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

COMUNICACIÓN EXTERNA

Código: CE-SGC-01
Versión: 02 / 03-06-2019

Valledupar, 14 de junio 2024

Recibido
Dayan Blanco
17/06/2024.

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

REF. Entrega de Informe técnico u operativo del mes de Mayo 2024 del centro de recuperación nutricional NANAECHPO

Cordial saludo:

Por medio de la presente me dirijo a usted, con el ánimo de hacerle entrega del informe que corresponde al mes de Mayo del centro de recuperación nutricional NANAECHPO, de acuerdo con el convenio No. **20002362023,** con la siguiente información:

En físico:

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

En Magnético, archivos en Excel:

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

En Magnético, archivos en PDF:

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

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

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

Atentamente,

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

BIENESTAR FAMILIAR

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

INFORME EJECUTIVO

1. INFORMACIÓN GENERAL

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

Regional: CESAR	**Centro(s) Zonal(es) que supervisa(n):** Codazzi

Contrato de aporte Número: 20002362023	**Cupos contratados: 15**	**Servicio que presta:** CRN NANAECHPO
Fecha de Inicio de la Prestación del Servicio: 16/12/2023	**Periodo reportado:** 01/05/2024 al 31/05/2024	
Nombre de la Entidad Administradora del Servicio (EAS): DUSAKAWI IPS	**Nombre del Representante Legal de la (EAS):** DABINSON JAVIER RESTREPO FERNANDEZ	
Nombre supervisor del contrato: Carmen Cecilia Castaño	**Nombre y cargo del supervisor de apoyo al contrato:** Dayan Blanco Gomez	

1.1 Número de Beneficiarios atendidos por zona de Ubicación

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

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

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

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

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

ASPECTO A EVALUAR	Nº DE CASOS AL INICIAR EL CONTRATO	Nº DE CASOS AL PRESENTAR EL REPORTE	% DE AVANCE EN RESOLUCIÓN DE SITUACIONES ESPECIALES
Niñas y niños sin registro civil	1	1	100%
Niñas y niños sin afiliación a salud	0	0	0%
Niñas y niños sin control de crecimiento y desarrollo	0	0	100%
Niñas y niños sin esquema de vacunación completo acorde a su edad al inicio del contrato	0	0	100%

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

3- Activación de rutas en el contrato.

Atención priorizada	No. usuarios	Observación
Documento de identidad	1	SE SOLICITO JORNADA DE REGISTRO PARA LOS MENORES DEL CRN
Afiliación a Salud	0	NINGUNA
Vacunación	0	NINGUNA
Control de Crecimiento y Desarrollo	0	NINGUNA
Control Prenatal	0	NINGUNA
Total	**0**	

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

Grupo de Atención	# Beneficiarios Egresados por CRN	
	CRN CODAZZI	TOTAL
Niños y Niñas menores de seis meses	0	0
Niños y niñas de seis meses a cinco a años	14	14
Niños y Niñas mayores de cinco años	0	0
Total	**14**	**14**

Los datos anteriormente descritos se recolectaron durante el mes de mayo, cuantificando el número de niños y niñas mayores a 6 meses hasta los 5 años de edad en el CRN CRN nanaechpo que se les da egreso, de los cuales 13 egresaron con peso adecuado para la talla y se mencionan ahora los niños que fueron egresados con disentimiento informado por retiro voluntario del programa sin recuperación nutricional (Riesgo de

Desnutrición aguda) JUAN OSCAR FRANCO PEÑALOZA y el niño ENAEL FRANCO PEREZ que sigue su proceso de recuperación para el siguiente mes

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

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

6- Diagnostico nutricional en usuarios atendidos

ESTADO NUTRICIONAL		Nº DE NIÑOS, NIÑAS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL	% DE NIÑOS, NIÑAS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL
Descripción cuantitativa del diagnóstico nutricional (Reportar MENSUALMENTE)	DNT Aguda Severa (<-3)	1	6.6%
	DNT Aguda Moderada (<-2)	14	93.4%
	peso adecuado para la talla	0	0%
	Riesgo de sobrepeso	0	0%
	Sobrepeso	0	0%
	Obesidad	0	0%
TOTALES		15	100%

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

Grupo de Atención	# Beneficiarios Recuperados por UDS	
	UDS CODAZZI	TOTAL
Niños y Niñas menores de seis meses	0	0
Niños y niñas de seis meses a cinco a años	13	13
Niños y Niñas mayores de cinco años	0	0

BIENESTAR FAMILIAR

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

8- Número de Visitas realizadas en el mes por Perfil

ACTIVIDADES ADELANTADAS	N° DE ACTIVIDADES REALIZADAS	N° DE ASISTENTES	N° TOTAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO
Número de visitas de acompañamiento a los hogares o familias por los psicosociales	18	32	DIECIOCHO VISITAS DOMICILIARIAS

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

Número de identificación del usuario	Fecha	Participantes	Conclusión (muy ejecutiva)
1.300.420.616	01/05/2024	ALFREDO CALDERON LEIDY CRUZ RICARDO ANGULO	USUARIO CON PESO BAJO PARA LA TALLA Y RETRAZO EN DESARROLLO PSICOMOTRIZ POR CONDICIONES DE INSEGURIDAD ALIMENTRIA.
1.065.679.547	01/05/2024	ALFREDO CALDERON LEIDY CRUZ RICARDO ANGULO	REINGRESO USUARIA CON PESO BAJO PARA LA TALLA POR CONTEXTURA FISICA Y CONDICIONES DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA.
1.300.422.455	01/05/2024	ALFREDO CALDERON LEIDY CRUZ RICARDO ANGULO	REINGRESO USUARIA CON PESO BAJO PARA LA TALLA POR CONTEXTURA FISICA Y CONDICIONES DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA.
1.067.735.759	01/05/2024	ALFREDO CALDERON LEIDY CRUZ RICARDO ANGULO	REINGRESO USUARIA CON PESO BAJO PARA LA TALLA Y RETRAZO EN DESARROLLO PSICOMOTRIZ POR CONDICIONES DE INSEGURIDAD ALIMENTRIA.
			USUARIA CON PESO

1.067.737.162	18/05/2024	ALFREDO CALDERON LEIDY CRUZ RICARDO ANGULO	BAJO PARA LA TALLA Y RETRAZO EN DESARROLLO PSICOMOTRIZ POR CONDICIONES DE INSEGURIDAD ALIMENTRIA.
1.067.736.954	22/05/2024	ALFREDO CALDERON LEIDY CRUZ RICARDO ANGULO	USUARI CON PESO BAJO PARA LA TALLA Y RETRAZO EN DESARROLLO PSICOMOTRIZ POR CONDICIONES DE INSEGURIDAD ALIMENTRIA.

10- Resumen entrega de RFPP

CRN	Lugar	Fecha de la entrega	# Beneficiarios atendidos porGrupo de Atención			# Total de Beneficiarios atendidos
			Niños y niñas menores de 6 meses	Niños y niñas entre los 6 meses y los 5 años	Niños y niñas mayores de 5 años	
CRN	NANAECHPO	30 DE MAYO 2024	0	13	0	13
Total			0	13	0	13

11- Capacitaciones realizadas al talento humano de la EAS

TEMAS TRATADOS	FECHA	OBJETIVOS	LOGROS OBTENIDOS
HIGIENE PERSONAL	03/05/2024	ORIENTAR A LAS MADRES DE LOS MENORES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE PERSONAL	SE INFORMÓ A LAS MADRES LOS CUIDADOS DE HIGIENE PERSONAL QUE DEBEN TENER CON LOS MENORES. SE LES HIZO ENTREGA DE ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL DE LOS MENORES.
HIGIENE ORAL	03/05/2024	ORIENTAR A LAS MADRES DE LOS MENORES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL EN LOS MENORES	SE INFORMÓ A LAS MADRES LOS CUIDADOS DE HIGIENE ORAL QUE DEBEN TENER CON LOS MENORES. SE LES HIZO ENTREGA DE ELEMENTOS DE LIMPIEZA ORAL
POTABILIZACIÓN DEL	04/05/2024	FORMAR A PADRES DE	SE ENSEÑÓ EL METODO DE

BIENESTAR FAMILIAR

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

AGUA PARA EL CONSUMO		FAMILIA EN BASE A SU CULTURA CON EL ADECUADO MÉTODO PARA POTABIULIZAR EL AGUA	HERVIR EL AGUA CRUDA PARA POTABILIZAR CON EL FIN DE PROTEGER SU SALUD Y LA DE LOS NIÑOS
SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	05/05/2024	CAPACITAR A LAS MADRES SOBRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS E IDENTIFICARLOS PARA PROMOVER LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS MENORES	SE LOGRÓ EDUCAR A LAS MADRES DE LOS MENORES PARA QUE INDENTIFICARAN LOS PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS HACIENDO ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN MEDICA PARA LA RECUPERACION DE LOS MENORES
IMPORTANCIA DEL JUEGO EN EL DESARROLLO	06/05/2024	INFORMAR A LAS MADRES SOBRE LA IMPORTANCIA DEL JUEGO EN EL DESARROLLO Y APRENDIZAJE DE LOS NIÑOS	SE LOGRA MOSTRAR A LAS MADRES LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL JUEGO PARA EL APRENDIZAJE DE LOS NIÑOS Y SU DESARROLLO GENERAL.
ESTIMULACION CON PLASTILINA	07/05/2024	ESTIMULAR LA MOTRICIDAD FINA DE LOS MENORES MEDIANTE ACTIVIDAD DIDACTICA CON PLASTILINA	EN ESTA ACTIVIDAD SE LOGRÓ BUENA CONCENTRACION POR LOS PARTICIPANTES, EJECUTANDO ASI DE MANERA POSITIVA LOS MOVIMINETO PRECISOS Y COORDINADOS QUE ESTA ACTIVIDAD REQUERIA
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DESNUTRICION Y ANEMIA: CAUSAS Y CONSECUENCIAS	08/05/2024	INFORMAR A LAS MADRES SOBRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DESNUTRICIÓN, CUALES SON SUS CAUSAS Y CONSECUENCIAS	SE ORIENTÓ A LAS MADRES SOBRE COMO IDENTIFICAR LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DESNUTRICIÓN Y LA ANEMIA Y SUS CONSECUENCIAS
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES	09/05/2024	CAPACITAR A LAS MADRES SOBRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS E IDENTIFICARLOS PARA PROMOVER LA ATENCION MEDICA DE LOS MENORES	SE LOGRÓ EDUCAR A LAS MADRES DE LOS MENORES PARA QUE INDENTIFICARAN LOS PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS ENFERMEDADES
PINTA CON LAS MANOS	10/05/2024	ESTIMULAR LA MOTRICIDAD FINA Y COORDINACION VISOMANUAL DE LOS MENORES POR MEDIO DE	EN ESTA ACTIVIDAD SE LOGRÓ BUENA CONCENTRACION POR LOS PARTICIPANTES, EJECUTANDO ASI DE MANERA

		ACTIVIDAD DIDACTICA CON PINTURA	POSITIVA LOS MOVIMINETO PRECISOS Y COORDINADOS QUE ESTA ACTIVIDAD REQUERIA
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	11/05/2024	ORIENTAR A LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL CRN EN LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y SU IMPORTACIA	SE CAPACITO A LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA SOBRE LA ESTIMULACION TEMPRANA Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO DE LOS MENORES
PINTA CON LAS MANOS	11/05/2024	ESTIMULAR LA MOTRICIDAD FINA Y COORDINACION VISOMANUAL DE LOS MENORES POR MEDIO DE ACTIVIDAD DIDACTICA CON PINTURA	EN ESTA ACTIVIDAD SE LOGRÓ BUENA CONCENTRACION POR LOS PARTICIPANTES, EJECUTANDO ASI DE MANERA POSITIVA LOS MOVIMINETO PRECISOS Y COORDINADOS QUE ESTA ACTIVIDAD REQUERIA
TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS	12/05/2024	CAPACITAR A LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL CENTRO SOBRE EL PROCESO ADECUADO PARA TOMAR LAS MEDIDAS ANTROPOMETRICAS	SE ORIENTO A LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA SOBRE LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS PARA ASI MEJORAR SU TOMA EN EL CENTRO.
COLOREA LA MARIPOSA	13/05/2024	ESTIMULAR LA MOTRICIDAD FINA POR MEDIO DE UNA ACTIVIDAD DIDACTICA DE COLOREAR	SE LOGRO ESTIMULAR LA MOTRICIDAD FINA DE LOS MENORES POR MEDIO DE LA ACTIVIDAD DE COLOREAR LA MARIPOSA CON UNA BUENA ACEPTACION Y PARTICIPACION DE LOS MENORES
ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA	14/05/2024	ORIENTAR SOBRE LAS ENFEREMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA Y CUIDADOS PARA CONTRARESTARLAS	SE SOCIALIZÓ SOBRE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFACIA SUS IMPLICACIONES Y CUIDADOS PARA EVITAR COMPLICACIONES
JORNADA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL	15/05/2024	CONCIENTIZAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA SALUD DENTAL Y ASISTENCIA AL CENTRO MEDICO DONDE EL ODONTOLOGO.	SE BRINDO ORIENTACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA SALUD DENTAL Y COMO REALIZARLA CORRECTAMENTE Y SE ASITIO AL ODONTOLOGO.
JUEGO DE BOLOS	16/05/2024	ESTIMULAR LA MOTRICIDAD GRUESA POR JUEGO DE BOLOS	SE LOGRO ESTIMULAR LA MOTRICIDAD GRUESA DE LOS MENORES POR MEDIO DE LA ACTIVIDAD DIDACTICA DE JUEGO DE BOLOS

