0 x 7.7	46.2gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0 x 7.7	154 gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	23.1mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	15.4mg	131%			
Vitamina A (UI)	300 Ai	1104mg	220.8%			RIEN
Ácido fólico	5MG/1MG	1104 ug			100%	Al iniciar 1mg durante tratamiento.

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

SE INICIA FTLC 2.31 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

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

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: Claudia Comeye Estrada

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **MAIKOL**	**Segundo Nombre**	**Primer Apellido** KASUPAYE	**Segundo Apellido** COMEYE
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 01/11/2023 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):** 1.067.737.108 **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

RESERVADA

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)
Claudia Comeye Estrada	23 A	Madre	U. Libre	9no Bachillerato	Hogar	Dusakawi	Permanente

RESERVADA

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

RESERVADA

4. CONCLUSIONES

PACIENTE MASCULINO DE 1 AÑO Y 7 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 **BENJAMIN ESTRADA HERRERA**		Cama: 10	Historia de Atención: 1.067.736.559
Sexo: M [X] F [ ]	Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 09 Año 2022	Edad Completa: A 1 M 2 D	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO YOWA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre: **ROSALBA HERRERA 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: 1.067.736.559		

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
Disílabos _____9_____meses	Palabras completas _____meses	Frases completas _____meses

Adecuada relación con los demás Si ✖☐ No ☐ No, ¿por qué? _____	Adecuada Escolaridad/Rendimiento Si ☐ No ✖☐ No, ¿por qué? _____

¿Asiste a programa de Crecimiento y Desarrollo del sector Salud?
Si ✖☐ 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 ___7.2____ kg	Talla __71.3_____ cm	Perímetro Cefálico _____43.5_____cm	Perímetro Abdominal _____42_____ cm PERIMETRO TORAXICO 46 PERIMETRO BRAQUIAL 12.5
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

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 ✖	

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

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 1080 KILOKALORIAS EN 24 HORAS 2 SOBRES DIA POR 7 DIAS
3. AGUA POTABLE 1080 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: BENJAMIN ESTRADA HERRERA Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 02 M 09 A 2022 Edad: 1 AÑO 1 MES Sexo: F M X

Nombre Acudiente: ROSALBA HERRERA 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!

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

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 71.3 cm

Perímetro Cefálico: 43.5 cm Perímetro Braquial: 12.5 cm

Perímetro Torácico: 46 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.40	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -2.71	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -3.04	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: 3 MESES Frecuencia: _____

No ☐ Causa: _____

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: PEZON PEQUEÑO

Posición del bebe durante la lactancia: CUNA

Agarre del pecho: ADECUADO

Succión – Deglución: BUENA

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

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

_____

_____

_____

_____

_____

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

¿A qué edad inicio la alimentación complementaria? 3 MESES

EDAD	TIPO ALIMENTO	PREPARACIÓN
0 - 2 Meses	leche materna	Lactancia materna
2 - 4 Meses	leche materna	Lactancia materna
4 - 6 Meses	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? 3 MESES

Persona encargada de la alimentación del menor PADRES

¿En qué lugar recibe alimentos el menor? CRN NANAECHPO

HÁBITOS ALIMENTARIOS

Apetito: Bueno X Regular ☐ Malo ☐

Ingesta: Rápida ☐ Despacio X Normal ☐

Deglución: Normal X Deficiente ☐

Mastica: Si X No ☐ Explicar: _____

Hábito intestinal: Normal X Estreñimiento ☐ Diarrea ☐

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

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

Alimentos Rechazados: NINGUNO

Alimentos no tolerados: NINGUNO

VII. ANAMNESIS ALIMENTARIA:

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

VIII. FRECUENCIA DE CONSUMO

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

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
Arroz, pasta					X			
Papa, plátano, arracacha, ñame		X						
Pan, Arepa							X	
Tomate, zanahoria, ahuyama							Ahuyama	X
Habichuela, alverja verde, acelga, espinaca, brócoli, cebolla,								X
Mango, maracuyá, Papaya, Guayaba							X	
Banano, lulo, piña, naranja,								X
Leche entera							X	
Fórmula láctea								X
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: 1080 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 2.16 SOBRE/DIA ZINC: 14.4 MG/DIA

XIII. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL:

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

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

Alimento terapéutico listo para el consumo a suministrar		
Gramos / día	**Presentación comercial**	**Observaciones**
198	sobre	2.16 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 7.2	1080cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1 x 7.2	29.5gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0 x 7.2	43.2gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0 x 7.2	144 gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	21.6mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	14.4mg	131%			
Vitamina A (UI)	300 AI	1104mg	220.8%			RIEN
Ácido fólico	5MG/1MG	1104 ug			100%	Al iniciar 1mg durante tratamiento.

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

SE INICIA FTLC 2.16 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	Maria Cecilia Carrillo Rios 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: Rosalba Herrera Caballero

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **BENJAMÍN**	**Segundo Nombre**	**Primer Apellido** ESTRADA	**Segundo Apellido** HERRERA
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):** 1.067.736.559 **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

RESERVADA

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)
Rosalba Herrera Caballero	27 A	Madre	U. Libre	NO	Hogar	Dusakawi	Permanente

RESERVADA

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

RESERVADA

4. CONCLUSIONES

PACIENTE MASCULINO DE 1 AÑO 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**

RESERVADO

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _01_MES __11__AÑO __2023____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **ALEXA DANIELA ESTRADA**		Cama: 11	Historia de Atención: 1.300.420.656
Sexo: M ☐ F ☒	Fecha de Nacimiento: Día 1 Mes 06 Año 2022	Edad Completa: A 1 M 5 D	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO YOWA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:		Nombre de la Madre: **NORMA 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: 1.300.420.656	

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? _____

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

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

¿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 ___6____ kg	Talla __66_____ cm	Perímetro Cefálico _____42_____cm	Perímetro Abdominal _____45_____ cm PERIMETRO TORAXICO 44 PERIMETRO BRAQUIAL 12
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC ____93___ / mín.	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 ✖	

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

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 ✖	

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

Cada impresión 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 900 KILOKALORIAS EN 24 HORAS 1 ¾ SOBRES DIA POR 7 DIAS
3. AGUA POTABLE 900 CC EN 24 HORAS 4 VASOS FIESTEROS EN DISTRIBUIDO 4 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**

REGISTRADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 01 Mes 11 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN – CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: ALEXA DANIELA ESTRADA Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 01 M 06 A 2022 Edad: 1 AÑO 5 MESES Sexo: F X M ☐

Nombre Acudiente: NORMA 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

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:

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

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso Actual: 6 Kg. Presenta edema: Si ☐ No X Grado: _____

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 66.4 cm

Perímetro Cefálico: 42 cm Perímetro Braquial: 12 cm

Perímetro Torácico: 44 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.39	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -4.66	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -4.23	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

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? 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: _____

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

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

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
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: 900 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 1.8 SOBRE/DIA ZINC: 12 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**
165	sobre	1.8 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 6	900cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1 x 6	24.6gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0 x 6	36gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0 x 6	120 gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	18mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	12mg	131%			
Vitamina A (UI)	300 AI	1104mg	220.8%			RIEN
Ácido fólico	5MG/1MG	1104 ug			100%	AI iniciar 1mg durante tratamiento.

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

SE INICIA FTLC 1.8 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	Maria Cecilia Carrillo Rios NUTRICIONISTA Y DIETISTA T.P. 1122821423 Maria Carrillo

REGISTRADA

Fecha de aplicación: Día 05 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: Norma Molina Ramírez

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **ALEXA**	**Segundo Nombre** DANIELA	**Primer Apellido** ESTRADA	**Segundo Apellido** MOLINA
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 01/11/2023 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):** 1.300.420.656 **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)
Norma Molina Ramírez	19 A	Madre	U. Libre	9no 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 5 MESES, QUIEN ES INGRESADO AL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, CON DX DE DNT AGUDA MODERADA, LA CUAL ES DIAGNOSTICADA POR LA PROFESIONAL EN NUTRICIÓN. PACIENTE QUE SE ENCUENTRA ESTABLE, ORIENTADO, ALERTA Y CONSCIENTE, CON ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA SU EDAD. ADECUADAS RELACIONES ENTRE MADRE E HIJO, ADEMÁS DE ESTO PRESENTA BUEN DESARROLLO PSICOSOCIAL CON SUS COMPAÑEROS. SE EVIDENCIAN PATRONES DE HIGIENE INADECUADOS. ADECUADO PATRÓN DE SUEÑO, ADECUADO PATRÓN DE ALIMENTACIÓN. PACIENTE QUE RECIBE DE BUENA MANERA EL TRATAMIENTO, BUENA ADHERENCIA. ES IMPORTANTE RESALTAR QUE, DEBIDO A LOS USOS Y COSTUMBRES DE LA ETNIA YUKPA, SE EVIDENCIAN LAS FAMILIAS NUMEROSAS, DADA ESTA SITUACIÓN SE PRESENTA EL RIESGO DE MALNUTRICIÓN Y RIESGO DE FACTORES SOCIALES COMO EL HACINAMIENTO.

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

***REALIZAR TALLERES PSICOEDUCATIVOS CON LA FAMILIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA CRIANZA BASADA EN EL RESPETO, 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 **DANIELA MOLINA RAMIREZ**		Cama: 12	Historia de Atención: 1.065.677.660
Sexo: M ☐ F ☒	Fecha de Nacimiento: Día 26 Mes 05 Año 2021	Edad Completa: A 2 M 5 D	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO YOWA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre: **NORMA RAMIREZ HERRERA**		
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: 1.065.677.660		

2. MOTIVO DE CONSULTA:

menor de edad con cuadro clinico 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

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

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
Disílabos _____9____meses	Palabras completas _____meses	Frases completas _____meses
Adecuada relación con los demás Si ✖☐ No ☐ No, ¿por qué? _____	Adecuada Escolaridad/Rendimiento Si ☐ No ✖☐ No, ¿por qué? _____	

¿Asiste a programa de Crecimiento y Desarrollo del sector Salud?
Si ✖ 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 ___8.3____ kg	Talla _80_____ cm	Perímetro Cefálico _____45.5_____cm	Perímetro Abdominal _____48_____ cm PERIMETRO TORAXICO 50 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

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 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**

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: DANIELA MOLINA RAMIREZ Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 26 M 05 A 2021 Edad: 2 AÑO 5 MESES Sexo: F X M ☐

Nombre Acudiente: NORMA RAMIREZ HERRERA 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: 8.3 Kg. Presenta edema: Si ☐ No X Grado: _____

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 80 cm

Perímetro Cefálico: 45.5 cm Perímetro Braquial: 12.5 cm

Perímetro Torácico: 50 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.27	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -3.08	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -3.46	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: _____

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? 4 MESES

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

¿A qué edad inicio la dieta familiar? 4 MESES

Persona encargada de la alimentación del menor PADRES

¿En qué lugar recibe alimentos el menor? CRN NANAECHPO

HÁBITOS ALIMENTARIOS

Apetito: Bueno X Regular ☐ Malo ☐

Ingesta: Rápida ☐ Despacio X Normal ☐

Deglución: Normal X Deficiente ☐

Mastica: Si X No ☐ Explicar: _____

Hábito intestinal: Normal X Estreñimiento ☐ Diarrea ☐

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

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

Alimentos Rechazados: NINGUNO

Alimentos no tolerados: NINGUNO

VII. ANAMNESIS ALIMENTARIA:

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

VIII. FRECUENCIA DE CONSUMO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XI. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:

DNT AGUDA MODERADA

XII. PRESCRIPCIÓN DIETARIA:

SE INICIA TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON REGIMEN NORMOCALORICO, NORMOPROTEICO, DIETA ALTA EN HIERRO, ZINC Y CALCIO.
CAL: 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	Maria Cecilia Carrillo Rios NUTRICIONISTA Y DIETISTA T.P. 1122821423 Maria Carrillo

RESERVADA

Fecha de aplicación: Día 05 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: Norma Ramírez Herrera

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **DANIELA**	**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):** 1.065.677.660 **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

RESERVADA

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)
Norma Molina Ramírez	19 A	Madre	U. Libre	9no Bachillerato	Hogar	Dusakawi	Permanente

RESERVADA

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

RESERVADA

4. CONCLUSIONES

PACIENTE MASCULINO DE 1 AÑO Y 5 MESES, QUIEN ES INGRESADO AL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, CON DX DE DNT AGUDA MODERADA, LA CUAL ES DIAGNOSTICADA POR LA PROFESIONAL EN NUTRICIÓN. PACIENTE QUE SE ENCUENTRA ESTABLE, ORIENTADO, ALERTA Y CONSCIENTE, CON ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA SU EDAD. ADECUADAS RELACIONES ENTRE MADRE E HIJO, ADEMÁS DE ESTO PRESENTA BUEN DESARROLLO PSICOSOCIAL CON SUS COMPAÑEROS. SE EVIDENCIAN PATRONES DE HIGIENE INADECUADOS. ADECUADO PATRÓN DE SUEÑO, ADECUADO PATRÓN DE ALIMENTACIÓN. PACIENTE QUE RECIBE DE BUENA MANERA EL TRATAMIENTO, BUENA ADHERENCIA. ES IMPORTANTE RESALTAR QUE, DEBIDO A LOS USOS Y COSTUMBRES DE LA ETNIA YUKPA, SE EVIDENCIAN LAS FAMILIAS NUMEROSAS, DADA ESTA SITUACIÓN SE PRESENTA EL RIESGO DE MALNUTRICIÓN Y RIESGO DE FACTORES SOCIALES COMO EL HACINAMIENTO.