BIENESTAR FAMILIAR

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

LACTANCIA MATERNA	16/05/2024	CAPACITAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA LECHE MATERNA COMO MEDIO DE OBTENCIÓN PRIMARIA DE NUTRIENTES Y PROTECCIÓN FRENTE A LAS ENFERMEDADES	SE BRINDÓ CAPACITACIÓN ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y LOS BENEFICIOS QUE TIENE PARA LOS MENORES COMO LA OBTENCION DE NUTRIENTES Y PROTECCIÓN DE ENFERMEDADES
ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL	17/05/2024	INCENTIVAR A LAS MADRES DE LA POBLACIÓN YUKPA ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE CONSUMIR ALIMENTOS RICOS EN NUTRIENTES QUE SE ENCUENTREN EN SU CULTURA CON LA INTENCIÓN DE MEJORAR SU ESTADO NUTRICIONAL Y DE SALUD	SE BRINDÓ INFORMACIÓN A LOS ASISTENTES BENEFICIADOS DEL CRN ACERCA DEL CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN NUTRIENTES Y LOS METODOS QUE SE APLICAN PARA LA COCCIÓN Y PREPARACIÓN ADECUADA DE LOS ALIMENTOS
JUEGO LA PEREGRINA	18/05/2024	ESTIMULAR EL EQUILIBRIO , LA COORDINACION Y LA IMAGINACION POR MEDIO DE EL JUEGO LA PEREGRINA	SE LOGRO REALIZAR LA ESTIMULACIÓN DE LOS MENORES CON BUENA PARTICIPACIÓN EN EL JUEGO LA PEREGRINA
DERECHOS DE LOS NIÑOS	20/05/2024	CAPACITAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS	SE BRINDÓ ORIENTACIÓN SOBRE CUALES SON LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y LA IMPORTANCIA DE GARANTIZAR SU CUMPLIMIENTO
ENCAJAR	21/05/2024	ESTIMULAR LA MEMORIA VISUAL POR MEDIO DE LA ACTIVIDAD DE ENCAJAR FICHAS	SE LOGRÓ MANTENER LA CONCENTRACIÓN VISUAL DE LOS MENORES Y ESTIMULAR SU MEMORIA A CORTO PLAZO Y MOTRICIDAD FINA
BOLITAS DE PAPEL	24/05/2024	ESTIMULAR LA MOTRICIDAD FINA POR MEDIO DE LA ACTIVIDAD DE RASGAR PAPEL, FORMAR BOLITAS Y PEGARLO EN UNA SUPERFICIE DE CARTON	SE REALIZO ESTIMULACION DE MOTRICIDAD FINA POR MEDIO DE LA ACTIVIDAD DE RASGAR PAPEL,REALIZAR BOLITAS CON LAS MANOS YTPEGARLO EN EL CARTON CON PARTICIPACION ACTIVA DE LOS MENORES
ALIMENTACIÓN COMO ESPACIO DE INTEGRACIÓN FAMILIAR	25/05/2024	ORIENTAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACION COMO ESPACIO DE INTEGRACION FAMILIAR	SE BRINDÓ CAPACITACIÓN A LOS ACOMPAÑANTES DE LOS MENORES EN EL CENTRO SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMO ESPACIO DE INTEGRACIÓN FAMILIAR Y SU APORTE AL DESARROLLO DE LOS MENORES

BIENESTAR FAMILIAR

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

ROMPE CABEZAS	25/05/2024	ESTIMULAR LA MEMORIA VISUAL POR MEDIO DE LOS ROMPE CABEZAS	SE LOGRA MANTENER LA CONCENTRACION VISUAL DE LOS PARTICIPANTES DE LA ACTIVIDAD Y ADEMAS DE ESO PERMITE QUE HAYA CONCENTRACIO DE LA MEMORIA
ESTIMULACIÓN CON PLASTILINA	26/05/2024	ESTIMULAR LA MOTRICIDAD FINA DE LOS MENORES MEDIANTE ACTIVIDAD DIDACTICA CON PLASTILINA	SE LOGRA ESTIMULAR LA CREATIVIDAD DE CADA UNO DE LOS NIÑOS POR MEDIO DE ESTA ACTIVIDAD
LECTURA	27/05/2024	ESTIMULAR EL LENGUAJE, LA CONCENTRACIÓN, LA MEMORIA Y LA COMUNICACIÓN POR MEDIO DE LA LECTURA	SE REALIZO LECTURA Y SE ESTIMULO CON LIBRO CON SONIDOS E ILUSTRACIONES, CON BUENA PARTICIPACION DE LOS MENORES
SALTAR LA CUERDA	28/05/2024	DESARROLLLAR LA COORDINACION Y LA MOTRICIDAD POR MEDIO DE SALTAR LA CUERDA	SE CONSIGUE BUENA PARTICIPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA Y SE LOGRA REALIZAR UNA BUENA ACTIVIDAD DE ESTIMULACION DE COORDINACION Y MOTRICIDAD
CUIDADOS BÁSICOS DE LOS MENORES	30/05/2024	INFORMAR SOBRE LOS CUIDADOS BÁSICOS DE LOS MENORES EN EL HOGAR	SE LOGRA DAR INFORMACION CLARA Y RECOMENDACIONES PARA QUE PONGAN EN PRACTICA EN SUS HOGARES
TOTAL	28		

Soportar con las actas.

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

Ricardo Argote M.
T.P 1016073407

DABINSON JAVIER RESTREPO FERNANDEZ.
Director.

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _01_MES __05__AÑO __2024____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres YONEIRA FRANCO PEÑALOZA	Cama: 01	Historia de Atención: 1.067.737.162
Sexo: M ☐ F ☒	Fecha de Nacimiento: Día 11 Mes 11 Año 2022	Edad Completa: A 1 M 6 D
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO** WAUCHA	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**	Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre: MEREINE PEÑALOZA FRANCO	
Dirección de residencia: WAUCHA	Teléfono de residencia y/o contacto: **NO TIENE**	

Afiliación al SGSSS, marque con una (X)

Contributivo ☐ Subsidiado ☒ Régimen Especial ☐ Vinculado ☐

EPS: _____

IPS Primaria o de Remisión: _____

Tipo de Identificacion del paciente: Sin identificacion ☐ (en este caso coloque el número de identificacion de la madre o acudiente seguido de 0 y el numero de hijo que corresponde el paciente) Registro Civil ☒	Número de identificación del paciente: 1.067.737.162

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

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 _____8_____meses	Marcha sin apoyo _____meses
Primeros dientes ___10_____meses	Control de esfínteres _____meses	Sonidos guturales _____3_____meses
Disilabos _____9_____meses	Palabras completas _____meses	Frases completas _____meses
Adecuada relación con los demás Si ✖☐ No ☐ No, ¿por qué? _____	Adecuada Escolaridad/Rendimiento Si ☐ No ✖☐ No, ¿por qué? _____	

¿Asiste a programa de Crecimiento y Desarrollo del sector Salud?
Si ✖ No ☐
No, ¿por qué?

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

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

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

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

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

☐ Piel y Faneras	
☐ Ojos	

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

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso ___7.71_____ kg	Talla __76_____ cm	Perímetro Cefálico _____43.5_____cm	Perímetro Abdominal _____47_____ cm Perímetro braquial 11 cm Perímetro torácico 46 cm
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC ____93___ / min.	FR ____30___/ min.	Tensión Arterial ____94__/_65____ mmHg	Temperatura __37.3___*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

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

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

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

11.Pulmones			CLAROS
12.Abdomen			BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO
13.Genitourinario			NORMOCONFIGURADO PARA LA EDAD
14.Perineé/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 ✖	
Pliegue cutáneo	Si ☐ No ✖	Muy lento (> 2 seg.): _____ lento : _____
FIEBRE		

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
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 ✖	

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

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

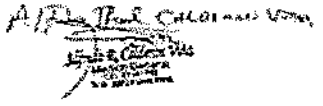
1.PRUEBA DE APETITO POSITIVO COMER ¼ AHORA

2. FTLC CALCULADO 1156 KILOKALORIAS DAR 2.31 SOBRE QUE CONTINEN 212.52 gr, DAR 53.13 gr CADA 6 HORAS

3. AGUA POTABLE 1156 CC EN 24 HORAS 6 VASOS 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** 

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

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 01 Mes 05 Año 2024

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: YONEIRA FRANCO PEÑALOZA Teléfono o contacto: NO TIENE
Fecha Nacimiento: 11/11/2022 Edad: 1 AÑO 5 MESES Sexo: F X M
Nombre Acudiente: MARIENE PEÑALOZA FRANCO Parentesco: MADRE
Diagnóstico Médico: DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Tratamiento Médico:

II. ANTECEDENTES

NEONATALES:
Edad Estacional: 9M Peso al Nacer: NR (g) Talla al Nacer: NR (cm)
Observaciones:

PATOLÓGICOS (Marcar con una X):
Respiratorias ☐ Diarreicas ☒ Eruptivas ☐ Alergias ☐ Qx ☐
¿Cuál (es)?

Vacunación: Esquema completo para la edad: Esquema incompleto para la edad:
Otras:

FAMILIARES:

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

Otras:

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

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

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

RESERVADA

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

ÁREA A EVALUAR	OBSERVACIÓN	INTERPRETACIÓN
Cabello	Débil, frágil, opaco, signo de bandera	Hipovitaminosis
Cara	Delgada	Deficiencia proteicocalórica
Cavidad Oral y Estructuras	Esmalte manchado, caries	Falta de higiene, hipovitaminosis
Tronco (Estomago)	Abdomen globoso, rosario intercostal	Parasitosis, delgadez
Miembros Inferiores Superiores	Delgadez	Deficiencia proteico, calórica
Manos – Uñas	Sucias, Palidez	Falta de higiene
Piel	Seca, Escamosa, palidez	Deshidratación, hipovitaminosis

Interpretación General: Usuario con signos físicos de deficiencia de micronutrientes, delgadez, musculo esquelético generalizad, rosario intercostal.

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Presenta edema: Si ☐ No ☒ Grado: _____

Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 76

Peso Actual: 7.71Kg.

Perímetro Cefálico: 43.5 cm Perímetro Braquial: 11 cm

Perímetro Torácico: 46 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	-2.21	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	-1.50	RIESGO DE RETRASO EN TALLA
Peso/ Edad	-2.32	DESNUTRICION GLOBAL

% Déficit de Peso/ Talla: 17%

Clasificación Nutricional: DESNUTRICION AGUDA MODERADA Y DESNUTRICION GLOBA

V. EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXAMEN	VALOR ACTUAL	REFERENCIA NORMAL

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

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

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

Interpretación:

VI. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

LACTANCIA MATERNA: LM

Recibió LM Exclusiva: Si ☒ Duración: 6 MESES Frecuencia: LIBRE
No ☐ Causa:

Recibió Fórmulas Infantiles: Si ☐ No ☒

Tipo de Fórmula: N.A No. Tomas/día: N.A
Preparación: N.A

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: ADECUADO
Posición del bebe durante la lactancia: ADECUADO
Agarre del pecho: ADECUADO
Succión – Deglución: ADECUADO
La niña o niño mamó durante 15 minutos durante la entrevista para el diligenciamiento del formato.
Plan para programar acciones con el fin de iniciar lactancia o reluctancia materna:
Capacitar a madres gestantes y lactantes acerca de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses mediante charlas educativas dando a conocer su importancia, explicarles la importancia de la relactancia en la cual la madre consigue recuperar su producción de leche mediante estimulación para volver a amamantar a su bebe con lactancia materna.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

¿A qué edad inició la alimentación complementaria? 9M

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

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

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

RESERVADA

6 - 8 Meses	LECHE MATERNA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA, COLADA DE AVENA, SOPA, ARROZ
8 - 12 Meses	LECHE MATERNA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA, COLADA DE AVENA, SOPA, ARROZ

¿A qué edad inicio la dieta familiar? 12M
Persona encargada de la alimentación del menor: MADRE
¿En qué lugar recibe alimentos el menor? CASA
HÁBITOS ALIMENTARIOS

Apetito: Bueno X Regular_ Malo ☐
Ingesta: Rápida ☐ Despacio:_ Normal: X
Deglución: Normal ☒ Deficiente ☐
Mastica: Si ☒ No ☐ Explicar:

Hábito intestinal: Normal ☐ Estreñimiento ☐ Diarrea ☒
Síntomas gastrointestinales: Vómito ☐ Reflujo ☐ Otro ☐ ¿Cuál? NINGUNO
Alimentos Preferidos: GUANDUL, FRIJOLES, GUINEO, MAZORCA, ARROZ
Alimentos Rechazados: NINGUNO
Alimentos no tolerados: NINGUNO

VII. ANAMNESIS ALIMENTARIA:

HORA	ALIMENTO Y PREPARACIÓN	CANTIDAD
7:00 AM	GUINEO VERDE COCIDO	1 TAZA PEQUEÑA
	LECHE MATERNA	LIBRE DEMANDA
12:00PM	ARROZ	1 PORCION PEQUEÑA
	MENUDENCIA	1 PORCION PEQUEÑA
6:00PM	LECHE MATERNA	LIBRE DEMANDA
	GUINEO VERDE COCIDO	1 PORCION PEQUEÑA

VIII. FRECUENCIA DE CONSUMO

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

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

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

RESERVADA

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								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	
Huevo				X				
Leguminosa								
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

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

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

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

NUTRIENTES	CONSUMO	RECOMENDADO	% ADECUACIÓN
Calorías	480CAL	1156,5	41,49%
Proteínas	8	11,25	71,11%
Grasas	10	30	33,33%
Carbohidratos	110	130	84,61%
Calcio	300	700MG	43.0%
Hierro	1	3MG/KG/DIA	33%
Vitamina A	100	300	33.3%
Zinc	0	2MG/KG/DIA	0
Ácido fólico	0	1MG/DIA	0

X. INTERPRETACIÓN: _ DE LA ANAMNESIS ALIMENTARIA PODEMOS CONCLUIR QUE TIENE UNA INGESTA ALIMENTARIA DESIQUILIBRADA E INADECUADA POR ENDE HAY DESCOMPENSACION EN EL CUBRIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES QUE NECESITA PARA SU DESARROLLO.
AL IGUAL EL ALTO GRADO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA AL QUE ESTA EXPUESTO TODO EL NUCLEO FAMILIAR

XI. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:
DNT AGUDA MODERADA CON RETRASO EN TALLA CON DESNUTRICION GLOBAL

XII. PRESCRIPCIÓN DIETARIA:

SE INICIA TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON REGIMEN HIPERCALORICO, HIPERPROTEICO, DIETA ALTA EN HIERRO, ZINC Y CALCIO.
CAL: 1.156,5 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 2.31 SOBRE/DIA ZINC: MG/DIA

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

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

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

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**
212,5	SOBRES	2.31 SOBRE/DIA

NUTRIENTES	dato/Kg peso actual	Aporte Total	Aporte total por FTLC	Aporte total por alimentación	Aporte total suplementación[15] micronutrientes	Observaciones
Calorías (Kcal)	150caL/7.71kg	1.156,5cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1gr/7.71kg	31.61gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0gr/7.71kg	46gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0gr/7.71kg	154gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	20.1mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	13.4mg	131%			
Vitamina A (UI)	300 AI	1104 ug	220.8%			RIEN
Ácido fólico	5MG/1MG				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 2.5 SOBRES/DIA, LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA BALANCEADA ORDENADA ASISTIDA EN 3 TIEMPOS DE COMIDA Y 2 MERIENDAS, LA CUAL ESTA

[15] Para ello debe tener en cuenta la prescripción médica.

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 6 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:**
RICARDO ANDRES ANGULO MERCADO	Ricardo Angulo M. T.P 1046873407

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

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

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

RESERVADA

Fecha de aplicación: Día **06** Mes **05** Año **2024**

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: **NANAECHPO**

Departamento: **CESAR** Municipio: **AGUSTIN CODAZZI**

Nombre profesional social: **LEIDY ANDREA CRUZ VELANDIA**

Persona o personas que suministran la información: **MEREINE PEÑALOZA FRANCO**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **YONEIRA**	**Segundo Nombre**	**Primer Apellido** **FRANCO**	**Segundo Apellido** **PEÑALOZA**
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 01/05/2024 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):1.067.737.162** **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 X Autoridad tradicional ☐ Líder comunitario ☐ Otro programa del ICBF (cuál?) ☐ Otro medio (cuál?)	
La familia del niño o niñas es desplazada: ☐ SI. De donde: X NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: X NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI X NO	**¿Es Indígena?** X SI. Pueblo: **YUKPA** ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: X NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: X NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: X NO	
Departamento y municipio de residencia: **CESAR, AGUSTIN CODAZZI**	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** **WAUCHA**	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel: REFIERE NO TENER		**Número teléfono contacto dos**[1] Nombre: Tel:	
Zona: X Rural ☐ Urbano Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos, rutas):			

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

RESERVADA

Presenta discapacidad: NO X SI ☐

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

En que categorías presenta discapacidad

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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia

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

La discapacidad ha sido diagnosticada: SI ☐ NO ☐

Entidad que certifica la discapacidad:

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

Si recibe terapia o rehabilitación. Nombre entidad atención:

Descripción de la terapia y/o rehabilitación:

Descripción de la discapacidad:

2. ESTRUCTURA Y ECONOMIA FAMILIAR

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

Nombre y apellido	Edad	Parentesco / afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud	Tiempo de trabajo (permanente, temporal, eventual)
HELIO DAVID FRANCO PEÑA		PADRE	CASADO	SECUNDARIA INCOMPLETA	AGRICULTOR		EVENTUAL
MEREINE PEÑALOZA FRANCO	18	MADRE	CASADA	SECUNDARIA INCOMPLETA	AMA DE CASA		

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

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

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

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

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

SI ☐ NO ☐

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

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

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

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

Total de ingresos mensuales de la familia en SMMLV:

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

Observaciones relacionadas con estructura y economía familiar

FAMILIA NUCLEAR CONFORMADA POR PADRE, MADRE Y UN HIJO DE UN AÑO Y SEIS MESES, MADRE CUIDADORA PRINCIPAL Y AMA DE CASA , PADRE SE DEDICA A LAS LABORES DEL CAMPO SIN ESTABILIDAD LABORAL, SU PRINCIPAL FUENTE DE ALIMENTO ES EL AUTOABASTECIMIENTO Y TRUEQUE CON MICROCULTIVOS DE FRIJOL GUANDUL, MAIZ, GUINEO.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

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

4. CONCLUSIONES

FAMILIA NUCLEAR DE UN HIJO, NO CUENTAN CON RECURSOS ECONOMICOS, MENOR CON POCA HIGIENE PERSONAL Y POCOS CUIDADOS GENERALES.

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)

CAPACITACIÓN EN: CUIDADOS BASICOS DEL MENOR, HIGIENE PERSONAL, HIGIENE ORAL, SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA PRIMERA INFANCIA, DERECHOS DE LOS NIÑOS, ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL, POTABILIZACIÓN DEL AGUA.

VISITA DOMICILIARIA

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año):	
26/05/2024 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.	Leidy Cruz O. Psicóloga T.P 234987 UNIVERSIDAD AREANDINA **Firma profesional social**

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _01_ MES __05_ AÑO __2024____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **ENAEL FRANCO PEREZ**		Cama: 02	Historia de Atención: 1.300.420.618
Sexo: M [X] F [ ]	Fecha de Nacimiento: Día 19 Mes 09 Año 2021	Edad Completa: A 2 M 6 D 11	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO NEMO**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre: **LIDIA PEREZ PEÑALOZA**		
Dirección de residencia: EL ONCE	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 1.300.420.618		

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 _____15_____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 ___6.25____ kg	Talla __69.2_____ cm	Perímetro Cefálico _____42_____cm	Perímetro Abdominal _____40_____ cm PERIMETRO TORAXICO 43 CM PERIMETRO BRAQUIAL 9 CM
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC ____93___ / min.	FR _____/ min.	Tensión Arterial ____94__/_65____ mmHg	Temperatura __37.7___*C Axilar ✖ ☐ Rectal ☐ Oral ☐
Aspecto General (hidratación, orientación, estado de conciencia, etc.)			

Sistema	Positivo	Negativo	Descripción (si es positivo escriba el número del sistema y describa los hallazgos, importante enfatizar en signos clínicos de desnutrición)
1.Cabeza	✖		**NORMOCEFALO, CABELLO RALO ESCASO**
2.Cara			**NORMAL, SIN LESIONES**
3.Ojos			**PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ**
4.Oidos			**SIN SECRECIONES**
5.Nariz			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
6.Orofaringe			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
7.Boca	✖		**FOSAS NASALES PERMEABLES**
8.Cuello			**MOVIL SIN ADENOPATIAS**

RECHAZADA

9.Torax			SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE
10.Corazón			RUIDOS CARDIACOS RITMICOS
11.Pulmones			CLAROS
12.Abdomen			BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO
13.Genitourinario			NORMOCONFIGURADO PARA LA EDAD
14.Periné/Ano			NORMAL
15.Osteoarticular			EUTROFICAS SIN EDEMA
16.Caderas			NORMAL
17.Neurologico			SIN DEFICIT APARENTE GLASGOW 15-15
18.Piel y Faneras	✖		SECA,
19.Otros			

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

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
VERIFICACIÓN SIGNOS GENERALES DE PELIGRO		
No puede beber o tomar del pecho	Si ☐ No ✖	
Vomita todo	Si ☐ No ✖	
Letárgico o Inconsciente	Si ☐ No ✖	
Convulsiones	Si ☐ No ✖	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR		
Presenta Tos	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____
Dificultad Respiratoria	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____ FR _____/ min.
Presenta Sibilancias Actualmente	Si ☐ No ✖	
Ha presentado sibilancias anteriormente	Si ☐ No ✖	
Presenta tiraje subcostal	Si ☐ No ✖	
Presenta Estridor en Reposo	Si ☐ No ✖	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE DIARREA		
Presenta Diarrea	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____
Presenta Sangre en las Heces	Si ☐ No ✖	
Letárgico o no puede beber	Si ☐ No ✖	
Ojos hundidos	Si ☐ No ✖	
Bebe ávidamente con sed	Si ☐ No ✖	
Intranquilo o irritable	Si ☐ No ✖	

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
Pliegue cutáneo	Si ☐ No ✖	Muy lento (> 2 seg.): _____ lento : _____
FIEBRE		
Presenta Fiebre	Si ☐ No ✖	Número de días de evolución: _____ Temperatura promedio _____*C
Vive o visito zona de riesgo de dengue	Si ☐ No ✖	
Rigidez de Nuca	Si ☐ No ✖	
Aspecto Tóxico	Si ☐ No ✖	
Manifestación de hemorragia	Si ☐ No ✖	
Dolor abdominal intenso	Si ☐ No ✖	
Piel diaforética y fría	Si ☐ No ✖	
Pulso rápido y débil	Si ☐ No ✖	
Inquieto o irritable	Si ☐ No ✖	
Erupción cutánea generalizada	Si ☐ No ✖	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DEL OÍDO		
Tiene dolor de oído	Si ☐ No ✖	
Tiene supuración	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____ Ha presentado episodios previos?: _____
Tímpano rojo y abombado	Si ☐ No ✖	
Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja	Si ☐ No ✖	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DE GARGANTA		
Tiene dolor de garganta	Si ☐ No ✖	
Adenopatías cervicales	Si ☐ No ✖	
Exudados blanquecinos	Si ☐ No ✖	
Eritema	Si ☐ No ✖	

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

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

Otros	Si ☐ No ✖	

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

13. IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS:

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

14. ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL Y NUTRICIONISTA

1. PRUEBA DE APETITO POSITIVO COMER ½ AHORA

2.FTLC CALCULADO 500 KILO CALORIAS DAR 92 gr DIA EN 4 TOMAS CADA 24 HORAS , OSEA 23 gr CADA 6 HORAS

3. AGUA POTABLE 500 CC EN 24 HORAS 2 VASOS DISTRIBUIDO 2 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

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

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

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 01 Mes 05 Año 2024

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: ENAEL FRANCO PEREZ Teléfono o contacto: NO TIENE
Fecha Nacimiento: 19/09/2021 Edad: 2 AÑOS 7 MESES Sexo: F M X
Nombre Acudiente: LIDIA PEREZ PEÑALOZA Parentesco: MADRE
Diagnóstico Médico: DESNUTRICION AGUDA SEVERA
Tratamiento Médico:

II. ANTECEDENTES

NEONATALES:
Edad Estacional: 9M Peso al Nacer: NR (g) Talla al Nacer: NR (cm)
Observaciones:

PATOLÓGICOS (Marcar con una X):
Respiratorias ☐ Diarreicas ☒ Eruptivas ☐ Alergias ☐ Qx ☐
¿Cuál (es)?