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

***REALIZAR TALLERES PSICOEDUCATIVOS CON LA FAMILIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA CRIANZA BASADA EN EL RESPETO, 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 **STEVAN PESOYE MOLINA**		Cama: 13	Historia de Atención: 1.067.736.929
Sexo: M [X] F [ ]	Fecha de Nacimiento: Día 20 Mes 12 Año 2020	Edad Completa: A 2 M 11 D	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO YOWA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre: **SORAIDA MOLINA RAMIREZ**		
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: 1.067.736.929		

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 ___9.2____ kg	Talla __82.7____ cm	Perímetro Cefálico _____45_____cm	Perímetro Abdominal _____56_____ cm PERIMETRO TORAXICO 51 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**

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 ✖	

Cada impresión de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

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 1380 KILOKALORIAS EN 24 HORAS 2 ¾ SOBRES DIA POR 7 DIAS
3. AGUA POTABLE 1380 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: STEVAN PEZOYE MOLINA Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 20 M 12 A 2020 Edad: 2 AÑO 10 MESES Sexo: F M X

Nombre Acudiente: SORAIDA 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

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

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 82.7 cm

Perímetro Cefálico: 45 cm Perímetro Braquial: 12.5 cm

Perímetro Torácico: 51 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.21	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -3.58	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -3.52	DESNUTRICION GLOBAL

% Déficit de Peso/ Talla: 14 %

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? _____

REVISADA

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: 1380 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 2.76 SOBRE/DIA ZINC: 18.4 MG/DIA

XIII. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL:

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

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

Alimento terapéutico listo para el consumo a suministrar		
Gramos / día	**Presentación comercial**	**Observaciones**
253	sobre	2.76 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 9.2	1380cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1 x 9.2	37.7gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0 x 9.2	55.2gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0 x 9.2	184 gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	27.6mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	18.4mg	131%			
Vitamina A (UI)	300 AI	1104mg	220.8%			RIEN
Ácido fólico	5MG/1MG	1104 ug			100%	AI iniciar 1mg durante tratamiento.

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

SE INICIA FTLC 2.76 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 05 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: Soraida Molina Ramírez

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **STEVAN**	**Segundo Nombre**	**Primer Apellido** PEZOYE	**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):** 1.067.736.929 **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

RESERVADA

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)
Soraida Molina Ramírez	21 A	Madre	U. Libre	NO	Hogar	Dusakawi	Permanente

RESERVADA

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

RESERVADA

4. CONCLUSIONES

PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS Y 10 MESES, QUIEN ES INGRESADO AL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, CON DX DE DNT AGUDA MODERADA, LA CUAL ES DIAGNOSTICADA POR LA PROFESIONAL EN NUTRICIÓN. PACIENTE QUE SE ENCUENTRA ESTABLE, ORIENTADO, ALERTA Y CONSCIENTE, CON ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA SU EDAD. ADECUADAS RELACIONES ENTRE MADRE E HIJO, ADEMÁS DE ESTO PRESENTA BUEN DESARROLLO PSICOSOCIAL CON SUS COMPAÑEROS. SE EVIDENCIAN PATRONES DE HIGIENE INADECUADOS. ADECUADO PATRÓN DE SUEÑO, ADECUADO PATRÓN DE ALIMENTACIÓN. PACIENTE QUE RECIBE DE BUENA MANERA EL TRATAMIENTO, BUENA ADHERENCIA. ES IMPORTANTE RESALTAR QUE, DEBIDO A LOS USOS Y COSTUMBRES DE LA ETNIA YUKPA, SE EVIDENCIAN LAS FAMILIAS NUMEROSAS, DADA ESTA SITUACIÓN SE PRESENTA EL RIESGO DE MALNUTRICIÓN 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 **CAMILO ANDRES MOLINA**		Cama: 14	Historia de Atención: 1.241.088.302
Sexo: M [X] F [ ]	Fecha de Nacimiento: Día 16 Mes 05 Año 2019	Edad Completa: A 4 M 5 D	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO YOWA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre: **NORMA RAMIREZ ESTRADA**		
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: 1.241.088.302		

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 __78.1_____ cm	Perímetro Cefálico _____47.9_____cm	Perímetro Abdominal _____51_____ cm PERIMETRO TORAXICO 53 PERIMETRO BRAQUIAL 12.5
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**

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 ✖	

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: CAMILO ANDRES MOLINA Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 16 M 05 A 2019 Edad: 4 AÑO 5 MESES Sexo: F M X

Nombre Acudiente: NORMA RAMIREZ ESTRADA 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: 8.4 Kg. Presenta edema: Si ☐ No X Grado: _____

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 78.1 cm

Perímetro Cefálico: 47.9 cm Perímetro Braquial: 12.5 cm

Perímetro Torácico: 53 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	< -2.29	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	< -6.60	TALLA BAJA PARA LA EDAD
Peso/ Edad	< -5.14	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: 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:

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? 6 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? 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? _____

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

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

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	Maria Cecilia Carrillo Rios NUTRICIONISTA Y DIETISTA T.P. 1122821423 Maria Carrillo

RESERVA

Fecha de aplicación: Día 05 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: Norma Ramírez Herrera

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **CAMILO**	**Segundo Nombre** **ANDRÉS**	**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):** 1.241.088.302 **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

RESERVADA

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)
Norma Molina Ramírez	19 A	Madre	U. Libre	9no 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

RESERVADA

4. CONCLUSIONES

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

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

***REALIZAR TALLERES PSICOEDUCATIVOS CON LA FAMILIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA CRIANZA BASADA EN EL RESPETO, 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 _01_MES __11_AÑO __2023____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **JHON FREDY ANOWA HERRERA**		Cama: 15	Historia de Atención: 1.067.734.565
Sexo: M [X] F [ ]	Fecha de Nacimiento: Día 14 Mes 12 Año 2020	Edad Completa: A 2 M 11 D	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO YUKANA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:		Nombre de la Madre: **NERYS HERRERA ESTRADA**	
Dirección de residencia: YUKANA		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: 1.067.734.565	

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 _____47.5_____cm	Perímetro Abdominal _____51_____ cm PERIMETRO TORAXICO 50 PERIMETRO BRAQUIAL 13.2

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 ✖	

Cada impresión de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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 ✖	

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

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 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 01 Mes 11 Año 2023

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO.

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN – CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: JHON FREDY ANOWA HERRERA Teléfono o contacto: NO TIENE

Fecha Nacimiento: D 14 M 12 A 2020 Edad: 2 AÑO 10 MESES Sexo: F M X

Nombre Acudiente: NERYS HERRERA ESTRADA 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)? PERDIDA DE APETITO, DESGANO

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, sin 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: N. A

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

Perímetro Cefálico: 47.5 cm Perímetro Braquial: 12.2 cm

Perímetro Torácico: 50 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	-2.47	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	-5.72	RETRASO EN TALLA
Peso/ Edad	-4.67	DESNUTRICION GLOBAL

% Déficit de Peso/ Talla: 17 %

Clasificación Nutricional: DESNUTRICION AGUDA MODERADA CON RETRASO EN TALLA.

V. EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXAMEN	VALOR ACTUAL	REFERENCIA NORMAL

Interpretación: _____

VI. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

LACTANCIA MATERNA: LM

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

No ☐ Causa: _____

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 X

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:

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 re lactancia materna: _____

_____

_____

_____

_____

_____

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

¿A qué edad inicio la alimentación complementaria? 7 MESES

EDAD	TIPO ALIMENTO	PREPARACIÓN
0 - 2 Meses	leche materna	Lactancia materna
2 - 4 Meses	leche materna	Lactancia materna
4 - 6 Meses	Leche materna	Lactancia materna

¿A qué edad inicio la dieta familiar? 8 MESES

Persona encargada de la alimentación del menor MADRE

¿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, tubérculos.

Alimentos Rechazados: ninguno

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

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
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
Queso								X
Preparaciones con leche							X	
Carne, Pollo, pescado							X	

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
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 CON RETRASO EN TALLA

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**
215gr	sobres	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	156gr	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	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 2.34 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	Maria Cecilia Carrillo Rios NUTRICIONISTA Y DIETISTA T.P. 1122821423 Maria Carrillo

RESERVADA

Fecha de aplicación: Día 05 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: Nerys Herrera

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **JHON**	**Segundo Nombre** **FREDY**	**Primer Apellido** ANOWA	**Segundo Apellido** **HERRERA**
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 01/11/2023 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):** 1.067.734.565 **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

RESERVADA

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)
Nerys Herrera	29 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 10 MESES, QUIEN ES INGRESADO AL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, CON DX DE DNT AGUDA MODERADA, LA CUAL ES DIAGNOSTICADA POR LA PROFESIONAL EN NUTRICIÓN. PACIENTE QUE SE ENCUENTRA ESTABLE, ORIENTADO, ALERTA Y CONSCIENTE, CON ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA SU EDAD. ADECUADAS RELACIONES ENTRE MADRE E HIJO, ADEMÁS DE ESTO PRESENTA BUEN DESARROLLO PSICOSOCIAL CON SUS COMPAÑEROS. SE EVIDENCIAN PATRONES DE HIGIENE INADECUADOS. ADECUADO PATRÓN DE SUEÑO, ADECUADO PATRÓN DE ALIMENTACIÓN. PACIENTE QUE RECIBE DE BUENA MANERA EL TRATAMIENTO, BUENA ADHERENCIA. ES IMPORTANTE RESALTAR QUE, DEBIDO A LOS USOS Y COSTUMBRES DE LA ETNIA YUKPA, SE EVIDENCIAN LAS FAMILIAS NUMEROSAS, DADA ESTA SITUACIÓN SE PRESENTA EL RIESGO DE MALNUTRICIÓN 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**

Valledupar, 6 de Diciembre 2023

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

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

Cordial saludo;

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

N° Item	RC	NOMBRE COMPLETO	FN	FECHA DE INGRESO
1	1067734564	LUZ DANIELA COMEYE	6/01/2021	2/11/2023
2	1,067,735,726	NATALIA ESTRADA MOLINA	2/09/2021	2/11/2023
3	1,067,735,411	EDGAR YECID COMEYE ESTRADA	21/08/2021	2/11/2023
4	1,067,737,113	JAISON COMEYE MOLINA	6/11/2021	2/11/2023
5	A52F09B3F8B246DD8 610459F20E5DCC233440	KATIA FRANCO GARCIA	15/07/2022	1/10/2023
6	1,067,735,203	ROBINSON MOLINA RAMIREZ	6/06/2021	2/11/2023
7	1,067,735,374	WILFRAN JESUS PESOYE KASUPAYE	20/10/2021	2/11/2023
8	1067736345	MARIA MONICA ANOWA HERRERA	24/08/2022	17/10/2023
9	1,067,737,108	MAIKOL KASUPAYE COMEYE	7/03/2022	1/11/2023
10	1,067,736,559	BENJAMIN ESTRADA HERRERA	2/09/2022	2/11/2023
11	1,300,420,656	ALEXA DANIELA ESTRADA	1/06/2022	1/11/2023
12	1,065,677,660	DANIELA MOLINA RAMIREZ	26/05/2021	2/11/2023
13	1,067,736,929	STEVAN PEZOYE MOLINA	20/12/2020	2/11/2023
14	1,241,088,302	CAMILO ANDRES MOLINA RAMIREZ	16/05/2019	2/11/2023
15	1,067,734,565	JHON FREDY ANOWA HERRERA	14/12/2020	1/11/2023

DABINSON JAVIER RESTREPO FERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

FECHA: DIA 01 MES NOVIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 5
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: KATIA FRANCO GARCIA		Sexo: F X M ☐	Edad: 1 AÑO Y 2 MESES

ESTUDIO DE CASO

PACIENTE FEMENINO KATIA FRANCO GARCIA DE 1 AÑO Y 2 MESES DE EDAD, QUIEN CONTINUA EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN SU DÍA 32 DE ESTANCIA EN EL CRN, 01 DE MES DE NOVIEMBRE, CON MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PESO: 6.13 KG
TALLA: 64.7 CM
PC: 41.5 CM
PT: 40.5 CM
PA: 38 CM
PB: 11.2 CM

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA, RETRASO EN TALLA Y FACTOR DE RIESGO PARA EL NEURODESARROLLO.