Vacunación: Esquema completo para la edad: Esquema incompleto para la edad:
Otras:

FAMILIARES:

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

Otras:

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

RESERVADA

ÁREA A EVALUAR	OBSERVACIÓN	INTERPRETACIÓN
Cabello	Débil, frágil, opaco, signo de bandera	Hipovitaminosis
Cara	Delgada	Deficiencia proteicocalórica
Cavidad Oral y Estructuras	esmalte manchado	Falta de higiene, hipovitaminosis
Tronco (Estomago)	Abdomen globoso, rosario intercostal	Parasitosis, delgadez
Miembros Inferiores Superiores	Delgadez	Deficiencia proteico, calórica
Manos – Uñas	Sucias, Palidez	Falta de higiene
Piel	Seca, Escamosa, palidez	Deshidratación, hipovitaminosis

Interpretación General: Usuario con signos físicos de deficiencia de micronutrientes, delgadez, musculo esquelético generalizad, rosario intercostal.

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso Actual: 6.25Kg.
Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg.
Perímetro Cefálico: 42 cm
Perímetro Torácico: 43 cm

Presenta edema: Si ☐ No ☒ Grado: _____
Talla Actual: 69.2 cm
Perímetro Braquial: 9 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	-3.72	DESNUTRICION AGUDA SEVERA
Talla/ Edad	-6.82	RETRASO EN TALLA
Peso/ Edad	-5.77	DESNUTRICION GLOBAL

% Déficit de Peso/ Talla: 23%
Clasificación Nutricional: DESNUTRICION AGUDA SEVERA-RETRASO EN TALLA-DESNUTRICION GLOBAL

V. EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXAMEN	VALOR ACTUAL	REFERENCIA NORMAL

Interpretación:

VI. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

LACTANCIA MATERNA: LM
Recibió LM Exclusiva: Si ☒ Duración: 2 MESES Frecuencia: LIBRE
No ☐ Causa:

Recibió Fórmulas Infantiles: Si ☐ No ☒

Tipo de Fórmula: N.A No. Tomas/día: N.A
Preparación: N.A

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: NA
Posición del bebe durante la lactancia: NA
Agarre del pecho: NA
Succión – Deglución: NA

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

¿A qué edad inició la alimentación complementaria? 8M

EDAD	TIPO ALIMENTO	PREPARACIÓN
0 - 2 Meses	LECHE MATERNA	LACTANCIA MATERNA
2 - 4 Meses	LECHE MATERNA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA, COLADA DE AVENA, SOPA, ARROZ
4 - 6 Meses	LECHE MATERNA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA, COLADA DE AVENA, SOPA, ARROZ
6 - 8 Meses	LECHE MATERNA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA, COLADA DE AVENA, SOPA, ARROZ

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

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

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

RESERVADA

8 - 12 Meses	LECHE MATERNA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA, COLADA DE AVENA, SOPA, ARROZ

¿A qué edad inicio la dieta familiar? 12M
Persona encargada de la alimentación del menor: MADRE
¿En qué lugar recibe alimentos el menor? CASA
HÁBITOS ALIMENTARIOS

Apetito: Bueno X Regular_ Malo ☐
Ingesta: Rápida ☐ Despacio:_ Normal: X
Deglución: Normal ☒ Deficiente ☐
Mastica: Si ☒ No ☐ Explicar:

Hábito intestinal: Normal ☐ Estreñimiento ☐ Diarrea ☒
Síntomas gastrointestinales: Vómito ☐ Reflujo ☐ Otro ☐ ¿Cuál? NINGUNO
Alimentos Preferidos: GUANDUL, GUINEO, MAZORCA, ARROZ
Alimentos Rechazados: NINGUNO
Alimentos no tolerados: NINGUNO

VII. ANAMNESIS ALIMENTARIA:

HORA	ALIMENTO Y PREPARACIÓN	CANTIDAD
7:00 AM	GUINEO VERDE	1 PORCION PEQUEÑA
12:00PM	SOPAS	1 TAZA PEQUEÑA
	ARROZ	1 PORCION PEQUEÑA
6:00PM	YUCA	1 PORCION PEQUEÑA
	COLADA DE AVENA	1 VASO

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

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

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

RESERVADA

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								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	
Huevo				X				
Leguminosa								
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

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

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

NUTRIENTES	CONSUMO	RECOMENDADO	% ADECUACIÓN
Calorías	480CAL	500	96%
Proteínas	9	9,12	98,68%
Grasas	20	30	66,66%
Carbohidratos	100	130	79,92%
Calcio	300	700MG	43.0%
Hierro	1	3MG/KG/DIA	33%
Vitamina A	100	300	33.3%
Zinc	0	2MG/KG/DIA	0
Ácido fólico	0	1MG/DIA	0

X. INTERPRETACIÓN: _ DE LA ANAMNESIS ALIMENTARIA PODEMOS CONCLUIR QUE TIENE UNA INGESTA ALIMENTARIA DESIQUILIBRADA E INADECUADA POR ENDE HAY DESCOMPENSACION EN EL CUBRIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES QUE NECESITA PARA SU DESARROLLO.
AL IGUAL EL ALTO GRADO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA AL QUE ESTA EXPUESTO TODO EL NUCLEO FAMILIAR

XI. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:
DESNUTRICION AGUDA MODERADA-RETRASO EN TALLA-DESNUTRICIO GLOBAL

XII. PRESCRIPCIÓN DIETARIA:

SE INICIA TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON REGIMEN HIPERCALORICO, HIPERPROTEICO, DIETA ALTA EN HIERRO, ZINC Y CALCIO.
CAL: 500 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 1 SOBRE/DIA ZINC: MG/DIA

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

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

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

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**
92	SOBRES	1 SOBRE/DIA

NUTRIENTES	dato/Kg peso actual	Aporte Total	Aporte total por FTLC	Aporte total por alimentación	Aporte total suplementación[5] micronutrientes	Observaciones
Calorías (Kcal)	80caL/6.25kg	500 cal	100%	0%		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1gr/6.25kg	25.6gr	100%	0%		11% VCT
Grasas (g)	6.0gr/6.25kg	37.5gr	100%	0%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0gr/6.25kg	125gr	100%	0%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	100%	0%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	22.2mg	100%	0%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	15mg	131%			
Vitamina A (UI)	300 AI	1104 ug	220.8%			RIEN
Ácido fólico	5MG/1MG				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 1 SOBRES/DIA

[5] Para ello debe tener en cuenta la prescripción médica.

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:**
RICARDO ANDRES ANGULO MERCADO	Ricardo Angulo M. T.P 1046873407

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

Fecha de aplicación: Día **06** Mes **05** Año **2024**

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: **NANAECHPO**

Departamento: **CESAR** Municipio: **AGUSTIN CODAZZI**

Nombre profesional social: **LEIDY ANDREA CRUZ VELANDIA**

Persona o personas que suministran la información: **LIDIA PEREZ PEÑALOZA**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre ENAEL	**Segundo Nombre**	**Primer Apellido** FRANCO	**Segundo Apellido** PEREZ
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 01/05/2024 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):1.300.420.618** **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 X Autoridad tradicional ☐ Líder comunitario ☐ Otro programa del ICBF (cuál?) ☐ Otro medio (cuál?)	
La familia del niño o niñas es desplazada: ☐ SI. De donde: X NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: X NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI X NO	**¿Es Indígena?** X SI. Pueblo: **YUKPA** ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: X NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: X NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: X NO	
Departamento y municipio de residencia: CESAR, AGUSTIN CODAZZI	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** NEMO	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel: REFIERE NO TENER		**Número teléfono contacto dos**[2] Nombre: Tel:	
Zona: X Rural ☐ Urbano Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos, rutas):			

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

Presenta discapacidad: NO X SI ☐

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

En que categorías presenta discapacidad

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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia

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

La discapacidad ha sido diagnosticada: SI ☐ NO ☐

Entidad que certifica la discapacidad:

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

Si recibe terapia o rehabilitación. Nombre entidad atención:

Descripción de la terapia y/o rehabilitación:

Descripción de la discapacidad:

2. ESTRUCTURA Y ECONOMIA FAMILIAR

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

Nombre y apellido	Edad	Parentesco / afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud	Tiempo de trabajo (permanente, temporal, eventual)
JHON JAIRO FRANCO GARCIA	29	PADRE	CASADO	SECUNDARIA INCOMPLETA	AGRICULTOR		EVENTUAL
LIDIA PEREZ PEÑALOZA	25	MADRE	CASADA	SECUNDARIA INCOMPLETA	AMA DE CASA		
MARIA CRISTINA FRANCO PEREZ	10	HERMANA		ESCOLARIZADA			
BREINER FRANCO PEREZ	3	HERMANO					

KELLY FRANCO PEREZ	1	HERMANA					

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

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

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

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

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

SI ☐ NO ☐

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

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

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

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

Total de ingresos mensuales de la familia en SMMLV:

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

Observaciones relacionadas con estructura y economía familiar

FAMILIA NUCLEAR CONFORMADA POR PADRE, MADRE Y 4 HIJOS, MADRE CUIDADORA PRINCIPAL Y AMA DE CASA , PADRE SE DEDICA A LAS LABORES DEL CAMPO SIN ESTABILIDAD LABORAL, SU PRINCIPAL FUENTE DE ALIMENTO ES EL AUTOABASTECIMIENTO Y TRUEQUE CON MICROCULTIVOS DE FRIJOL GUANDUL, MAIZ, GUINEO.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

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

4. CONCLUSIONES

FAMILIA NUCLEAR DE 4 HIJOS, NO CUENTAN CON RECURSOS ECONOMICOS, MENOR CON POCA HIGIENE PERSONAL Y POCOS CUIDADOS GENERALES.

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)

CAPACITACIÓN EN: CUIDADOS BASICOS DEL MENOR, HIGIENE PERSONAL, HIGIENE ORAL, SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA PRIMERA INFANCIA, DERECHOS DE LOS NIÑOS, ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL, POTABILIZACIÓN DEL AGUA.

VISITA DOMICILIARIA

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año):	
27/05/2024 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.	Leidy Cruz O. Psicóloga T.P. 234987 UNIVERSIDAD AREANDINA Firma profesional social

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _01_ MES __05_ AÑO __2024____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **JUAN OSCAR FRANCO PEÑALOZA**		Cama: 03	Historia de Atención: 1.067.736.954
Sexo: M [X] F [ ]	Fecha de Nacimiento: Día 27 Mes 01 Año 2022	Edad Completa: A 2 M 3 D 5	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO WAUCHA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:		Nombre de la Madre: **ANA ESPERANZA PEÑALOZA FRANCO**	
Dirección de residencia: WAUCHA		Teléfono de residencia y/o contacto: **NO TIENE**	
Afiliación al SGSSS, marque con una (X) Contributivo [ ] Subsidiado [X] Régimen Especial [ ] Vinculado [ ] EPS: _____ IPS Primaria o de Remisión: _____			
Tipo de Identificacion del paciente: Sin identificacion [ ] (en este caso coloque el número de identificacion de la madre o acudiente seguido de 0 y el numero de hijo que corresponde el paciente) Registro Civil [X]		Número de identificación del paciente: 1.067.736.954	

2. MOTIVO DE CONSULTA:

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

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

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

4. ANTECEDENTES PERINATALES:

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

Peso al nacer: ___✖_____ gramos	Talla al nacer: _____✖_____cm.
Complicaciones neonatales (primeros 30 días de vida) Si ☐ No ✖☐ No sabe ☐ Si, ¿cuál? _____	Hospitalizaciones neonatales Si ☐ No ✖☐ No sabe ☐ Si, ¿por qué? _____
Observaciones (indicar diagnósticos y tratamientos en el periodo neonatal)	
PARTO DOMICILIARIO, SIN PESO Y TALLA AL NACER CON DIFICIL INTERROGATORIO POR ETNIA	

5. DESARROLLO:

Control o sostén cefálico __4_____meses	Sonrisa social _____2.5_____meses	Giros (supino-prono) _____4_____meses
Sedestación sin apoyo _____meses	Gateo _____12_____meses	Marcha sin apoyo _____meses
Primeros dientes ___12_____meses	Control de esfínteres _____meses	Sonidos guturales _____3_____meses
Disilabos _____9_____meses	Palabras completas _____meses	Frases completas _____meses
Adecuada relación con los demás Si ✖☐ No ☐ No, ¿por qué? _____	Adecuada Escolaridad/Rendimiento Si ☐ No ✖☐ No, ¿por qué? _____	

¿Asiste a programa de Crecimiento y Desarrollo del sector Salud?
Si ✖ No ☐
No, ¿por qué?