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

LA MENOR ES ENCONTRADA CON SIGNOS Y RASGOS DE DESNUTRICIÓN TRAS BÚSQUEDAS ACTIVAS REALIZADAS EN LA ZONA DEL ONCE (TOKSHOPA) TERRITORIO YUKPA DE IROKA, UNA POBLACIÓN DONDE SE ESTÁ EN LA ACTUALIDAD ENCONTRANDO UN ALTO ÍNDICE DE DESNUTRICIÓN EN ACOMPAÑAMIENTO CON NUTRICIÓN Y ENFERMERÍA.

HALLAZGOS DE EXAMEN FÍSICO PARA DIAGNÓSTICO

EXAMEN FÍSICO	*HALLAZGOS*
CABELLO	DELGADO FINO HIPOCRÓMICO
BOCA	QUEILITIS
TÓRAX	SE OBSERVAN LAS REJAS COSTALES
ABDOMEN	DISTENDIDO
GENITOURINARIO	DIURESIS ESCASA
EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES	HIPOTRÓFICAS SIN EDEMA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	IRRITABLE LLANTO AGUDO

FECHA: DIA 01 MES NOVIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 5
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: KATIA FRANCO GARCIA		Sexo: F **X** M☐	Edad: 1 AÑO Y 2 MESES

ESTUDIO DE CASO

BAJO EL CONCEPTO MEDICO Y TENIENDO EN CUENTA LOS HALLAZGOS DEL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE, EL ESTADO DE DESNUTRICIÓN MODERADA QUE SE ENCUENTRA EL MENOR, OCURRE POR DIFERENTES FACTORES, ACONTECIMIENTOS O CARACTERÍSTICOS QUE PUEDEN AFECTAR EN ALGUNA MEDIDA EL ESTADO NUTRICIONAL QUE ENMARCAN EN EL ANÁLISIS DE DIVERSAS CAUSAS, EN FUNCIÓN DE LA ORIENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES Y EL ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DEL NIÑO; ES ASÍ COMO SE EVIDENCIAN AQUELLAS CAUSAS QUE SON GENERALMENTE UNA DEFICIENCIA CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DE LA RACIÓN ALIMENTARÍA Y DE LA ENFERMEDAD, LA CUAL ES GENERALMENTE DE ORIGEN INFECCIOSO.

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

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

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

BAJO EL CONCEPTO DEL COMPONENTE SOCIAL, SE ESTABLECE QUE LA PACIENTE SE DESARROLLA EN UN CONTEXTO FAMILIAR DE TIPO MONOPARENTAL CON SUS DOS PADRES, Y DE TIPOLOGÍA NUCLEAR CON SUS HERMANOS. EL PADRE SE DEDICA A LABORES COMO LA AGRICULTURA, SIENDO UN OFICIO TEMPORAL QUE DEPENDE DE LOS TIEMPOS DE COSECHA, Y DE SIEMBRA. LA MADRE SE DEDICA AL HOGAR Y AL CUIDADO DE LOS NIÑOS, SIENDO ESTE UN OFICIO DE FORMA PERMANENTE Y QUE REQUIERE TODO SU TIEMPO.

MADRE DE LA MENOR SE HA INVOLUCRADO EN EL TRATAMIENTO, MEJORANDO SU ACTITUD FRENTE A LAS RECOMENDACIONES Y ACTIVIDADES IMPARTIDAS POR EL EEQUIPO INTERDISCIPLINAR. ESCUCHA Y RECIBE DE FORMA ACTIVA LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROFESIONALES.
EL PACIENTE SE EVIDENCIA CON BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, RECIBE DE BUENA MANERA LO INDICADO POR LA NUTRICIONISTA Y MÉDICO.

ES POSIBLE CONCLUIR QUE EL ESTADO NUTRICIONAL ES UN FACTOR AMBIENTAL IMPLICADO EN EL NEURO DESARROLLO, CONOCIENDO QUE LOS NIÑOS QUE SUFREN DESNUTRICION PUEDEN PRESENTAR DISMINUCIÓN DEL CRECIMIENTO CEREBRAL, TAMBIEN SE AFECTA EL PROCESO DE MIELINIZACION NERVIOSA, LO CUAL PROVOCA UNA DISMINUCIÓN DE LA VELOCIDAD DE LA CONDUCCIÓN NERVIOSA, IMPIDIENDO EL ADECUADO DESARROLLO DEL PACICIENTE, DEBILITANDO ASÍ UNA FUTURA PRODUCTIVIDAD.

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO FIJA LAS CONDUCTAS A SEGUIR
CONDUCTAS NUTRICIONALES:

- TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON FTLC A RAZÓN DE 100 KCAL/KG/DÍA.
- SE BRINDA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARÍA DE ACUERDO A LA EDAD, LA CUAL ESTÁ CONSTITUIDA POR PROTEÍNAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS, FRUTAS Y VERDURAS DE CONSISTENCIA BLANDA, FRACCIONADA EN 3 TIEMPOS DE COMIDA (DESAYUNO, ALMUERZO, CENA) Y 2 MERIENDAS.

FECHA: DIA 01 MES NOVIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 5
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: KATIA FRANCO GARCIA		Sexo: F **X** M☐	Edad: 1 AÑO Y 2 MESES

ESTUDIO DE CASO

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

CONDUCTAS MEDICAS:

- REMISIÓN

CONDUCTAS SOCIALES:

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

PROFESIONALES A CARGO:

MARIA CECILIA CARRILLO RIOS

T.P 1122821423

Maria Carrillo

PROFESIONAL NUTRICIONAL

ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA



PROFESIONAL MEDICO

CHARLOTTE PEÑALOZA GONZÁLEZ

Charlotte Peñaloza González

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032

PROFESIONAL PSICOLOGÍA

RESERVADA

FECHA: DIA 01 MES NOVIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.067.736.345
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: MARIA MONICA ANOWA HERRERA		Sexo: F **X** M☐	Edad: 1 AÑO Y 2 MESES

ESTUDIO DE CASO

PACIENTE FEMENINO MARIA MONICA ANOWA HERRERA DE 1 AÑO Y 2 MESES DE EDAD, QUIEN CONTINUA EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN SU DÍA 32 DE ESTANCIA EN EL CRN, 01 DE MES DE NOVIEMBRE, CON MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PESO: 6.3 KG
TALLA: 66 CM
PC: 42.8 CM
PT: 44.5 CM
PA: 42.5 CM
PB: 11.5 CM

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA, RETRASO EN TALLA Y FACTOR DE RIESGO PARA EL NEURODESARROLLO.

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

LA MENOR ES ENCONTRADA CON SIGNOS Y RASGOS DE DESNUTRICIÓN TRAS BÚSQUEDAS ACTIVAS REALIZADAS EN LA ZONA DE YUKANA TERRITORIO YUKPA DE IROKA, UNA POBLACIÓN DONDE SE ESTÁ EN LA ACTUALIDAD ENCONTRANDO UN ALTO ÍNDICE DE DESNUTRICIÓN EN ACOMPAÑAMIENTO CON NUTRICIÓN Y ENFERMERÍA.

HALLAZGOS DE EXAMEN FÍSICO PARA DIAGNÓSTICO

EXAMEN FÍSICO	*HALLAZGOS*
CABELLO	DELGADO FINO HIPOCRÓMICO
BOCA	QUEILITIS
TÓRAX	SE OBSERVAN LAS REJAS COSTALES
ABDOMEN	DISTENDIDO
GENITOURINARIO	DIURESIS ESCASA
EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES	HIPOTRÓFICAS SIN EDEMA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	IRRITABLE LLANTO AGUDO

FECHA: DIA 01 MES NOVIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.067.736.345
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: MARIA MONICA ANOWA HERRERA		Sexo: F **X** M☐	Edad: 1 AÑO Y 2 MESES

ESTUDIO DE CASO

BAJO EL CONCEPTO MEDICO Y TENIENDO EN CUENTA LOS HALLAZGOS DEL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE, EL ESTADO DE DESNUTRICIÓN MODERADA QUE SE ENCUENTRA EL MENOR, OCURRE POR DIFERENTES FACTORES, ACONTECIMIENTOS O CARACTERÍSTICOS QUE PUEDEN AFECTAR EN ALGUNA MEDIDA EL ESTADO NUTRICIONAL QUE ENMARCAN EN EL ANÁLISIS DE DIVERSAS CAUSAS, EN FUNCIÓN DE LA ORIENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES Y EL ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DEL NIÑO; ES ASÍ COMO SE EVIDENCIAN AQUELLAS CAUSAS QUE SON GENERALMENTE UNA DEFICIENCIA CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DE LA RACIÓN ALIMENTARÍA Y DE LA ENFERMEDAD, LA CUAL ES GENERALMENTE DE ORIGEN INFECCIOSO.

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

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

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

CONTINUANDO CON EL PROFESIONAL SOCIAL, SE TIENE EN CUENTA EL PRIMER CONCEPTO, RESALTANDO DE LA DINAMICA FAMILIAR, UN TIPO DE FAMILIA MONOPARENTAL, CON MADRE A LA CABEZA, PADRE DE LA MENOR FALLECIO EN UN LAPSO APROXIMADO DE 6 MESES. MADRE DE LA MENOR EJERCE LABORES DE COCICA, LABOR QUE LE PERMTE INGRESOS BAJOS Y POR TEMPORADA.

BAJO EL CONCEPTO DEL COMPONENTE SOCIAL, SE ESTABLECE QUE LA PACIENTE SE DESARROLLA EN UN CONTEXTO FAMILIAR DE TIPO MONOPARENTAL CON SUS DOS PADRES, Y DE TIPOLOGÍA NUCLEAR CON SUS HERMANOS. EL PADRE SE DEDICA A LABORES COMO LA AGRICULTURA, SIENDO UN OFICIO TEMPORAL QUE DEPENDE DE LOS TIEMPOS DE COSECHA, Y DE SIEMBRA. LA MADRE SE DEDICA AL HOGAR Y AL CUIDADO DE LOS NIÑOS, SIENDO ESTE UN OFICIO DE FORMA PERMANENTE Y QUE REQUIERE TODO SU TIEMPO.

MADRE DE LA MENOR SE HA INVOLUCRADO EN EL TRATAMIENTO, MEJORANDO SU ACTITUD FRENTE A LAS RECOMENDACIONES Y ACTIVIDADES IMPARTIDAS POR EL EEQUIPO INTERDISCIPLINAR. ESCUCHA Y RECIBE DE FORMA ACTIVA LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROFESIONALES.
EL PACIENTE SE EVIDENCIA CON BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, RECIBE DE BUENA MANERA LO INDICADO POR LA NUTRICIONISTA Y MÉDICO.

ES POSIBLE CONCLUIR QUE EL ESTADO NUTRICIONAL ES UN FACTOR AMBIENTAL IMPLICADO EN EL NEURO DESARROLLO, CONOCIENDO QUE LOS NIÑOS QUE SUFREN DESNUTRICION PUEDEN PRESENTAR DISMINUCION DEL CRECIMIENTO CEREBRAL, TAMBIEN SE AFECTA EL PROCESO DE MIELINIZACION NERVIOSA, LO CUAL PROVOCA UNA DISMINUCION DE LA VELOCIDAD DE LA CONDUCCION NERVIOSA, IMPIDIENDO EL ADECUADO DESARROLLO DEL PACICIENTE, DEBILITANDO ASI UNA FUTURA PRODUCTIVIDAD.

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO FIJA LAS CONDUCTAS A SEGUIR
CONDUCTAS NUTRICIONALES:

FECHA:	Nombre del CRN:	Municipio/Departamento:	Historia de atención #:
DIA 01 MES NOVIEMBRE AÑO 2023	NANANECHPO	AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	1.067.736.345

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO:	Sexo:	Edad:
MARIA MONICA ANOWA HERRERA	F **X** M☐	1 AÑO Y 2 MESES

ESTUDIO DE CASO

- TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON FTLC A RAZÓN DE 100 KCAL/KG/DÍA.
- SE BRINDA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARÍA DE ACUERDO A LA EDAD, LA CUAL ESTÁ CONSTITUIDA POR PROTEÍNAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS, FRUTAS Y VERDURAS DE CONSISTENCIA BLANDA, FRACCIONADA EN 3 TIEMPOS DE COMIDA (DESAYUNO, ALMUERZO, CENA) Y 2 MERIENDAS.
- SEGUIMIENTO MÉDICO, PSICOSOCIAL Y NUTRICIONAL
- PESO DIARIO Y EVOLUCIÓN NUTRICIONAL DIARIA
- TALLA SEMANAL

CONDUCTAS MEDICAS:

- REMISIÓN

CONDUCTAS SOCIALES:

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

PROFESIONALES A CARGO:

MARIA CECILIA CARRILLO RIOS

T.P 1122821423

Maria Carrillo

PROFESIONAL NUTRICIONAL

ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA



PROFESIONAL MEDICO

CHARLOTTE PEÑALOZA GONZÁLEZ

Charlotte Peñaloza González

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032

PROFESIONAL PSICOLOGÍA

RESERVADA

FECHA: DIA 16 MES NOVIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.067.734.565
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: JHON FREDY ANOWA HERRERA		Sexo: F M **X**	Edad: 2 AÑOS 10 MESES

ESTUDIO DE CASO

PACIENTE MASCULINO JHON FREDY ANOWA HERRERA DE 2 AÑO Y 10 MESES DE EDAD, QUIEN REINGRESA AL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EL DÍA 01 DE MES DE NOVIEMBRE, CON MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PESO: 7.8 KG
TALLA: 75 CM
PC: 47.5 CM
PT: 50 CM
PA: 51 CM
PB: 12.2 CM
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: DESNUTRICION AGUDA MODERADA, RETRASO EN TALLA Y FACTOR DE RIESGO PARA EL NEURODESARROLLO

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

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

HALLAZGOS DE EXAMEN FÍSICO PARA DIAGNÓSTICO

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

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

FECHA: DIA 16 MES NOVIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.067.734.565
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: JHON FREDY ANOWA HERRERA		Sexo: F M **X**	Edad: 2 AÑOS 10 MESES

ESTUDIO DE CASO

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

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

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

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

BAJO EL CONCEPTO DEL COMPONENTE SOCIAL, SE ESTABLECE QUE LA PACIENTE SE DESARROLLA EN UN CONTEXTO FAMILIAR DE TIPO MONOPARENTAL CON SUS DOS PADRES, Y DE TIPOLOGÍA NUCLEAR CON SUS HERMANOS. EL PADRE SE DEDICA A LABORES COMO LA AGRICULTURA, SIENDO UN OFICIO TEMPORAL QUE DEPENDE DE LOS TIEMPOS DE COSECHA, Y DE SIEMBRA. LA MADRE SE DEDICA AL HOGAR Y AL CUIDADO DE LOS NIÑOS, SIENDO ESTE UN OFICIO DE FORMA PERMANENTE Y QUE REQUIERE TODO SU TIEMPO.

MADRE DE LA MENOR SE HA INVOLUCRADO EN EL TRATAMIENTO, MEJORANDO SU ACTITUD FRENTE A LAS RECOMENDACIONES Y ACTIVIDADES IMPARTIDAS POR EL EEQUIPO INTERDISCIPLINAR. ESCUCHA Y RECIBE DE FORMA ACTIVA LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROFESIONALES.
EL PACIENTE SE EVIDENCIA CON BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, RECIBE DE BUENA MANERA LO INDICADO POR LA NUTRICIONISTA Y MÉDICO.

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

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

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO FIJA LAS CONDUCTAS A SEGUIR
CONDUCTAS NUTRICIONALES:

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

FECHA: DIA 16 MES NOVIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.067.734.565
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: JHON FREDY ANOWA HERRERA		Sexo: F M **X**	Edad: 2 AÑOS 10 MESES

ESTUDIO DE CASO

- TALLA SEMANAL

CONDUCTAS MEDICAS:

- SEGUIMIENTO DIARIO PARA EVALUAR MEJORA

CONDUCTAS SOCIALES:

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

PROFESIONALES A CARGO:

RESERVADA

FECHA: DIA 20 MES NOVIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.067.737.108
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: MAICOL KASUPAYE COMEYE		Sexo: F M **X**	Edad: 1 AÑO 7 MESES

ESTUDIO DE CASO

PACIENTE MASCULINO MAICOL KASUPAYE COMEYE DE 1 AÑO Y 7 MESES DE EDAD, QUIEN INGRESA AL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EL DÍA 01 DE NOVIEMBRE DEL 2023, CON MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PESO: 7.7 KG
TALLA: 74.3 CM
PC: 43 CM
PT: 47 CM
PA: 47 CM
PB: 12.8 CM

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: DNT AGUDA MODERADA, RETRASO EN TALLA Y FACRTOR DE RIESGO PARA EL NEURODESARROLLO

SE DECIDE HACER ESTUDIO DE CASO Y PLAN DE INTERVENCIÓN EN LA SALUD NUTRICIONAL POR LA NECESIDAD DE EXTENDER EL TIEMPO INGRESADO EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL PARA LLEGAR A LAS METAS ESTIPULADAS POR EL PROFESIONAL NUTRICIONAL Y MÉDICO; SE DECIDE OFICIALIZAR POR ESTE MEDIO PARA HACER PREVALECER EL DERECHO A GOZAR DE BUENA SALUD Y NUTRICIÓN SEGÚN RIGE LA LEY DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA, CON EL OBJETIVO DE EVALUAR LAS CONDICIONES DEL NIÑO Y CONDUCTAS A SEGUIR.

ÉL MENOR ES ENCONTRADA CON SIGNOS Y RASGOS DE DESNUTRICIÓN TRAS BÚSQUEDAS ACTIVAS REALIZADAS EN LA ZONA DE YOWA TERRITORIO YUKPA DE IROKA, UNA POBLACIÓN DONDE SE ESTÁ EN LA ACTUALIDAD ENCONTRANDO UN ALTO ÍNDICE DE DESNUTRICIÓN EN ACOMPAÑAMIENTO CON NUTRICIÓN Y ENFERMERÍA.

HALLAZGOS DE EXAMEN FÍSICO PARA DIAGNÓSTICO

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

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

FECHA: DIA 20 MES NOVIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.067.737.108
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: MAICOL KASUPAYE COMEYE		Sexo: F M **X**	Edad: 1 AÑO 7 MESES

ESTUDIO DE CASO

QUE SON GENERALMENTE UNA DEFICIENCIA CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DE LA RACIÓN ALIMENTARÍA Y DE LA ENFERMEDAD, LA CUAL ES GENERALMENTE DE ORIGEN INFECCIOSO.

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

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

BAJO EL CONCEPTO DEL COMPONENTE SOCIAL, SE ESTABLECE QUE LA PACIENTE SE DESARROLLA EN UN CONTEXTO FAMILIAR DE TIPO MONOPARENTAL CON SUS DOS PADRES, Y DE TIPOLOGÍA NUCLEAR CON SUS HERMANOS. EL PADRE SE DEDICA A LABORES COMO LA AGRICULTURA, SIENDO UN OFICIO TEMPORAL QUE DEPENDE DE LOS TIEMPOS DE COSECHA, Y DE SIEMBRA. LA MADRE SE DEDICA AL HOGAR Y AL CUIDADO DE LOS NIÑOS, SIENDO ESTE UN OFICIO DE FORMA PERMANENTE Y QUE REQUIERE TODO SU TIEMPO.

MADRE DE LA MENOR SE HA INVOLUCRADO EN EL TRATAMIENTO, MEJORANDO SU ACTITUD FRENTE A LAS RECOMENDACIONES Y ACTIVIDADES IMPARTIDAS POR EL EEQUIPO INTERDISCIPLINAR. ESCUCHA Y RECIBE DE FORMA ACTIVA LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROFESIONALES.
EL PACIENTE SE EVIDENCIA CON BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, RECIBE DE BUENA MANERA LO INDICADO POR LA NUTRICIONISTA Y MÉDICO.

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

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO FIJA LAS CONDUCTAS A SEGUIR
CONDUCTAS NUTRICIONALES:

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

CONDUCTAS MEDICAS:

- SEGUIMIENTO DIARIO PARA EVALUAR MEJORA

CONDUCTAS SOCIALES:

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

FECHA: DIA 20 MES NOVIEMBRE AÑO 2023	Nombre del CRN: NANANECHPO	Municipio/Departamento: AGUISTÍN CODAZZI, CESAR	Historia de atención #: 1.067.737.108
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO: MAICOL KASUPAYE COMEYE		Sexo: F M **X**	Edad: 1 AÑO 7 MESES

ESTUDIO DE CASO

PROFESIONALES A CARGO:

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

ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA
PROFESIONAL MEDICO

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

RESERVADA

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

ANEXO CALCULO DE COSTOS VARIABLES DE ACUERDO A NIÑOS Y NIÑAS ATENDIDOS - CRN

PASO 1

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL	
CRN	CRN CESAR AGUSTÍN CODAZZI
PROFESIONAL RESPONSABLE	CAMILA GONZALEZ GUTIERREZ
TELEFONO	3165104607
CORREO ELECTRÓNICO	cartora@ips.busalawi.com
FECHA DE REPORTE MENSUAL [dd/mm/aaaa]	4/12/2023
MES AL QUE CORRESPONDE EL COBRO	30/11/2023

PASO 2

DATOS NECESARIOS PARA LA FACTURACIÓN	
AÑO	2023
Alimentación Etnia 1 Día 1 Día	$ 8,666
Valor Ración de Egreso Tipo 1 (día 31 en con lactancia)	$ 57,549
Valor Ración de Egreso Tipo 1 (día 31 en sin lactancia)	$ 207,405
Valor Ración de Egreso Tipo 2	$ 68,351
Elementos de aseo 1 Niño 1 Día	$ 3,470
Papelería 1 Niño 1 Día	$ 146
Elementos de aseo para el CRN 1 Día	$ 187
Visita Domiciliaria 1 Niño 1 Día	$ 51,403
Servicios públicos	$ 4,966