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

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

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

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

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

☐ Piel y Faneras	
☐ Ojos	

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

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso ___8.01___ kg	Talla __76_____ cm	Perímetro Cefálico _____41_____cm	Perímetro Abdominal _____49_____ cm PERIMETRO TORAXICO 49 CM PERIMETRO BRAQUIAL 11
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC ____93___ / min.	FR ____40___/ min.	Tensión Arterial ____94__/_65____ mmHg	Temperatura __37.7___*C Axilar ✖ ☐ Rectal ☐ Oral ☐

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

Sistema	Positivo	Negativo	Descripción (si es positivo escriba el número del sistema y describa los hallazgos, importante enfatizar en signos clínicos de desnutrición)
1.Cabeza	✖		**NORMOCEFALO, CABELLO RALO ESCASO**
2.Cara			**NORMAL, SIN LESIONES**
3.Ojos			**PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ**
4.Oidos			**SIN SECRECIONES**
5.Nariz			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
6.Orofaringe			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
7.Boca	✖		**FOSAS NASALES PERMEABLES**
8.Cuello			**MOVIL SIN ADENOPATIAS**

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

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

9.Torax			SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE
10.Corazón			RUIDOS CARDIACOS RITMICOS
11.Pulmones			CLAROS
12.Abdomen			BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO
13.Genitourinario			NORMOCONFIGURADO PARA LA EDAD
14.Periné/Ano			NORMAL
15.Osteoarticular			EUTROFICAS SIN EDEMA
16.Caderas			NORMAL
17.Neurologico			SIN DEFICIT APARENTE GLASGOW 15-15
18.Piel y Faneras	✖		SECA,
19.Otros			

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

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
VERIFICACIÓN SIGNOS GENERALES DE PELIGRO		
No puede beber o tomar del pecho	Si ☐ No ✖	
Vomita todo	Si ☐ No ✖	
Letárgico o Inconsciente	Si ☐ No ✖	
Convulsiones	Si ☐ No ✖	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR		
Presenta Tos	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____
Dificultad Respiratoria	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____ FR _____/ min.
Presenta Sibilancias Actualmente	Si ☐ No ✖	
Ha presentado sibilancias anteriormente	Si ☐ No ✖	
Presenta tiraje subcostal	Si ☐ No ✖	
Presenta Estridor en Reposo	Si ☐ No ✖	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE DIARREA		
Presenta Diarrea	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____
Presenta Sangre en las Heces	Si ☐ No ✖	
Letárgico o no puede beber	Si ☐ No ✖	
Ojos hundidos	Si ☐ No ✖	
Bebe ávidamente con sed	Si ☐ No ✖	
Intranquilo o irritable	Si ☐ No ✖	

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
Pliegue cutáneo	Si ☐ No ✖	Muy lento (> 2 seg.): _____ lento : _____
FIEBRE		
Presenta Fiebre	Si ☐ No ✖	Número de días de evolución: _____ Temperatura promedio _____*C
Vive o visito zona de riesgo de dengue	Si ☐ No ✖	
Rigidez de Nuca	Si ☐ No ✖	
Aspecto Tóxico	Si ☐ No ✖	
Manifestación de hemorragia	Si ☐ No ✖	
Dolor abdominal intenso	Si ☐ No ✖	
Piel diaforética y fría	Si ☐ No ✖	
Pulso rápido y débil	Si ☐ No ✖	
Inquieto o irritable	Si ☐ No ✖	
Erupción cutánea generalizada	Si ☐ No ✖	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DEL OÍDO		
Tiene dolor de oído	Si ☐ No ✖	
Tiene supuración	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____ Ha presentado episodios previos?: _____
Tímpano rojo y abombado	Si ☐ No ✖	
Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja	Si ☐ No ✖	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DE GARGANTA		
Tiene dolor de garganta	Si ☐ No ✖	
Adenopatías cervicales	Si ☐ No ✖	
Exudados blanquecinos	Si ☐ No ✖	
Eritema	Si ☐ No ✖	

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

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

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 1201.5 KILOKALORIAS DAR 2.4 SOBRE QUE CONTINEN 221 gr, DAR 55.2gr EN 4 TOMAS DIA POR 7 DIAS
3. AGUA POTABLE 1201.5 CC EN 24 HORAS 6 VASOS 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 01 Mes 05 Año 2024

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: JUAN OSCAR FRANCO PEÑALOZA Teléfono o contacto: NO TIENE
Fecha Nacimiento: 27/01/2022Edad: 2 AÑO 3 MESES Sexo: F_ M X
Nombre Acudiente: ANA ESPERANZA PEÑALOZA RANCO Parentesco: MADRE
Diagnóstico Médico: DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Tratamiento Médico:

II. ANTECEDENTES

NEONATALES:
Edad Estacional: 9M Peso al Nacer: NR (g) Talla al Nacer: NR (cm)
Observaciones:

PATOLÓGICOS (Marcar con una X):
Respiratorias ☐ Diarreicas ☒ Eruptivas ☐ Alergias ☐ Qx ☐
¿Cuál (es)?

Vacunación: Esquema completo para la edad: Esquema incompleto para la edad:
Otras:

FAMILIARES:

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

Otras:

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

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

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

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

RESERVADA

ÁREA A EVALUAR	OBSERVACIÓN	INTERPRETACIÓN
Cabello	Débil, frágil, opaco, signo de bandera	Hipovitaminosis
Cara	Delgada	Deficiencia proteicocalórica
Cavidad Oral y Estructuras	Caries, esmalte manchado	Falta de higiene, hipovitaminosis
Tronco (Estomago)	Abdomen globoso, rosario intercostal	Parasitosis, delgadez
Miembros Inferiores Superiores	Delgadez	Deficiencia proteico, calórica
Manos – Uñas	Sucias, Palidez	Falta de higiene
Piel	Seca, Escamosa, palidez	Deshidratación, hipovitaminosis

Interpretación General: Usuario con signos físicos de deficiencia de micronutrientes, delgadez, musculo esquelético generalizad, rosario intercostal.

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso Actual: 8.01Kg. Presenta edema: Si ☐ No ☒ Grado: _____
Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 76 cm
Perímetro Cefálico: 41 cm Perímetro Braquial: 11 cm
Perímetro Torácico: 49 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	-2.57	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	-4.23	RETRASO EN TALLA
Peso/ Edad	-3.92	DESNUTRICION GLOBAL

% Déficit de Peso/ Talla: 17%
Clasificación Nutricional: DESNUTRICION AGUDA MODERADA-RETRASO EN TALLA-DESNUTRICION GLOBAL

V. EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXAMEN	VALOR ACTUAL	REFERENCIA NORMAL

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

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

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

Interpretación:

VI. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

LACTANCIA MATERNA: LM
Recibió LM Exclusiva: Si ☒ Duración: 8MESES Frecuencia: LIBRE
No ☐ Causa:

Recibió Fórmulas Infantiles: Si ☐ No ☒

Tipo de Fórmula: N.A No. Tomas/día: N.A
Preparación: N.A

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: NA
Posición del bebe durante la lactancia: NA
Agarre del pecho: NA
Succión – Deglución: NA

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

¿A qué edad inició la alimentación complementaria? 2M

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
6 - 8 Meses	LECHE MATERNA	LACTANCIA MATERNA
8 - 12 Meses	LECHE MATERNA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA, COLADA DE AVENA, SOPA, ARROZ

¿A qué edad inicio la dieta familiar? 12M
Persona encargada de la alimentación del menor: MADRE
¿En qué lugar recibe alimentos el menor? CASA
HÁBITOS ALIMENTARIOS

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

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

RESERVADA

Apetito: Bueno X Regular_ Malo ☐
Ingesta: Rápida ☐ Despacio:_ Normal: X
Deglución: Normal ☒ Deficiente ☐
Mastica: Si ☒ No ☐ Explicar:

Hábito intestinal: Normal ☐ Estreñimiento ☐ Diarrea ☒
Síntomas gastrointestinales: Vómito ☐ Reflujo ☐ Otro ☐ ¿Cuál? NINGUNO
Alimentos Preferidos: GUANDUL, FRIJOLES, GUINEO, MAZORCA, ARROZ
Alimentos Rechazados: NINGUNO
Alimentos no tolerados: NINGUNO

VII. ANAMNESIS ALIMENTARIA:

HORA	ALIMENTO Y PREPARACIÓN	CANTIDAD
7:00 AM	COLADA DE AVENA	1 VASO
12:00PM	SOPAS	1 TAZA PEQUEÑA
	ARROZ	1 PORCION PEQUEÑA
6:00PM	GUINEO VERDA	1 PORCION PEQUEÑA
	GUANDULES	1 TAZA PEQUEÑA

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							

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

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

RESERVADA

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
Papa, plátano, arracacha, ñame			X					
Pan, Arepa							X	
Tomate, zanahoria, 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	
Huevo				X				
Leguminosa								
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.

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

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

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

NUTRIENTES	CONSUMO	RECOMENDADO	% ADECUACIÓN
Calorías	400CAL	1201	33,30%
Proteínas	8	11,73	68,20%
Grasas	12	30	40%
Carbohidratos	105	130	80,76%
Calcio	300	700MG	43.0%
Hierro	1	3MG/KG/DIA	33%
Vitamina A	100	300	33.3%
Zinc	0	2MG/KG/DIA	0
Ácido fólico	0	1MG/DIA	0

X. INTERPRETACIÓN: _ DE LA ANAMNESIS ALIMENTARIA PODEMOS CONCLUIR QUE TIENE UNA INGESTA ALIMENTARIA DESIQUILIBRADA E INADECUADA POR ENDE HAY DESCOMPENSACION EN EL CUBRIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES QUE NECESITA PARA SU DESARROLLO.
AL IGUAL EL ALTO GRADO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA AL QUE ESTA EXPUESTO TODO EL NUCLEO FAMILIAR

XI. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:
DESNUTRICION AGUDA MODERADA-RETRASO EN TALLA-DESNUTRICIO GLOBAL

XII. PRESCRIPCIÓN DIETARIA:

SE INICIA TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON REGIMEN HIPERCALORICO, HIPERPROTEICO, DIETA ALTA EN HIERRO, ZINC Y CALCIO.
CAL: 1.201 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 2.4 SOBRE/DIA ZINC: 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).

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

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

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

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**
221	SOBRES	2.4 SOBRE/DIA

NUTRIENTES	dato/Kg peso actual	Aporte Total	Aporte total por FTLC	Aporte total por alimentación	Aporte total suplementación[8] micronutrientes	Observaciones
Calorías (Kcal)	150caL/8.01kg	1201cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1gr/8.01g	32.8gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0gr/8.01kg	48gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0gr/8.01kg	160gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	25mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	16.6mg	131%			
Vitamina A (UI)	300 AI	1104 ug	220.8%			RIEN
Ácido fólico	5MG/1MG				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 2.4 SOBRES/DIA, 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:

[8] Para ello debe tener en cuenta la prescripción médica.

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

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

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 6 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:**
RICARDO ANDRES ANGULO MERCADO	Ricardo Angulo M. T.P 1046873407

RESERVADA

Fecha de aplicación: Día **06** Mes **05** Año **2024**

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: **NANAECHPO**

Departamento: **CESAR** Municipio: **AGUSTIN CODAZZI**

Nombre profesional social: **LEIDY ANDREA CRUZ VELANDIA**

Persona o personas que suministran la información: **ANA ESPERANZA PEÑALOZA FRANCO**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **JUAN**	**Segundo Nombre** **OSCAR**	**Primer Apellido** **FRANCO**	**Segundo Apellido** **PEÑALOZA**
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 01/05/2024 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):1.067.736.954** **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 X Autoridad tradicional ☐ Líder comunitario ☐ Otro programa del ICBF (cuál?) ☐ Otro medio (cuál?)	
La familia del niño o niñas es desplazada: ☐ SI. De donde: X NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: X NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI X NO	**¿Es Indígena?** X SI. Pueblo: **YUKPA** ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: X NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: X NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: X NO	
Departamento y municipio de residencia: **CESAR, AGUSTIN CODAZZI**	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** **WAUCHA**	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel: REFIERE NO TENER		**Número teléfono contacto dos[3]** Nombre: Tel:	
Zona: X Rural ☐ Urbano Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos, rutas):			

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

Presenta discapacidad: NO X SI ☐4

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)
EMILIO FRANCO PEÑALOZA	33	PADRE	CASADO	SECUNDARIA INCOMPLETA	AGRICULTOR		EVENTUAL
ANA ESPERANZA PEÑALOZA FRANCO	28	MADRE	CASADA	PRIMARIA	AMA DE CASA		
YALETCE FRANCO PEÑALOZA	13	HERMANA		ESCOLARIZADA			
ERETH FRANCO PEÑALOZA	11	HERMANA		ESCOLARIZADA			

SARA SOFIA FRANCO PEÑALOZA	9	HERMANA		ESCOLARIZADA			
JASBLEIDY FRNACO PEÑALOZA	7	HERMANA		ESCOLARIZADA			
DANEIBA FRANCO PEÑALOZA	4	HERMANA					

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

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

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

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

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

SI ☐ NO ☐

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

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

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

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

Total de ingresos mensuales de la familia en SMMLV:

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

Observaciones relacionadas con estructura y economía familiar

FAMILIA NUCLEAR CONFORMADA POR PADRE, MADRE Y 6 HIJOS, MADRE CUIDADORA PRINCIPAL Y AMA DE CASA, PADRE SE DEDICA A LAS LABORES DEL CAMPO SIN ESTABILIDAD LABORAL, SU PRINCIPAL FUENTE DE ALIMENTO ES EL AUTOABASTECIMIENTO Y TRUEQUE CON MICROCULTIVOS DE FRIJOL GUANDUL, MAIZ, GUINEO.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

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

4. CONCLUSIONES

FAMILIA NUCLEAR DE UN 6 HIJOS, NO CUENTAN CON RECURSOS ECONOMICOS, MENOR CON POCA HIGIENE PERSONAL Y POCOS CUIDADOS GENERALES.

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)

CAPACITACIÓN EN: CUIDADOS BASICOS DEL MENOR, HIGIENE PERSONAL, HIGIENE ORAL, SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA PRIMERA INFANCIA, DERECHOS DE LOS NIÑOS, ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL, POTABILIZACIÓN DEL AGUA.

VISITA DOMICILIARIA

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año):	
26/05/2024 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.	Leidy Cruz O. Psicóloga T.P. 234987 UNIVERSIDAD AREANDINA **Firma profesional social**

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _01_MES __05_AÑO __2024____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **ELFER JAVIER GARCIA PEÑALOZA**		Cama: 04	Historia de Atención: 1.151.482.290
Sexo: M [X] F [ ]	Fecha de Nacimiento: Día 04 Mes 05 Año 2020	Edad Completa: A 3 M 11 D	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO MOWUA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre: **LAURA PEÑALOZA FRANCO**		
Dirección de residencia: MOWUA	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: 1.151.482.290		

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 _____3 AÑOS___	Sonidos guturales _____3_____meses
Disilabos _____9_____meses	Palabras completas _____meses	Frases completas _____meses
Adecuada relación con los demás Si ✖☐ No ☐ No, ¿por qué? _____	Adecuada Escolaridad/Rendimiento Si ☐ No ✖☐ No, ¿por qué? _____	

¿Asiste a programa de Crecimiento y Desarrollo del sector Salud?
Si ✖ No ☐
No, ¿por qué?

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

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

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

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

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

☐ Piel y Faneras	
☐ Ojos	

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

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso ___11.1____ kg	Talla __91.9_____ cm	Perímetro Cefálico _____48_____cm	Perímetro Abdominal _____47_____ cm PERIMETRO TORAXICO 50 CM PERIMETRO BRAQUIAL 11
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC ____93___ / min.	FR ____40___/ 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!

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 1665 KILOKALORIAS DAR 3.33 SOBRE QUE CONTINEN 306.5 gr, DAR 76gr EN 4 TOMAS DIA POR 7 DIAS

3. AGUA POTABLE 1665 CC EN 24 HORAS 8 VASOS DISTRIBUIDO 8 TOMAS

4.ACIDO FOLICO 5 MG AHORA

5.CONTROL DE SIGNOS VITALES 2 VECES AL DIA

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

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 01 Mes 05 Año 2024

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: ELFER JAVIER GARCIA PEÑALOZA Teléfono o contacto: NO TIENE
Fecha Nacimiento: 4/05/2020 Edad: 3 AÑOS 11 MESES Sexo: F M X
Nombre Acudiente: LAURA PEÑALOZA FRANCO Parentesco: MADRE
Diagnóstico Médico: DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Tratamiento Médico:

II. ANTECEDENTES

NEONATALES:
Edad Estacional: 9M Peso al Nacer: NR (g) Talla al Nacer: NR (cm)
Observaciones:

PATOLÓGICOS (Marcar con una X):
Respiratorias ☐ Diarreicas ☒ Eruptivas ☐ Alergias ☐ Qx ☐
¿Cuál (es)?

Vacunación: Esquema completo para la edad: Esquema incompleto para la edad:
Otras:

FAMILIARES:

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

Otras:

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

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

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

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

RESERVADA

ÁREA A EVALUAR	OBSERVACIÓN	INTERPRETACIÓN
Cabello	Débil, frágil, opaco, signo de bandera	Hipovitaminosis
Cara	Delgada	Deficiencia proteicocalórica
Cavidad Oral y Estructuras	Esmalte manchado	Falta de higiene, hipovitaminosis
Tronco (Estomago)	Abdomen globoso, rosario intercostal	Parasitosis, delgadez
Miembros Inferiores Superiores	Delgadez	Deficiencia proteico, calórica
Manos – Uñas	Sucias, Palidez	Falta de higiene
Piel	Seca, Escamosa, palidez	Deshidratación, hipovitaminosis

Interpretación General: Usuario con signos físicos de deficiencia de micronutrientes, delgadez, musculo esquelético generalizad, rosario intercostal..

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso Actual: 11.10 Kg. Presenta edema: Si ☐ No ☒ Grado: _____
Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 91.9 cm
Perímetro Cefálico: 48 cm Perímetro Braquial:11
Perímetro Torácico: 50 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	-2.36	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	-2.71	RETRASO EN TALLA
Peso/ Edad	-3.09	DESNUTRICION GLOBAL

% Déficit de Peso/ Talla: 15%
Clasificación Nutricional: DESNUTRICION AGUDA MODERADA CON RETRASO EN TALLA Y DESNUTRICION GLOBAL

V. EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXAMEN	VALOR ACTUAL	REFERENCIA NORMAL

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

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

Interpretación:

VI. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

LACTANCIA MATERNA: LM
Recibió LM Exclusiva: Si ☒ Duración: 12 MESES Frecuencia: LIBRE
No ☐ Causa:

Recibió Fórmulas Infantiles: Si ☐ No ☒

Tipo de Fórmula: N.A No. Tomas/día: N.A
Preparación: N.A

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: NA
Posición del bebe durante la lactancia: NA
Agarre del pecho: NA
Succión – Deglución: NA
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

¿A qué edad inició la alimentación complementaria? 7M

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
6 - 8 Meses	LECHE MATERNA	LACTANCIA MATERNA
8 - 12 Meses	LECHE MATERNA	LACTANCIA MATERNA

¿A qué edad inicio la dieta familiar? 12M
Persona encargada de la alimentación del menor: MADRE
¿En qué lugar recibe alimentos el menor? CASA
HÁBITOS ALIMENTARIOS

Apetito: Bueno X Regular_ Malo ☐
Ingesta: Rápida ☐ Despacio:_ Normal: X

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

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

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

RESERVADA

Deglución: Normal ☒ Deficiente ☐
Mastica: Si ☒ No ☐ Explicar:

Hábito intestinal: Normal ☐ Estreñimiento ☐ Diarrea ☒
Síntomas gastrointestinales: Vómito ☐ Reflujo ☐ Otro ☐ ¿Cuál? NINGUNO
Alimentos Preferidos: GUANDUL, FRIJOLES, GUINEO, MAZORCA, ARROZ
Alimentos Rechazados: NINGUNO
Alimentos no tolerados: NINGUNO

VII. ANAMNESIS ALIMENTARIA:

HORA	ALIMENTO Y PREPARACIÓN	CANTIDAD
7:00 AM	SOPAS	1 TAZA PEQUEÑA
	GRANOS	1 PORCION PEQUEÑA
12:00PM	SOPA	1 TAZA PEQUEÑA
	ARROZ	1 PORCION PEQUEÑA
	MENUDENCIA	1 PORCION PEQUEÑA
6:00PM	GUINEO VERDE	1 PORCION PEQUEÑA
	COLADA DE HARINA	1 VASO

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					

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

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

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

RESERVADA

ALIMENTO	DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
	1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
Pan, Arepa							X	
Tomate, zanahoria, 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	
Huevo				X				
Leguminosa								
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	590CAL	1665	35,43%

ALIMENTO		DIARIO / No. VECES			SEMANAL / No. VECES			QUINCENAL	NUNCA
		1	2-3	4-6	1	2-3	4-6		
Proteínas	10	16,20						61,72%	
Grasas	14	30						46,66%	
Carbohidratos	100	130						79,92%	
Calcio	300	700MG						43.0%	
Hierro	1	3MG/KG/DIA						33%	
Vitamina A	100	300						33.3%	
Zinc	0	2MG/KG/DIA						0	
Ácido fólico	0	1MG/DIA						0	

X. INTERPRETACIÓN: _ DE LA ANAMNESIS ALIMENTARIA PODEMOS CONCLUIR QUE TIENE UNA INGESTA ALIMENTARIA DESIQUILIBRADA E INADECUADA POR ENDE HAY DESCOMPENSACION EN EL CUBRIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES QUE NECESITA PARA SU DESARROLLO.
AL IGUAL EL ALTO GRADO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA AL QUE ESTA EXPUESTO TODO EL NUCLEO FAMILIAR

XI. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:
DNT AGUDA MODERADA CON RETRASO EN TALLA CON DESNUTRICION GLOBAL

XII. PRESCRIPCIÓN DIETARIA:

SE INICIA TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON REGIMEN HIPERCALORICO, HIPERPROTEICO, DIETA ALTA EN HIERRO, ZINC Y CALCIO.
CAL: 1665 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 3.33 SOBRE/DIA ZINC: 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).

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

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

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

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**
306.36	SOBRES	3.33 SOBRE/DIA

NUTRIENTES	dato/Kg peso actual	Aporte Total	Aporte total por FTLC	Aporte total por alimentación	Aporte total suplementación[4] micronutrientes	Observaciones
Calorías (Kcal)	150caL/11.10kg	1665cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1gr/11.10kg	45.5gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0gr/11.10kg	66.6gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0gr/11.10kg	222gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	21mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	14mg	131%			
Vitamina A (UI)	300 AI	1104 ug	220.8%			RIEN
Ácido fólico	5MG/1MG				100%	Al iniciar 1mg durante tratamiento.

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

SE INICIA FTLC 3.33 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

[4] Para ello debe tener en cuenta la prescripción médica.