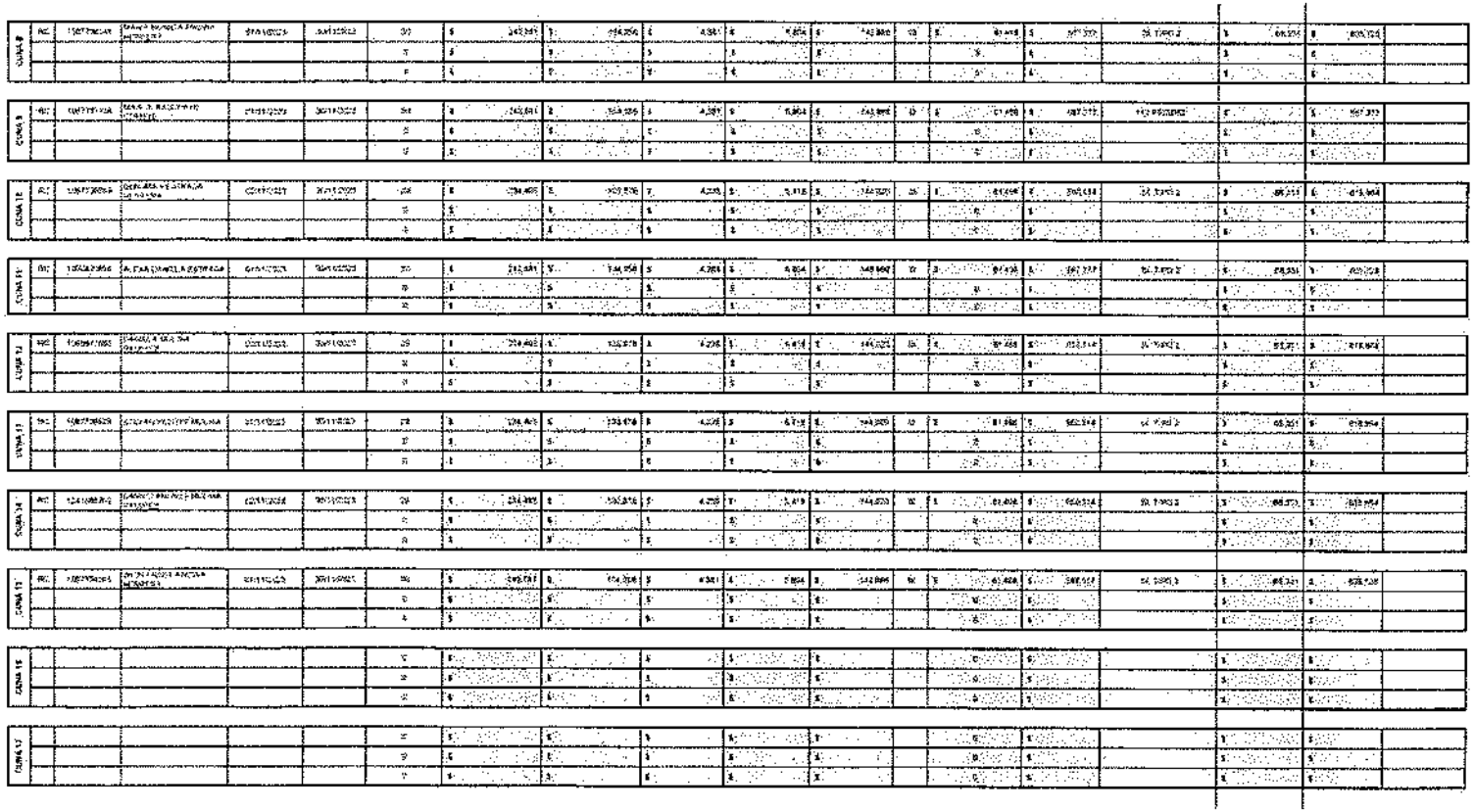
Únicamente se debe registrar en este formato la info atendidos en el CRN, que estén registrados en el ap de este aplicativo y el formato debe coincidir.

El presente formato debe imprimirse y ser presentado pago ante el supervisor de contrato. Es indispensable para el pago.

PASO 3

Año cuenta	Tipo de documento	No. tipo de documento	Nombres y Apellidos	Fecha de ingreso CRN dd/mm/aaaa	Fecha de egreso CRN dd/mm/aaaa	Días de estancia en el CRN	Alimentos	Elementos de aseo para niños y niñas	Papelería	Elementos de aseo para el CRN	Servicios públicos	¿Devuelve visita domiciliaria?	Valor acordado por beneficiario	Ración de leche alimentaria vs egresos?	Valor total	Observaciones
2023	RC	1065784094	[illegible]	01/11/2023	30/11/2023	29	$ 251,402	$ 100,978	$ 4,234	$ 5,418	$ 144,029	SI	$ 61,488	$ 1,782,912	SE TIENE 2	$ 118,331	$ 418,964	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -		$ -	$ -	
2023	RC	1065780779	[illegible]	30/11/2023	30/11/2023	29	$ 251,402	$ 100,978	$ 4,234	$ 5,418	$ 144,029	SI	$ 61,488	$ 1,782,912	SE TIENE 2	$ 118,331	$ 418,964	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -		$ -	$ -	
2023	RC	1065783518	[illegible]	30/11/2023	30/11/2023	29	$ 251,402	$ 100,978	$ 4,234	$ 5,418	$ 144,029	SI	$ 61,488	$ 1,782,912	SE TIENE 2	$ 118,331	$ 418,964	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -		$ -	$ -	
2023	RC	1065783518	[illegible]	30/11/2023	30/11/2023	29	$ 251,402	$ 100,978	$ 4,234	$ 5,418	$ 144,029	SI	$ 61,488	$ 1,782,912	SE TIENE 2	$ 118,331	$ 418,964	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -		$ -	$ -	
2023	RC	1065783518	[illegible]	30/11/2023	30/11/2023	29	$ 251,402	$ 100,978	$ 4,234	$ 5,418	$ 144,029	SI	$ 61,488	$ 1,782,912	SE TIENE 2	$ 118,331	$ 418,964	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -		$ -	$ -	
2023	RC	1065783518	[illegible]	30/11/2023	30/11/2023	29	$ 251,402	$ 100,978	$ 4,234	$ 5,418	$ 144,029	SI	$ 61,488	$ 1,782,912	SE TIENE 2	$ 118,331	$ 418,964	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -		$ -	$ -	
2023	RC	1065783518	[illegible]	30/11/2023	30/11/2023	29	$ 251,402	$ 100,978	$ 4,234	$ 5,418	$ 144,029	SI	$ 61,488	$ 1,782,912	SE TIENE 2	$ 118,331	$ 418,964	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -		$ -	$ -	
						0	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -		$ -	$ -		$ -	$ -	

Prohibida la impresión de este documento... Permitido con el respectivo consentimiento



CUNA 18	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CUNA 19	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CUNA 20	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CUNA 21	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CUNA 22	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CUNA 23	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CUNA 24	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CUNA 25	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CUNA 26	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CUNA 27	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CUNA 28	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CUNA 29	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CUNA 30	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
TOTALES BENEFICIARIOS	$ 3.517.419	$ 1.518.163	$ 143.525	$ 91.263	$ 2.388.296	$ 977.776	$ 6.257.101	$ [illegible]	$ 938.937	$ 5.646.282

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

ACTIVIDAD: actividad educativa		**UDS:** CRN
MODALIDAD: CRN NANAECHPO		**EAS:** DUSAKAWI IPS
Fecha: 01/11/2023	**Hora inicio:** 9 am	**Hora Final:** 10 am
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: MADRES DEL CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: ES EDUCAR A LAS MADRES PARA PREVENIR CIERTAS ENFERMEDADES Y PODER REDUCIR LA MORTALIDAD DE DICHAS ENFERMEDADES.		
Tema: IMPORTANCIA DEL CUMPLIMIENTO A LA INMUNIZACION DEL NIÑO		
Responsable del Tema: MEDICO ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA		
Metodología: CHARLA EDUCATIVA		

AGENDA:

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

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

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

Alfredo Raul Calderon Viña
Alfredo R. Calderón Viña
Médico General

Médico general del CRN ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

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







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

ACTIVIDAD: SALUD Y NUTRICION	**UDS:** CRN	
MODALIDAD: CRN NANAECHPO	**EAS:** DUSAKAWI IPS	
Fecha: 02/11/2023	**Hora inicio:** 10:00AM	**Hora Final:** 11:00AM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: niños/as y madres usuarias del CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: 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.		
Tema: LACTANCIA MATERNA		
Responsable del Tema: NUTRICIONISTA CRN		
Metodología: participación de los niños y madres, demostración en imágenes.		
AGENDA: 1. Bienvenida 2. Presentación por parte del Profesional en salud y nutrición. 3. Desarrollo de la temática.		
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: Se da inicio a la actividad con un breve saludo en idioma yukpa a todas las madres y niños/as usuarios del CRN NANAECHPO. Durante el desarrollo de la actividad se les da la explicación de la metodología de la actividad a las madres y a los niños que participaran en esta actividad y se les explica la importancia de llevar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. La lactancia materna es una forma de alimentación que comienza en el nacimiento con leche producida en el seno materno. La lactancia materna es la forma óptima de alimentar a los bebés, ya que proporciona los nutrientes que necesitan de forma equilibrada, al tiempo que protege frente a la morbilidad y la mortalidad debido a enfermedades infecciosas. Los niños amamantados tienen un menor riesgo de maloclusión dental y la investigación ha demostrado que existe una relación entre la lactancia materna y mejores resultados en las pruebas de inteligencia, también ayuda a mejorar la salud materna, ya que reduce el riesgo de cáncer de mama, cáncer de ovario, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Los beneficios de la lactancia materna y la interacción entre madres e hijos para prevenir infecciones y promover la salud y el desarrollo son especialmente importantes cuando la salud y otros servicios comunitarios se ven afectados o limitados. La leche materna es específica para la especie humana, contiene todos los nutrientes y sustancias en las cantidades precisas que garantizan el normal crecimiento y desarrollo de todos los niños y niñas, protegiéndolos contra las infecciones, otitis, desnutrición, diabetes juvenil, sobre peso y obesidad en la edad. La lactancia materna se debe ofrecer a demanda del niño y no imponer horarios. La Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda iniciar el amamantamiento en los primeros 60 minutos de vida, así como dar el pecho en forma exclusiva hasta los 6 meses y, de manera complementaria, hasta los 2 años. Alrededor de los seis meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los seis meses o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento del niño puede verse afectado. Los principios		

rectores de una alimentación complementaria apropiada son: Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los dos años o más.

Se les explica a las madres que es muy fácil comenzar la consistencia de la alimentación complementaria ya que pueden hacer preparaciones en sopas, puré o compota, con alimentos propios de la región. En esta actividad se contó con la participación de todos los usuarios y por último se les realizaron preguntas acorde a la experiencia que han tenido respecto a la lactancia materna.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS.







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

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR
ACTIVIDAD	Lactancia y Materna.	
FECHA Y HORA	02/11/2023	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	Madres y niños	
PROFESIONAL	Nutricionista	

NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
Yoleida Molina Caballero	
Ana Elena Molina Ramirez	
Ines Estrada Mesa.	
Adriana Molina Caballero	
Yorina Ramirez Molina.	
Maria Isabel Fasuaye	
Meys Herrera Estrada.	
Claudia Comeye Estrada.	
Rosalba Herrera Caballero	
Norma Molina Ramirez.	
Norma Ramirez Herrera.	
Sandra Molina Ramirez.	
Norma Ramirez Estrada.	
Luz Daniela Comeye	
Natalia Estrada Molina.	
Edgar Yesid Comeye.	
Jyson Comeye Molina.	
Robinson Molina Ramirez.	
Wilfran Jesus Pescye Fasuaye	
Maria Monica Arauca Herrera.	

María Cecilia Carrillo Ríos
NUTRICIONISTA Y DIETISTA
C.C. [illegible]

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

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

ACTIVIDAD:ACTIVIDADFISICA PARA BUENA SALUD FISICA		**UDS:** CRN
MODALIDAD: CRN NANAECHPO		**EAS:** DUSAKAWI IPS
Fecha: 03/11/2023	**Hora inicio:** 4:00PM	**Hora Final:**5.00PM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: MADRES DEL CRN NANAECHPO.		
Objetivo de la actividad.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.		
Tema: ACTIVIDA FISICA		
Responsable del Tema: ENFERMERA CRN		
Metodología: PARLANTE		

AGENDA:

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

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: Se da inicio a la actividad con un breve saludo a todo el personal del CRN NANAECHPO,

La actividad física tiene importantes beneficios para la salud del corazón el cuerpo y la mente,

se le explica la actividad física en hacer sentadillas, estirar los brazos, relajación muscular Previene enfermedades musculares y osteoporosis.

Reduce la tensión arterial, el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, y cáncer de mama y colon.

Mejora la evolución de algunas enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, el hipercolesterolemia y la obesidad, el factor protector y retardador de enfermedades permite la prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles y contribuye al bienestar general de las personas

La actividad física nos ayuda a sentirnos mejor consigo mismo y reducir el estrés; ayudar a dormir mejor, o ayudar a los niños a tener un crecimiento y desarrollo saludable, así como mantener el balance de energía, el bienestar psicológico y la interacción social

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusabawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR







	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR
ACTIVIDAD	Actividad Fisica para una buena Salud	
FECHA Y HORA	3 Noviembre 2023	4-5 Pm
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	Niños y Madres Yukpas.	
PROFESIONAL	Kelly Mujica	

NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
luz Daniela Comeyc.	
Natalia estrada Molina.	
Edgar Yecid comeyc	
Jaison Comeye	
Robinson Molina Ramirez.	
Wilfran Jesus Pesoye	
Maria Monica Arowa.	
Maikol kasupaye Comaye	
Benjamin Estrada Herrera.	
Alexa Daniela Estrada	
Daniela Molina Ramirez	
Stevan Pesoye Molina	
Camilo Andres Molina Ramirez	
Jhon fredy Arowa Herrera.	

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

ACTIVIDAD: SALUD Y NUTRICION	**UDS:** CRN	
MODALIDAD: CRN NANAECHPO	**EAS:** DUSAKAWI IPS	
Fecha: 06/11/2023	**Hora inicio:** 9:00AM	**Hora Final:** 11:00AM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: niños/as y madres usuarias del CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: Establecer las orientaciones básicas a las madres para que aprovechen los alimentos de la rpp para el niño recuperado.		
Tema: APROVECHAMIENTO DE LOS ALIMENTOS DE LA RPP PARA EL NIÑO RECUPERADO.		
Responsable del Tema: NUTRICIONISTA CRN		
Metodología: participación de los niños y madres, demostración de alimentos de RPP.		
AGENDA: 1. Bienvenida 2. Presentación por parte del Profesional en salud y nutrición. 3. Desarrollo de la temática.		

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

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

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

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

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

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

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

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

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

Al terminar la actividad se dialoga con cada una de las participantes realizándoles preguntas de que preparaciones hacen con los diferentes alimentos que se les mostro durante la actividad. Se contó con buena participación por parte de cada una, muchas madres cuentan de como realizan las preparaciones en su hogar y por último se hizo una pequeña demostración de cómo preparar la bienestarina.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





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

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR
ACTIVIDAD	Aprovechamiento de los alimentos de la RPP para el niño recuperado.	
FECHA Y HORA	06/11/2023	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	Madres y niños.	
PROFESIONAL	Nutricionista	

NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
Yolanda Molina Caballero	
Ana Hilena Molina Ramirez	
Ines Estrada Mesa.	
Adriana Molina Caballero	
Marina Ramirez Molina.	
Maria Isabel Epsuppaya	
Neys Herrera Estrada.	
Claudia Comeya Estrada.	
Rosalba Herrera Caballero	
Norma Molina Ramirez.	
Norma Ramirez Herrera.	
Sandra Molina Ramirez.	
Norma Ramirez Estrada	
Luz Daniela Comeya	
Natalia Estrada Molina.	
Edgar Yesid Comeya	
Jaison Comeya Molina.	
Robinson Molina Ramirez.	
Wilfran Jesus Pescye Epsuppaya	
Maria Monica Arauca Herrera.	

Maria Cecilia Carrillo Ríos
NUTRICIONISTA Y DIETISTA
C.P. 76582019

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

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

ACTIVIDAD:PROMOCION DE UNA BUENA HIGIENE DENTAL EN NIÑOS		**UDS:** CRN
MODALIDAD: CRN NANAECHPO		**EAS:** DUSAKAWI IPS
Fecha: 08/11/2023	**Hora inicio:** 8:00AM	**Hora Final:**9.00AM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: Madres del CRN NANAECHPO.		
Objetivo de la actividad: Explicar a las madres la importancia de una buena higiene oral y las consecuencias del no realizarla		
Tema: HIGUIENE ORAL		
Responsable del Tema: ENFERMERA CRN		
Metodología: CREMA DENTAL, CEPILLOS, AGUA, VASO		

AGENDA:

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

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Durante el desarrollo de la actividad se les da la explicación de la metodología de la actividad a las madres y a los niños que participaran en esta actividad y se les explica la importancia de la higiene oral que implica prácticas que ayudan a mantener la boca limpia y libre de enfermedades, como cepillarse los dientes, usar hilo dental y visitar al dentista con regularidad. También puede realizarse exámenes y limpiezas dentales al menos dos veces al año para garantizar una buena higiene dental.

objetivo para la buena salud general. Una buena higiene bucodental 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. La dentadura suele comenzar después de los 3 meses de edad y se prolonga hasta el tercer cumpleaños del niño. Lo normal es que entre los 4 y los 7 meses de edad empiecen a salir los primeros dientes del niño, generalmente los dos dientes frontales inferiores, o incisivos centrales. Entre 4 y 8 semanas más tarde salen los 4 dientes frontales superiores (incisivos centrales y laterales). Alrededor de un mes más tarde, salen los incisivos laterales inferiores. Posteriormente salen los primeros molares y finalmente, los caninos. En general, la mayoría de los niños tienen ya los 20 «dientes de leche

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:





	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD CRN NANAECHPO	
ACTIVIDAD	Promocion de una buena higiene dental en niños menores de 5 años	
FECHA Y HORA	8 Noviembre 2023. 8-9 Am	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	Niños y madres Yukpas	
PROFESIONAL	Kelly Mojica	
NOMBRE DE ASISTENTE		FIRMA
Yolerda Molina Caballero.		
Ana milena Molina		
Ines Estrada mesa		
Adriana Molina Caballero.		
Mariana Ramirez		
Maria Isabel Kasupeye		
Neris Herrera Estrada		
Claudia Gomeye		
Rosalba Herrera		
Norma Molina Ramirez.		
Soraida Molina		
Norma Ramirez Estrada.		
Neris Herrera. estrada.		
Alexa milena Estrada		

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

ACTIVIDAD: La alimentación como espacio de integración familiar y cultural		**UDS:** CRN
MODALIDAD: CRN NANAECHPO		**EAS:** DUSAKAWI IPSI
Fecha: 11/11/23	**Hora inicio: 4:00 pm**	**Hora Final: 4:30 pm**
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: NIÑOS Y MADRES PERTENECIENTES A CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: 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.		
Tema: Comer en familia: una costumbre saludable y gratificante		
Responsable del Tema: Psicóloga CRN		
Metodología: Charla Educativa, se usaron ayudas visuales como dibujos y palabras clave en idioma yukpa.		

AGENDA:

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

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Se inicia la actividad con un breve saludo en idioma yukpa a todas las madres, padres y niños/as usuarios del CRN NANAECHPO. Para la actividad se ubicó a los niños, padres y madres en sillas para que escucharan la información concerniente al tema, en un cartel de tipo gráfico se les escribió en idioma Yukpa "comer en familia", lo que vendría siendo "yupenyo tka eshepapo" a modo que de esta forma, se les hiciera más sencillo entender el tema. Se les explica la importancia de comer en familia, esta pequeña práctica que muchas veces omitimos porque es considerada poco importante, significa mucho cuando se reúnen los miembros de la familia en una misma mesa y cuentan sus experiencias del día, o comparten pensamientos sobre alguna experiencia. Durante esto, se conecta la familia y hace que se sienta más cercano el contexto familiar. La comida familiar es el momento en el que se reúnen todos o casi todos los miembros de una misma familia para compartir una comida estructurada, independientemente de la hora en que se realiza; constituye una actividad central y un particular punto de encuentro en la vida diaria de sus miembros, vital para fortalecer la unidad y cohesión familiar. Es más, los estudios científicos avalan que comer en familia con frecuencia aporta importantes beneficios para la salud, la calidad de la dieta y la calidad de vida de los participantes (Sobal & Nelson, 2003). Los padres entienden la información, luego de esto empiezan a pasar al frente uno por uno, a mencionar cuáles son los miembros de su familia, con los cuales le gustaría poner en práctica el comer en familia más seguido.

	ACTA	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS.











Comer en familia… ¡una costumbre saludable y gratificante!

Profesional a Cargo: Charlotte Peñaloza González

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032

	ACTA	
Dusakawi epsi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD	
	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR
ACTIVIDAD	La alimentación como espacio de integración familiar y cultural	
FECHA Y HORA	11/11/2023. 4:00pm	
LUGAR	CRN Nana echpo	
POBLACIÓN OBJETO	Niños y madres CRN	
PROFESIONAL	Charlotte Peñaloza González.	

NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
Yoleida Molina	
Ana Hilera Molina	Ana Molina
Inés Estrada	
Adnara Molina	ADRIANA
Viviana García	
Hanna Ramírez	
María Isabel Kanapaye	
Nery Herrera	
Claudia Comeye	
Rosalba Herrera	
Norma Molina Ramírez	Norma
Norma Ramírez	Norma
Soraida Molina Ramírez	

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

Charlotte Peñaloza González

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032

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

ACTIVIDAD: actividad recreativa	**UDS:** CRN	
MODALIDAD: CRN NANAECHPO	**EAS:** DUSAKAWI IPS	
Fecha: 16/11/2023	**Hora inicio:** 9 am	**Hora Final:** 10 am
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: MADRES DEL CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: EL PROPOSITO DE ESTA ACTIVIDAD ES REUNIR A LAS MADRES DE LOS NIÑOS DEL CRN A REALIZAR UNA ACTIVIDAD RECREATIVA DONDE LIBERAREMOS EL ESTRÉS CAUSADO DIARIO.		
Tema: TINGO Y TANGO		
Responsable del Tema: MEDICO ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA		
Metodología: RECREATIVA		

AGENDA:

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

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

LA ACTIVIDAD CONSISTE EN EL JUEGO DEL TINGO TANGO QUE SE REALIZA CON UN BALON Y SE CONTABILIZA LOS TIEMPOS AL DECIR TANGO QUIEN TENGA LA PELOTA SE LE COLOCARA UNA PENITENCIA Y AL FINAL QUIEN MENOS SE QUEDE CON LA PELOTA SE LE OTORGA UN PREMIO

Alfredo Raul Calderon Viña
Alfredo R. Calderón Viña
Médico General
CC. 77181752

Médico general del CRN ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:

Alfredo Raul Calderon Viña
Alfredo R. Calderón Viña
Médico General
CC. 77181752

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi epsi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR







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

ACTIVIDAD: SALUD Y NUTRICION		**UDS:** CRN
MODALIDAD: CRN NANAECHPO		**EAS:** DUSAKAWI IPS
Fecha: 18/11/2023	**Hora inicio:** 03:00PM	**Hora Final:** 05:00PM
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: niños/as y madres usuarias del CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: 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.		
Tema: TARDE DE JUEGOS (COLOREO FRUTAS Y VERDURAS)		
Responsable del Tema: NUTRICIONISTA CRN		
Metodología: Participación de los niños y madres, papel y colores.		
AGENDA: 1. Bienvenida 2. Presentación por parte del Profesional en salud y nutrición. 3. Desarrollo de la temática.		

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

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

Durante el desarrollo de la actividad se les da la explicación de la metodología del juego a las madres y a los niños que participaran en esta actividad y se les manifiesta los beneficios que la pintura estimula la comunicación, la creatividad, sensibilidad, y aumenta la capacidad de concentración y expresión de los niños. Será por eso que la pintura está también indicada en los tratamientos terapéuticos de los niños. Con la pintura se disminuye la ansiedad y se amenizan los miedos y las expectativas.

la actividad le trae más que color a su vida. “No solo me permite mantenerme ocupada, también me permite estar en estado de relajación y me ayuda con la movilidad de mis manos”.

Cuando un niño o una niña pinta, está aprendiendo a explorar y a expresarse por medio de la creación artística. La pintura estimula en ellos el entendimiento del entorno que les rodea y les ayuda a forjar un hábito de esfuerzo, perfeccionan: pintar fomenta la comunicación en los niños, ya que por medio de sus dibujos aprenden a expresarse con mayor libertad de la que su madurez les permite de forma verbal.

Los beneficios de pintar para los niños pueden dividirse en 3 grandes grupos:

A nivel físico les sirve para perfeccionar su habilidad manual, sobre todo la motricidad fina, que es la que permite el manejo de los objetos pequeños. También les ayuda a coordinar sus movimientos físicos, tanto en brazos como en manos y dedos, y a coordinar estos con el sentido de la vista. Pintar es una manualidad creativa y enormemente sensorial que también fomenta el desarrollo de sus sentidos, sobre todo del tacto y la vista.

A nivel cognitivo les permite desarrollar la capacidad de concentración y también la paciencia. Mejora su concepción espacial y les facilita el descubrimiento de diferentes texturas, colores y olores. Asimismo, les enseña a dimensionar los espacios y a orientarse en ellos.

	ACTA	
Dusakawi	**CRN NANAECHPO**	BIENESTAR FAMILIAR

A nivel emocional pintar es una actividad que le produce una gran satisfacción, al darse cuenta de las cosas tan bonitas que son capaces de hacer ellos solos. El proceso de creación resulta a la vez relajante y estimulante, refuerza su autoestima y les produce bienestar y felicidad. Además, este entretenimiento le permite expresar su mundo interior y canalizar su estado de ánimo.

Su expresión artística nos permite a nosotros saber cómo se sienten en determinados momentos y ante determinadas circunstancias, qué interpretan de ciertas situaciones, y que nos resulte más sencillo comprenderles y ayudarles a sentirse mejor.