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 4 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:**
RICARDO ANDRES ANGULO MERCADO	Ricardo Angulo M. T.P 1046873407

RESERVADA

Fecha de aplicación: Día **06** Mes **05** Año **2024**

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: **NANAECHPO**

Departamento: **CESAR** Municipio: **AGUSTIN CODAZZI**

Nombre profesional social: **LEIDY ANDREA CRUZ VELANDIA**

Persona o personas que suministran la información: **LAURA PEÑALOZA FRANCO**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **ELFER**	**Segundo Nombre** **JAVIER**	**Primer Apellido** **GARCIA**	**Segundo Apellido** **PEÑALOZA**
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 01/05/2024 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):1.151.482.290** **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 X Autoridad tradicional ☐ Líder comunitario ☐ Otro programa del ICBF (cuál?) ☐ Otro medio (cuál?)	
La familia del niño o niñas es desplazada: ☐ SI. De donde: X NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: X NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI X NO	**¿Es Indígena?** X SI. Pueblo: **YUKPA** ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: X NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: X NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: X NO	
Departamento y municipio de residencia: **CESAR, AGUSTIN CODAZZI**	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** **MOUWA**	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel: REFIERE NO TENER		**Número teléfono contacto dos**[4] Nombre: Tel:	
Zona: X Rural ☐ Urbano Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos, rutas):			

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

Presenta discapacidad: NO X SI ☐

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

En que categorías presenta discapacidad

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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia

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

La discapacidad ha sido diagnosticada: SI ☐ NO ☐

Entidad que certifica la discapacidad:

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

Si recibe terapia o rehabilitación. Nombre entidad atención:

Descripción de la terapia y/o rehabilitación:

Descripción de la discapacidad:

2. ESTRUCTURA Y ECONOMIA FAMILIAR

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

Nombre y apellido	Edad	Parentesco / afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud	Tiempo de trabajo (permanente, temporal, eventual)
JAIDER JAVIER GARCIA PEÑALOZA		PADRE	CASADO	SECUNDARIA INCOMPLETA	AGRICULTOR		EVENTUAL
LAURA PEÑALOZA FRANCO	16	MADRE	CASADA	SECUNDARIA INCOMPLETA	AMA DE CASA		

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

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

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

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

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

SI ☐ NO ☐

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

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

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

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

Total de ingresos mensuales de la familia en SMMLV:

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

Observaciones relacionadas con estructura y economía familiar

FAMILIA NUCLEAR CONFORMADA POR PADRE, MADRE Y UN HIJO DE 4 AÑOS, MADRE CUIDADORA PRINCIPAL Y AMA DE CASA EN ESTADO DE EMBARAZO , PADRE SE DEDICA A LAS LABORES DEL CAMPO SIN ESTABILIDAD LABORAL, SU PRINCIPAL FUENTE DE ALIMENTO ES EL AUTOABASTECIMIENTO Y TRUEQUE CON MICROCULTIVOS DE FRIJOL GUANDUL, MAIZ, GUINEO.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

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

4. CONCLUSIONES

FAMILIA NUCLEAR DE UN HIJO, NO CUENTAN CON RECURSOS ECONOMICOS, MENOR CON POCA HIGIENE PERSONAL Y POCOS CUIDADOS GENERALES.

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)

CAPACITACIÓN EN: CUIDADOS BASICOS DEL MENOR, HIGIENE PERSONAL, HIGIENE ORAL, SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA PRIMERA INFANCIA, DERECHOS DE LOS NIÑOS, ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL, POTABILIZACIÓN DEL AGUA.

VISITA DOMICILIARIA

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año):	
28/05/2024 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.	Leidy Cruz V. Psicóloga T.P 234987 UNIVERSIDAD AREANDINA **Firma profesional social**

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _01_ MES __05_ AÑO __2024____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **MATEO RODRIGUEZ PEÑALOZA**		Cama: 05	Historia de Atención: MS
Sexo: M [X] F [ ]	Fecha de Nacimiento: Día 29 Mes 06 Año 2022	Edad Completa: A 1 M 10 D 2	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO TEKUYMU**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre: **ETELVINA PEÑALOZA FRANCO**		
Dirección de residencia: TEKUYMU	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: MS		

2. MOTIVO DE CONSULTA:

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

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

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

4. ANTECEDENTES PERINATALES:

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

Peso al nacer: ___✖_____ gramos	Talla al nacer: _____✖_____cm.
Complicaciones neonatales (primeros 30 días de vida) Si ☐ No ✖☐ No sabe ☐ Si, ¿cuál? _____	Hospitalizaciones neonatales Si ☐ No ✖☐ No sabe ☐ Si, ¿por qué? _____
Observaciones (indicar diagnósticos y tratamientos en el periodo neonatal)	
PARTO DOMICILIARIO, SIN PESO Y TALLA AL NACER CON DIFICIL INTERROGATORIO POR ETNIA	

5. DESARROLLO:

Control o sostén cefálico __4_____meses	Sonrisa social _____2.5_____meses	Giros (supino-prono) _____4_____meses
Sedestación sin apoyo _____meses	Gateo _____12_____meses	Marcha sin apoyo _____meses
Primeros dientes ___12_____meses	Control de esfínteres _____meses	Sonidos guturales _____3_____meses
Disilabos _____9_____meses	Palabras completas _____meses	Frases completas _____meses

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

¿Asiste a programa de Crecimiento y Desarrollo del sector Salud?
Si ✖ No ☐
No, ¿por qué?

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

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

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

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

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

☐ Piel y Faneras	
☐ Ojos	

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

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso ___7.65____ kg	Talla __76_____ cm	Perímetro Cefálico _____43_____cm	Perímetro Abdominal _____50.5_____ cm PERIMETRO TORAXICO 48 CM PERIMETRO BRAQUIAL 11
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC ____93___ / min.	FR ____30___/ 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!

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 1147.5 KILOKALORIAS DAR 2.29 SOBRE QUE CONTINEN 211 gr, DAR 52.7gr EN 4 TOMAS EN 24 HORAS

3. AGUA POTABLE 1147.5 CC EN 24 HORAS 6 VASOS DISTRIBUIDO 6 TOMAS

4. ACIDO FOLICO 5 MG AHORA

5.CONTROL DE SIGNOS VITALES 2 VECES AL DIA

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

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

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

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 01 Mes 05 Año 2024

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: MATEO RODRIGUEZ PEÑALOZA Teléfono o contacto: NO TIENE
Fecha Nacimiento: 29/06/2022Edad: 1 AÑO 10 MESES Sexo: F_ M X
Nombre Acudiente: ETELVINA PEÑALOZA FRANCO Parentesco: MADRE
Diagnóstico Médico: DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Tratamiento Médico:

II. ANTECEDENTES

NEONATALES:
Edad Estacional: 9M Peso al Nacer: NR (g) Talla al Nacer: NR (cm)
Observaciones:

PATOLÓGICOS (Marcar con una X):
Respiratorias ☐ Diarreicas ☒ Eruptivas ☐ Alergias ☐ Qx ☐
¿Cuál (es)?

Vacunación: Esquema completo para la edad: Esquema incompleto para la edad:
Otras:

FAMILIARES:

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

Otras:

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

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

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

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

RESERVADA

ÁREA A EVALUAR	OBSERVACIÓN	INTERPRETACIÓN
Cabello	Débil, frágil, opaco, signo de bandera	Hipovitaminosis
Cara	Delgada	Deficiencia proteicocalórica
Cavidad Oral y Estructuras	Esmalte manchado	Falta de higiene, hipovitaminosis
Tronco (Estomago)	Abdomen globoso, rosario intercostal	Parasitosis, delgadez
Miembros Inferiores Superiores	Delgadez	Deficiencia proteico, calórica
Manos – Uñas	Sucias, Palidez	Falta de higiene
Piel	Seca, Escamosa, palidez	Deshidratación, hipovitaminosis

Interpretación General: Usuario con signos físicos de deficiencia de micronutrientes, delgadez, musculo esquelético generalizad, rosario intercostal.

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso Actual: 7.65Kg.
Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg.
Perímetro Cefálico: 43 cm
Perímetro Torácico: 48cm

Presenta edema: Si ☐ No ☒ Grado: _____
Talla Actual: 76 cm
Perímetro Braquial: 11cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	-2.99	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	-3.44	RETRASO EN TALLA
Peso/ Edad	-3.73	DESNUTRICION GLOBAL

% Déficit de Peso/ Talla: 21%
Clasificación Nutricional: DESNUTRICION AGUDA MODERADA-RETRASO EN TALLA-DESNUTRICION GLOBAL

V. EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXAMEN	VALOR ACTUAL	REFERENCIA NORMAL

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

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

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

Interpretación:

VI. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

LACTANCIA MATERNA: LM

Recibió LM Exclusiva: Si ☒ Duración: 5 MESES Frecuencia: LIBRE
No ☐ Causa:

Recibió Fórmulas Infantiles: Si ☐ No ☒

Tipo de Fórmula: N.A No. Tomas/día: N.A
Preparación: N.A

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: ADECUADO
Posición del bebe durante la lactancia: ADECUADO
Agarre del pecho: ADECUADO
Succión – Deglución: ADECUADO
El niño mamó durante 15 minutos durante la entrevista para el diligenciamiento del formato.
Plan para programar acciones con el fin de iniciar lactancia o reluctancia materna:
Capacitar a madres gestantes y lactantes acerca de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses mediante charlas educativas dando a conocer su importancia, explicarles la importancia de la relactancia en la cual la madre consigue recuperar su producción de leche mediante estimulación para volver a amamantar a su bebe con lactancia materna.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

¿A qué edad inició la alimentación complementaria? 6M

EDAD	TIPO ALIMENTO	PREPARACIÓN
0 - 2 Meses	LECHE MATERNA	LACTANCIA MATERNA
2 - 4 Meses	LECHE MATERNA	LACTANCIA MATERNA
4 - 6 Meses	LECHE MATERNA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA, COLADA DE AVENA, SOPA, ARROZ

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

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

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

RESERVADA

6 - 8 Meses	LECHE MATERNA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA, COLADA DE AVENA, SOPA, ARROZ
8 - 12 Meses	LECHE MATERNA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA, COLADA DE AVENA, SOPA, ARROZ

¿A qué edad inicio la dieta familiar? 10M
Persona encargada de la alimentación del menor: MADRE
¿En qué lugar recibe alimentos el menor? CASA
HÁBITOS ALIMENTARIOS

Apetito: Bueno X Regular_ Malo ☐
Ingesta: Rápida ☐ Despacio:_ Normal: X
Deglución: Normal ☒ Deficiente ☐
Mastica: Si ☒ No ☐ Explicar:

Hábito intestinal: Normal ☐ Estreñimiento ☐ Diarrea ☒
Síntomas gastrointestinales: Vómito ☐ Reflujo ☐ Otro ☐ ¿Cuál? NINGUNO
Alimentos Preferidos: GUANDUL, FRIJOLES, GUINEO, MAZORCA, ARROZ
Alimentos Rechazados: NINGUNO
Alimentos no tolerados: NINGUNO

VII. ANAMNESIS ALIMENTARIA:

HORA	ALIMENTO Y PREPARACIÓN	CANTIDAD
7:00 AM	PLATANO MADURO COCIDO	1PORCION PEQUEÑA
	LECHE MATERNA	LIBRE DEMANDA
12:00PM	SOPAS	1 TAZA PEQUEÑA
	ARROZ	1 PORCION PEQUEÑA
6:00PM	GUINEO VERDE	1 PORCION PEQUEÑA
	FRIJOLES	1 TAZA PEQUEÑA
	LECHE MATERNA	LIBRE DEMANDA

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

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

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

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								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	
Huevo				X				
Leguminosa								
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

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

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

NUTRIENTES	CONSUMO	RECOMENDADO	% ADECUACIÓN
Calorías	520CAL	1147,5	45,31%
Proteínas	9	11,16	80,64%
Grasas	15	30	50%
Carbohidratos	100	130	76,92%
Calcio	300	700MG	43.0%
Hierro	1	3MG/KG/DIA	33%
Vitamina A	100	300	33.3%
Zinc	0	2MG/KG/DIA	0
Ácido fólico	0	1MG/DIA	0

X. INTERPRETACIÓN: _ DE LA ANAMNESIS ALIMENTARIA PODEMOS CONCLUIR QUE TIENE UNA INGESTA ALIMENTARIA DESIQUILIBRADA E INADECUADA POR ENDE HAY DESCOMPENSACION EN EL CUBRIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES QUE NECESITA PARA SU DESARROLLO.
AL IGUAL EL ALTO GRADO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA AL QUE ESTA EXPUESTO TODO EL NUCLEO FAMILIAR

XI. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:
DESNUTRICION AGUDA MODERADA-RETRASO EN TALLA-DESNUTRICIO GLOBAL

XII. PRESCRIPCIÓN DIETARIA:

SE INICIA TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON REGIMEN HIPERCALORICO, HIPERPROTEICO, DIETA ALTA EN HIERRO, ZINC Y CALCIO.
CAL: 1147,5 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 2.29 SOBRE/DIA ZINC: 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**
210.68	SOBRES	2.29 SOBRE/DIA

NUTRIENTES	**dato/Kg peso actual**	**Aporte Total**	**Aporte total por FTLC**	**Aporte total por alimentación**	**Aporte total suplementación[11] micronutrientes**	**Observaciones**
Calorías (Kcal)	150caL/7.65kg	1147,5cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1gr/7.65g	31.3gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0gr/7.65kg	46gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0gr/7.65kg	153gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	17mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	9.4mg	131%			
Vitamina A (UI)	300 AI	1104 ug	220.8%			RIEN
Ácido fólico	5MG/1MG				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 2.29 SOBRES/DIA, LACTANCIA MATERNA 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

[11] Para ello debe tener en cuenta la prescripción médica.