Se les explica a todas las madres presentes en la actividad que ofrecer a sus hijos muchas oportunidades para que puedan pintar es una de las mejores maneras de ayudarlo a crecer y a convertirse en un adulto curioso, creativo, sano y feliz, equipado con las habilidades necesarias para nuestro mundo actual. En esta actividad de tarde de juegos se colocaron los niños a colorear frutas y verduras junto con sus madres. En esta actividad se contó con la participación de todos los usuarios niños y madres.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS







	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD	
	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR
ACTIVIDAD	Tarde Recreativa.	
FECHA Y HORA	18/11/2023	
LUGAR	CRN NANAECHPO	
POBLACIÓN OBJETO	Madres y niños	
PROFESIONAL	Nutricionista	

NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
Yolanda Molina Caballero	
Ana Milena Molina Ramirez	
Ines Estrada Mesa.	
Adriana Molina Caballero	
Molina Ramirez Molina.	
Maria Isabel Tascupaya	
Mayra Herrera Estrada	
Claudia Comeya Estrada	
Rosalba Herrera Caballero	
Norma Molina Ramirez.	
Norma Ramirez Herrera	
Sorayda Molina Ramirez.	
Norma Ramirez Estrada	
Luz Daniela Comeya	
Natalia Estrada Molina.	
Edgar Yesid Comeya.	
Jhon Comeya Molina.	
Robinson Molina Ramirez.	
William jesus Pescye Tascupaya	
Maria Monica Arauca Herrera.	

María Cecilia Carrillo Ríos
NUTRICIONISTA Y DIETISTA
C.C. [illegible]

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

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

ACTIVIDAD: TARDE DE JUEGO		**UDS:** CRN
MODALIDAD: CRN NANAECHPO		**EAS:** DUSAKAWI IPS
Fecha: 19/11/2023	**Hora inicio:** 3:00pm	**Hora Final** 4:30pm
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: MADRES DEL CRN NANAECHPO.		
Objetivo de la actividad. 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.		
Tema: TARDE DE JUEGO		
Responsable del Tema: ENFERMERA CRN		
Metodología: PARTICIPACION DE LOS USUARIOS, COMPÚTADOR		
AGENDA: 1. Bienvenida 2. Presentación por parte del Profesional en salud enfermería 3. Desarrollo de la temática.		
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: Se da inicio a la actividad con un breve saludo a todo el personal del CRN NANAECHPO, y se da inicio con una breve explicación sele explica explicación a las mamitas y niños. Además de ser una actividad recreativa, la cual puedes aprovechar para pasar tiempo con tus hijos y disfrutar con ellos, el ver películas en familia puede ayudar al niño a conocer cosas nuevas, a prender palabras en otros idiomas. También nos aportan visiones muy diferentes de nuestras de nuestra realidad y de nuestros esquemas mentales, que nos ayudan a enriquecernos intelectualmente, a ser más flexibles o a ganar en perspectiva y en imaginación Como fuente de información, permite adentrarse en el estudio de la sociedad, conocer culturas diferentes a las propias INTERCULTURALIDAD No debemos olvidar que las películas las realizan personas que tienen su forma de ver las cosas, que valoran de manera distinta las situaciones o acontecimiento, y que influyen en el espectador algunas veces en forma beneficiosa y otras perjudicial		

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS





	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusatawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD	
Dusatawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD	Tarde de juegos recreativas
FECHA Y HORA	19 Noviembre 2023 3-4:30 PM
LUGAR	CRN NANAECHPO
POBLACIÓN OBJETO	Niños y Madres Jurfas
PROFESIONAL	Kelly Mojica

NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
luz Daniela Comeyc.	
Natalia Estrada Molina.	
Edgar Yecid Comeyc.	
Jaison Comeye	
Robinson Molina Ramirez.	
Wilfran Jesus Pesoye	
Maria Monica Anowa.	
Maikol Kasupaye Comeye	
Benjamin Estrada Herrera.	
Alexa Daniela Estrada	
Daniela Molina Ramirez	
Stevan Pesoye Molina	
Camilo Andres Molina Ramirez	
Jhon fredy Anowa Herrera.	

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

ACTIVIDAD: DÍA UNIVERSAL DEL NIÑO	**UDS:** CRN	
MODALIDAD: CRN NANAECHPO	**EAS:** DUSAKAWI IPSI	
Fecha: 20/11/23	**Hora inicio: 3:30pm**	**Hora Final: 4:00pm**
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: NIÑOS Y MADRES PERTENECIENTES A CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: 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, a la vida familiar, a la protección frente a la violencia y la discriminación.		
Tema: Conociendo mis derechos		
Responsable del Tema: Psicóloga CRN		
Metodología: Charla Educativa, se usaron ayudas visuales como dibujos y palabras clave en idioma yukpa. Globos, pintura.		
AGENDA: 1. Bienvenida 2. Presentación por parte del Profesional en psicología 3. Desarrollo de la temática		
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: Se inicia la actividad con un breve saludo en idioma yukpa a todas las madres, padres y niños/as usuarios del CRN NANAECHPO. El 20 de noviembre es un día importante: se celebra el Día Universal del Niño y se conmemoran los aniversarios de la adopción de la Declaración Universal de los Derechos del Niño (1959) y la aprobación de la Convención de los Derechos del Niño (1989). Esta Convención, la más universal de los tratados internacionales, establece una serie de derechos para los niños y las niñas, incluidos los relativos a la vida, la salud y la educación, el derecho a jugar, a la vida familiar, a la protección frente a la violencia y la discriminación, y a que se escuchen sus opiniones. Todos los miembros de nuestra sociedad —padres y madres, personal docente y sanitario, dirigentes gubernamentales, líderes religiosos, personalidades de la política, el mundo empresarial, la sociedad civil y los medios de comunicación— desempeñan un papel clave en el bienestar de la infancia. En esta actividad, se propone explicar a las madres y niños del CRN Nanaechpo, cuáles son los derechos básicos a los cuales tienen derecho los niños, para que sean respetados y promovidos en dicha comunidad. Además, se realiza un cartel alusivo a la fecha y se invita a los niños a plasmar en él sus manos, lo cual es algo representativo de la niñez y de la huella que se desea dejar en ellos. Las madres comprenden los derechos básicos, como el derecho a la educación, a la vida, a una familia, a una identidad. Además, se utilizan palabras en idioma Yukpa para facilitar el entendimiento de esta información.		

	ACTA	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS.









Para cada niño...



¡todos los derechos!

Profesional a Cargo: Charlotte Peñaloza González

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032

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

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR
ACTIVIDAD	Día Internacional del Niño.	
FECHA Y HORA	20 de Noviembre 4PM	
LUGAR	**CRN NANAECHPO**	
POBLACIÓN OBJETO	Niñas pertenecientes al CRN.	
PROFESIONAL	Charlotte Peñaloza González.	
NOMBRE DE ASISTENTE		**FIRMA**
Yoleida Molina		
Ana Hilera Molina		
Inés Estrada		
Adnara Molina		
Viviana García		
Hanna Ramírez		
María Isabel Kaupaye		
Neryu Herrera		
Claudia Coneye		
Rosalba Herrera		
Norma Molina Ramírez		Norma
Norma Ramírez		
Soraida Molina Ramírez		

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

Charlotte Peñaloza González

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032

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

ACTIVIDAD: TARDE RECREATIVA	**UDS:** CRN	
MODALIDAD: CRN NANAECHPO	**EAS:** DUSAKAWI IPSI	
Fecha: 27/11/23	**Hora inicio: 9:30 AM**	**Hora Final: 10:15 AM**
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: NIÑOS Y MADRES PERTENECIENTES A CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: Generar espacios de recreación en los niños y madres del CRN, promoviendo el juego como factor principal de aprendizaje en la primera infancia.		
Tema: Jugando aprendo		
Responsable del Tema: Psicóloga CRN		
Metodología: Saltar, bailar, hacer estiramientos del cuerpo		
AGENDA: 1. Bienvenida 2. Presentación por parte del Profesional en psicología 3. Desarrollo de la temática		
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: En la presente actividad, se inicia con el saludo en Idioma Yukpa, como signo de respeto a la comunidad con la cual se está trabajando, se le explica que ubiquen a los niños para realizar ejercicios iniciales de estiramiento como poner las manos a los lados, hacia abajo, hacia arriba. Después, empezamos a saltar sobre nuestros dos pies. Las madres incentivan a los niños realizando los movimientos ellas mismas. Es importante resaltar que practicar baile en grupo ayuda a los niños y niñas a conocer a personas nuevas y descubrir otras formas de relacionarse. Mejora el desarrollo físico. A través del baile se practica el sentido rítmico y la psicomotricidad. Se utiliza todo el cuerpo, y se trabajan aspectos como la fuerza o la flexibilidad, además de lo anterior, al realizar ejercicios y baile, se está desarrollando la motricidad gruesa de los niños, lo cual es esencial dentro de los primeros 5 años de vida de los niños, ya que de aquí se derivan procesos mayores como la coordinación, entre otras. Para los niños, es importante de igual manera ver a sus cuidadoras principales realizando este tipo de actividades ya que las aprenderán y replicarán por medio de las conductas aprendidas en la familia. Las madres se evidencian con una actitud positiva hacia la actividad, la reciben de buena manera al igual que los niños.		

	ACTA	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS.







Bailando y jugando, ¡la mejor manera de aprender!



Profesional a Cargo: Charlotte Peñaloza González

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusakawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

	ACTA DE ASISTENCIA A ACTIVIDAD	
	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR
ACTIVIDAD	Tarde Recreativa.	
FECHA Y HORA	27 de Noviembre de 2023	
LUGAR	CRN Nanaechpo	
POBLACIÓN OBJETO	Niños y madres CRN	
PROFESIONAL	Charlotte Peñaloza González	

NOMBRE DE ASISTENTE	FIRMA
Yoleida Molina	
Ana Yilera Molina	Ana Molina
Inés Estrada	
Adnara Molina	ADRIANA
Viviana García	
Hanna Ramírez	
María Isabel Kaupaye	
Neryu Herrera	
Claudia Coneye	
Rosalba Herrera	
Norma Molina Ramírez	Norma
Norma Ramírez	Norma
Soraida Molina Ramírez	

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

Charlotte Peñaloza González

Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032

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

ACTIVIDAD: actividad educativa		**UDS:** CRN
MODALIDAD: CRN NANAECHPO		**EAS:** DUSAKAWI IPS
Fecha: 29/11/2023	**Hora inicio:** 9 am	**Hora Final:** 10 am
Lugar: CRN NANAECHPO		
Población Objetivo: MADRES DEL CRN NANAECHPO		
Objetivo de la actividad: EL PROPOSITO DE ESTA ACTIVIDAD ES 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.		
Tema: IDENTIFICACION DE SIGNO DE DESHIDRTACION Y ATENCION DEL NIÑO CON DIARREA		
Responsable del Tema: MEDICO ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA		
Metodología: CHARLA EDUCATIVA		

AGENDA:

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

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

LA DESHIDRATCION GRAVE:

*Consiste cuando el niño o la niña se encuentran letárgicos o inconscientes.
* No asimilan la hidratación oral o en su totalidad no ingiere nada.
* Signo del pliegue cutáneo, la piel vuelve muy lentamente al estado anterior.

ALGUN GRADO DE DESHIDRATACION:

* El niño o la niña intranquilo e irritable.
* Bebe ávidamente, con sed, ojos hundidos.
* Signo del pliegue cutáneo, la piel vuelve lentamente al estado.

SEGÚN EL ESTADO DE HIDRATACION

Terapia rehidratación oral

exitosa En un 90 o 95 por ciento
Se puede utilizar en diarrea de cualquier etiología, en cualquier grupo de edad, en pacientes con vomito y cualquier grado de deshidratación sin estado de shock.

Alfredo Raul Calderon Viña
Alfredo R. Calderon Viña
Medico General

Médico general del CRN ALFREDO RAUL CALDERON VIÑA

	ACTA DE SOCIALIZACION	
Dusabawi	CRN NANAECHPO	BIENESTAR FAMILIAR

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:







Alfredo R. Calderon Vida
Medico General

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

4 de noviembre de 2023. Agustín Codazzi-Cesar.

Dusakawi
DIRECCION RECIBIDO
04 NOV 2023
Firma:
NO IMPLICA APROBACIÓN

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

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

Cordial saludo,

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

NOMBRE DEL USUARIO	LUZ DANIELA COMEYE
REGISTRO CIVIL	1067734564
FECHA DE NACIMIENTO	6/01/2021
EPS	DUSAKAWI – REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	YOLEIDA MOLINA CABALLERO
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (YOWA)
MOTIVO DE REMISION	Usuaria femenina de 2 año y 9 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 02/11/2023 con Perímetro Braquial 12.5 cm Perímetro Cefálico 44 cm **PA:** 8.1 kg **TA:** 79 cm **P/T:** -2.32 DE **P/E:** -4.09 DE **T/E:** -4.10 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la Edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida

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

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

NOMBRE DEL USUARIO	NATALIA ESTRADA MOLINA
REGISTRO CIVIL	1067735726
FECHA DE NACIMIENTO	2/09/2021
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	ANA MILENA MOLINA RAMIREZ
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (YOWA)
MOTIVO DE REMISION	Usuaria femenina de 2 año y 1 mes de edad el cual fue valorada antropométricamente el día 02/11/2023 con Perimetro Braquial 12 cm Perímetro Cefálico 45 cm **PA:** 7.3 kg **TA:** 74 cm **P/T:** -2.36 DE **P/E:** -4.04 DE **T/E:** -4.24 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.**Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	EDGAR YECID COMEYE
REGISTRO CIVIL	1067735411
FECHA DE NACIMIENTO	21/08/2021
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	INES ESTRADA MESA
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (YOWA)
MOTIVO DE REMISION	Usuario masculino de 2 año y 2 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 02/11/2023 con Perímetro Braquial 11 cm Perímetro Cefálico 43 cm **PA:** 8.3 kg **TA:** 78 cm

	P/T: < -2.42 DE P/E: < -3.69 DE T/E: -3.58 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	JAISON COMEYE MOLINA
REGISTRO CIVIL	1067737113
FECHA DE NACIMIENTO	6/11/2021
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	ADRIANA MOLINA CABALLERO
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (YOWA)
MOTIVO DE REMISION	Usuario masculino de 1 año y 11 meses de edad el cual fue valorada antropométricamente el dia 02/11/2023 con Perímetro Braquial 12 cm Perímetro Cefálico 43 cm **PA:** 8.4 kg **TA**: 77.6 cm P/T: -2.17 DE P/E: -3.20 DE T/E: -3.30 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	KATIA FRANCO GARCIA
REGISTRO CIVIL	MS
FECHA DE NACIMIENTO	15/07/2022
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	VIVIANA GARCIA PEREZ

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

DIRECCION	RESGUARDO IROKA (TOKSHOPA)
MOTIVO DE REMISION	Usuaria femenina de 1 año 3 meses de edad el cual fue valorada antropométricamente el día 01/11/2023 con Perímetro Braquial 11.2 cm Perímetro Cefálico 41.5 cm **PA:** 6.13 kg **TA:** 64.7 cm **P/T:** -1.51 DE **P/E:** -3.84 DE **T/E:** -4.85 DE **DX. 1.** Riesgo de Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuaria que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	ROBINSON MOLINA RAMIREZ
REGISTRO CIVIL	1067735203
FECHA DE NACIMIENTO	6/06/2021
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	MARINA RAMIREZ MOLINA
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (YOWA)
MOTIVO DE REMISION	Usuario masculino de 2 año 4 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 02/11/2023 con Perímetro Braquial 12.5 cm Perímetro Cefálico 44.5 cm **PA:** 7.8 kg **TA:** 75 cm **P/T:** - 2.47 DE **P/E:** -4.26 DE **T/E:** -5.02 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

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

NOMBRE DEL USUARIO	WILFRAN JESUS PESOYE KASUPAYE
REGISTRO CIVIL	1067735374
FECHA DE NACIMIENTO	20/10/2021
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	MARIA ISABEL KASUPAYE
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (YOWA)
MOTIVO DE REMISION	Usuario masculino de 2 año de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 02/11/2023 con Perímetro Braquial 12 cm Perímetro Cefálico 44 cm **PA:** 8.1 kg **TA:** 76.8 cm **P/T:** - 2.45 DE **P/E:** -3.55 DE **T/E:** -3.68 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	MARIA MONICA ANOWA HERRERA
REGISTRO CIVIL	1067736345
FECHA DE NACIMIENTO	24/08/2022
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	NERYS HERRERA ESTRADA
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (YUKANA)
MOTIVO DE REMISION	Usuaria femenina de 1 año y 2 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 01/11/2023 con Perímetro Braquial 11.5 cm Perímetro Cefálico 42.8 cm **PA:** 6.3 kg **TA:** 66 cm **P/T:** - 1.68 DE **P/E:** -3.41 DE **T/E:** -3.96 DE **DX. 1.** Riesgo de Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad.

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

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

NOMBRE DEL USUARIO	MAICOL KASUPAYE COMEYE
REGISTRO CIVIL	1067737108
FECHA DE NACIMIENTO	7/03/2022
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	CLAUDIA COMEYE ESTRADA
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (YOWA)
MOTIVO DE REMISION	Usuario masculino de 1 año y 7 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 01/11/2023 con Perímetro Braquial 12.8 cm Perímetro Cefálico 43 cm **PA:** 7.7 kg **TA:** 74.3 cm **P/T:** - 2.44 DE **P/E:** -3.40 DE **T/E:** -3.48 DE **DX.** 1. Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	BENJAMIN ESTRADA HERRERA
REGISTRO CIVIL	1067736559
FECHA DE NACIMIENTO	2/09/2022
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	ROSALBA HERRERA CABALLERO
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (YOWA)
MOTIVO DE REMISION	Usuario masculino de 1 años 1 mes de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 02/11/2023 con Perímetro Braquial 12.5 cm

	Perímetro Cefálico 43.5 cm **PA:** 7.2 kg **TA:** 71.3 cm **P/T:** - 2.40 DE **P/E:** -3.04 DE **T/E:** -2.71 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuaria que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	ALEXA DANIELA ESTRADA
REGISTRO CIVIL	1300420656
FECHA DE NACIMIENTO	1/06/2022
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	NORMA MOLINA RAMIREZ
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (YOWA)
MOTIVO DE REMISION	Usuaria femenina de 1 año 5 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 01/11/2023 con Perímetro Braquial 12 cm Perímetro Cefálico 42 cm **PA:** 6 kg **TA:** 66.4 cm **P/T:** - 2.39 DE **P/E:** -4.23 DE **T/E:** -4.66 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	DANIELA MOLINA RAMIREZ
REGISTRO CIVIL	1065677660
FECHA DE NACIMIENTO	26/05/2021

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

EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	NORMA RAMIREZ HERRERA
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (YOWA)
MOTIVO DE REMISION	Usuaria femenina de 2 año y 5 meses de edad el cual fue valorada antropométricamente el día 02/11/2023 con Perímetro Braquial 12.5 cm Perímetro Cefálico 45.5 cm **PA:** 8.3 kg **TA:** 80 cm **P/T:** - 2.27 DE **P/E:** -3.46 DE **T/E:** -3.08 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	STEVAN PEZOYE MOLINA
REGISTRO CIVIL	1067736929
FECHA DE NACIMIENTO	20/12/2020
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	SORAIDA MOLINA RAMIREZ
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (YOWA)
MOTIVO DE REMISION	Usuario masculino de 2 año y 10 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 02/11/2023 con Perímetro Braquial 12.5 cm Perímetro Cefálico 45 cm **PA:** 9.2 kg **TA:** 82.7 cm **P/T:** -2.21 DE **P/E:** -3.52 DE **T/E:** -3.58 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la*

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

NOMBRE DEL USUARIO	CAMILO ANDRES MOLINA
REGISTRO CIVIL	1241088302
FECHA DE NACIMIENTO	16/05/2019
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	NORMA RAMIREZ ESTRADA
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (YOWA)
MOTIVO DE REMISION	Usuario masculino de 4 año 5 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 02/11/2023 con: Perímetro Braquial 12.5 cm Perímetro Cefálico 47.9 cm **PA:** 8.4 kg **TA:** 78.1 cm **P/T:** - 2.29 DE **P/E:** -5.14 DE **T/E:** -6.60 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

NOMBRE DEL USUARIO	JHON FREDY ANOWA HERRERA
REGISTRO CIVIL	1067734565
FECHA DE NACIMIENTO	14/12/2020
EPS	DUAKAWI - REGIMEN SUBSIDIADO
ACUDIENTE	NERYS HERRERA ESTRADA
DIRECCION	RESGUARDO IROKA (YUKANA)
MOTIVO DE REMISION	Usuario masculino de 2 año y 10 meses de edad el cual fue valorado antropométricamente el día 01/11/2023 con Perímetro Braquial 12.2 cm Perímetro Cefálico 47.5 cm **PA:** 7.8 kg **TA:** 75 cm

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

	P/T: - 2.47 DE **P/E:** -4.67 DE **T/E:** -5.72 DE **DX. 1.** Desnutrición Aguda Moderada. **2.** Desnutrición Global. **3.** Talla baja para la edad. Usuario que arroja clasificación de Desnutrición Aguda Moderada, por lo que se realiza remisión para su debida atención acorde al "*lineamiento para el manejo integrado de la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niñas y niños de 0 a 59 meses de edad Resolución 2350 de 2020*".

Gracias por la atención prestada y pronta respuesta positiva.

Atentamente,

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

CC: ICBF CRN Centro Zonal Codazzi

PRODUCTOS PAQUETES CRN

ITEM	PRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	REGISTRO INVIMA
1	ARROZ PINILLAR	LIBRA	L 18B03	01 DE SEPTIEMBRE 2024	NSA-004424-2018
2	PASTAS LA MUÑECA	LIBRA	LC 260231484	16 DE SEPTIEMBRE 2024	RSAV16I74315
3	HARINA DE MAIZ AREPA AREPA	LIBRA	L202	24 DE SEPTIEMBRE 2024	PSA-000210-2016
4	HARINA DE TRIGO LA NIEVE	LIBRA	L 250923	25 DE JULIO 2024	PSA-001620-2018
5	LECHE ENTERA EN POLVO MIRAMONTE	UNIDAD	090823S3O3	01 DE AGOSTO 2024	RSA-0021328-2022
6	ATUN EN AGUA LOMITOS CATALINA	UNIDAD	LA501150822	15 DE AGOSTO 2026	RSIA05I108214
7	HUEVOS DE GALLINA	UNIDAD	NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE
8	FRIJOL ROJO OLIMPICA	LIBRA	280M1T2	07 DE OCTUBRE 2024	NO TIENE
9	ACEITE DE SOYA OLIVERA	UNIDAD	6.70803E+13	08 DE MARZO 2024	PSA-000927-2017

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

DISENTIMIENTO INFORMADO

FECHA (25/11/23) HORA: 8:00 LUGAR: (CIUDAD, MUNICIPIO, ASENTAMIENTO, ETC)
Cesar - Codazzi. CRN Nanaechpo

Servicio de Salud Dusakawi Ipri.

PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD A LA QUE ES RENUENTE O RECHAZA:
Continuar con el tratamiento de recuperación nutricional.

NOMBRE DEL USUARIO: Katia Franco García

TIPO DE ID: ___ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Riesgo de DNT

Por medio de la presente constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi disentimiento, para la realización del (los) procedimiento (s):
Tratamiento de recuperación nutricional. Omitiendo las indicaciones dadas por los profesionales.

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

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

Firma del paciente o responsable: _____

Número de documento: 1133 485 536. Viviana García.

Número de teléfono: _____

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

Firma del profesional en salud: Charlotte Peñaloza González

Registro médico o tarjeta profesional: Charlotte Peñaloza González
PSICÓLOGA
T.P. 245032

Dusakawi

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

NIT. 824.002.362-1

DISENTIMIENTO INFORMADO

FECHA (30/11/23) HORA: 8AM LUGAR: (CIUDAD, MUNICIPIO, ASENTAMIENTO, ETC)
Cesar - Codazzi. CRN Nanaechpa.

Servicio de Salud Dusakawi Ipsi

PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD A LA QUE ES RENUENTE O RECHAZA:
Continuar con el Tratamiento de recuperación nutricional

NOMBRE DEL USUARIO: MAIKOL KASUPAUE CONEUE

TIPO DE ID: RC NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1061.137.108

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Riesgo.

Por medio de la presente constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi disentimiento, para la realización del (los) procedimiento (s):
Tratamiento de recuperación nutricional Cumpliendo las indicaciones dada por los profesionales

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

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

Firma del paciente o responsable: Claudia Coneue C

Número de documento: 1133.484.312.

Número de teléfono: _____

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

Firma del profesional en salud: Charlotte Peñaloza González

Registro médico o tarjeta profesional: Charlotte Peñaloza Gonzales
PSICOLOGA
TP. 245002