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

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

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 4 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:**
RICARDO ANDRES ANGULO MERCADO	Ricardo Angulo M. T.P 1046873407

RESERVADA

Fecha de aplicación: Día **06** Mes **05** Año **2024**

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: **NANAECHPO**

Departamento: **CESAR** Municipio: **AGUSTIN CODAZZI**

Nombre profesional social: **LEIDY ANDREA CRUZ VELANDIA**

Persona o personas que suministran la información: **ETELVINA PEÑALOZA FRANCO**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **MATEO**	**Segundo Nombre**	**Primer Apellido** **RODRIGUEZ**	**Segundo Apellido** **PEÑALOZA**
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 01/05/2024 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):** **Sin R.C.** X	
Si no cuenta con registro civil cual es la razón: ☐ Se perdió y no ha tramitado copia ☐ Falta de gestión familiar X 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 X Autoridad tradicional ☐ Líder comunitario ☐ Otro programa del ICBF (cuál?) ☐ Otro medio (cuál?)	
La familia del niño o niñas es desplazada: ☐ SI. De donde: X NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: X NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI X NO	**¿Es Indígena?** X SI. Pueblo: **YUKPA** ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: X NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: X NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: X NO	
Departamento y municipio de residencia: **CESAR, AGUSTIN CODAZZI**	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** **TEKUYMU**	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel: REFIERE NO TENER		**Número teléfono contacto dos**[5] Nombre: Tel:	
Zona: X Rural ☐ Urbano Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos, rutas):			

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

Presenta discapacidad: NO X SI ☐

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

En que categorías presenta discapacidad

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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia 1. ☐ Leve – Independiente 2. ☐ Moderada – Semindependiente 3. ☐ Severa – Dependiente	**La discapacidad ha sido diagnosticada:** SI ☐ NO ☐ Entidad que certifica la discapacidad:

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

Si recibe terapia o rehabilitación. Nombre entidad atención:

Descripción de la terapia y/o rehabilitación:

Descripción de la discapacidad:

2. ESTRUCTURA Y ECONOMIA FAMILIAR

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

Nombre y apellido	Edad	Parentesco / afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud	Tiempo de trabajo (permanente, temporal, eventual)
ETELVINA PEÑALOZA FRANCO	25	MADRE		SECUNDARIA INCOMPLETA	AMA DE CASA		

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

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

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

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

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

SI ☐ NO ☐

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

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

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

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

Total de ingresos mensuales de la familia en SMMLV:

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

Observaciones relacionadas con estructura y economía familiar

FAMILIA UNIPARENTAL CONFORMADA POR MADRE Y UN HIJO DE UN AÑO Y DIES MESES, MADRE CUIDADORA PRINCIPAL Y AMA DE CASA , PADRE AUSENTE EMOCIONAL Y ECONOMICAMENTE.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

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

4. CONCLUSIONES

FAMILIA UNIPARENTAL DE UN HIJO, NO CUENTA CON RECURSOS ECONOMICOS, MENOR CON POCA HIGIENE PERSONAL Y POCOS CUIDADOS GENERALES.

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)

CAPACITACIÓN EN: CUIDADOS BASICOS DEL MENOR, HIGIENE PERSONAL, HIGIENE ORAL, SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA PRIMERA INFANCIA, DERECHOS DE LOS NIÑOS, ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL, POTABILIZACIÓN DEL AGUA.

VISITA DOMICILIARIA

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año):	
26/05/2024 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.	Leidy Cruz O. Psicóloga T.P. 234987 UNIVERSIDAD AREANDINA **Firma profesional social**

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _01_MES __05_AÑO __2024____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **DANIEL ANDRES MONTES PEÑA**		Cama: 6	Historia de Atención: 1.067.736.479
Sexo: M [X] F [ ]	Fecha de Nacimiento: Día 21 Mes 12 Año 2022	Edad Completa: A 1 M 4 D 10	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO SOYU**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante **MADRE**
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre: **SOLANGEL PEÑA MONTES**		
Dirección de residencia: SOYU	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: 1.067.736.479		

2. MOTIVO DE CONSULTA:

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

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

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

4. ANTECEDENTES PERINATALES:

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

Peso al nacer: ___✖_____ gramos	Talla al nacer: _____✖_____cm.
Complicaciones neonatales (primeros 30 días de vida) Si ☐ No ✖☐ No sabe ☐ Si, ¿cuál? _____	Hospitalizaciones neonatales Si ☐ No ✖☐ No sabe ☐ Si, ¿por qué? _____
Observaciones (indicar diagnósticos y tratamientos en el periodo neonatal)	
PARTO DOMICILIARIO, SIN PESO Y TALLA AL NACER CON DIFICIL INTERROGATORIO POR ETNIA	

5. DESARROLLO:

Control o sostén cefálico __4_____meses	Sonrisa social _____2.5_____meses	Giros (supino-prono) _____4_____meses
Sedestación sin apoyo _____meses	Gateo _____12_____meses	Marcha sin apoyo _____meses
Primeros dientes ___12_____meses	Control de esfínteres _____meses	Sonidos guturales _____3_____meses
Disilabos _____9_____meses	Palabras completas _____meses	Frases completas _____meses
Adecuada relación con los demás Si ✖☐ No ☐ No, ¿por qué? _____	Adecuada Escolaridad/Rendimiento Si ☐ No ✖☐ No, ¿por qué? _____	

¿Asiste a programa de Crecimiento y Desarrollo del sector Salud?
Si ✖ ☐ No ☐
No, ¿por qué?

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

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

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

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

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

☐ Piel y Faneras	
☐ Ojos	

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

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso ___7.5____ kg	Talla __74.3_____ cm	Perímetro Cefálico _____42_____cm	Perímetro Abdominal _____42_____ cm PERIMETRO TORAXICO 45 CM PERIMETRO BRAQUIAL 12
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC ____93___ / min.	FR ____27___/ min.	Tensión Arterial ____94__/_65____ mmHg	Temperatura __37.7___*C Axilar ✖ ☐ Rectal ☐ Oral ☐

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

Sistema	Positivo	Negativo	Descripción (si es positivo escriba el número del sistema y describa los hallazgos, importante enfatizar en signos clínicos de desnutrición)
1.Cabeza	✖		**NORMOCEFALO, CABELLO RALO ESCASO**
2.Cara			**NORMAL, SIN LESIONES**
3.Ojos			**PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ**
4.Oidos			**SIN SECRECIONES**
5.Nariz			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
6.Orofaringe			**FOSAS NASALES PERMEABLES**
7.Boca	✖		**FOSAS NASALES PERMEABLES**
8.Cuello			**MOVIL SIN ADENOPATIAS**

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

RECIBIDA

9.Torax			SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE
10.Corazón			RUIDOS CARDIACOS RITMICOS
11.Pulmones			CLAROS
12.Abdomen			BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO
13.Genitourinario			NORMOCONFIGURADO PARA LA EDAD
14.Periné/Ano			NORMAL
15.Osteoarticular			EUTROFICAS SIN EDEMA
16.Caderas			NORMAL
17.Neurologico			SIN DEFICIT APARENTE GLASGOW 15-15
18.Piel y Faneras	✖		SECA,
19.Otros			

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

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
VERIFICACIÓN SIGNOS GENERALES DE PELIGRO		
No puede beber o tomar del pecho	Si ☐ No ✖	
Vomita todo	Si ☐ No ✖	
Letárgico o Inconsciente	Si ☐ No ✖	
Convulsiones	Si ☐ No ✖	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR		
Presenta Tos	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____
Dificultad Respiratoria	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____ FR _____/ min.
Presenta Sibilancias Actualmente	Si ☐ No ✖	
Ha presentado sibilancias anteriormente	Si ☐ No ✖	
Presenta tiraje subcostal	Si ☐ No ✖	
Presenta Estridor en Reposo	Si ☐ No ✖	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE DIARREA		
Presenta Diarrea	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____
Presenta Sangre en las Heces	Si ☐ No ✖	
Letárgico o no puede beber	Si ☐ No ✖	
Ojos hundidos	Si ☐ No ✖	
Bebe ávidamente con sed	Si ☐ No ✖	
Intranquilo o irritable	Si ☐ No ✖	

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
Pliegue cutáneo	Si ☐ No ✖	Muy lento (> 2 seg.): _____ lento : _____
FIEBRE		
Presenta Fiebre	Si ☐ No ✖	Número de días de evolución: _____ Temperatura promedio _____*C
Vive o visito zona de riesgo de dengue	Si ☐ No ✖	
Rigidez de Nuca	Si ☐ No ✖	
Aspecto Tóxico	Si ☐ No ✖	
Manifestación de hemorragia	Si ☐ No ✖	
Dolor abdominal intenso	Si ☐ No ✖	
Piel diaforética y fría	Si ☐ No ✖	
Pulso rápido y débil	Si ☐ No ✖	
Inquieto o irritable	Si ☐ No ✖	
Erupción cutánea generalizada	Si ☐ No ✖	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DEL OÍDO		
Tiene dolor de oído	Si ☐ No ✖	
Tiene supuración	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____ Ha presentado episodios previos?: _____
Tímpano rojo y abombado	Si ☐ No ✖	
Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja	Si ☐ No ✖	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DE GARGANTA		
Tiene dolor de garganta	Si ☐ No ✖	
Adenopatías cervicales	Si ☐ No ✖	
Exudados blanquecinos	Si ☐ No ✖	
Eritema	Si ☐ No ✖	

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

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

Otros	Si ☐ No ✖	

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

13. IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS:

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

14. ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL Y NUTRICIONISTA

1.PRUEBA DE APETITO POSITIVO COMER ¼ AHORA

2. FTLC CALCULADO 1.125 KILOKALORIAS DAR 2.25 SOBRE QUE CONTINEN 207 gr, DAR 51.7gr EN 4 TOMAS DIA POR 7 DIAS

3. AGUA POTABLE 1.125 CC EN 24 HORAS 5 VASOS DISTRIBUIDO 5 TOMAS

4. ACIDO FOLICO 5 MG AHORA

5.CONTROL DE SIGNOS VITALES 2 VECES AL DIA

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

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

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

REVISADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 01 Mes 05 Año 2024

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: DANIEL ANDRES MONTES PEÑA Teléfono o contacto: NO TIENE
Fecha Nacimiento: 21/12/2022Edad: 1 AÑOS 4 MESES Sexo: F M X
Nombre Acudiente: Parentesco: MADRE
Diagnóstico Médico: DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Tratamiento Médico:

II. ANTECEDENTES

NEONATALES:
Edad Estacional: 9M Peso al Nacer: NR (g) Talla al Nacer: NR (cm)
Observaciones:

PATOLÓGICOS (Marcar con una X):
Respiratorias ☐ Diarreicas ☒ Eruptivas ☐ Alergias ☐ Qx ☐
¿Cuál (es)?

Vacunación: Esquema completo para la edad: Esquema incompleto para la edad:
Otras:

FAMILIARES:

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

Otras:

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

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

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

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

RESERVADA

ÁREA A EVALUAR	OBSERVACIÓN	INTERPRETACIÓN
Cabello	Débil, frágil, opaco, signo de bandera	Hipovitaminosis
Cara	Delgada	Deficiencia proteicocalórica
Cavidad Oral y Estructuras	Esmalte manchado	Falta de higiene, hipovitaminosis
Tronco (Estomago)	Abdomen globoso, rosario intercostal	Parasitosis, delgadez
Miembros Inferiores Superiores	Delgadez	Deficiencia proteico, calórica
Manos – Uñas	Sucias, Palidez	Falta de higiene
Piel	Seca, Escamosa, palidez	Deshidratación, hipovitaminosis

Interpretación General: Usuario con signos físicos de deficiencia de micronutrientes, delgadez, musculo esquelético generalizad, rosario intercostal.

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso Actual: 7.50Kg. Presenta edema: Si ☐ No ☒ Grado: _____
Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 74.3 cm
Perímetro Cefálico: 42 cm Perímetro Braquial: 12 cm
Perímetro Torácico: 45 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	-2.78	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	-2.40	RETRASO EN TALLA
Peso/ Edad	-3.10	DESNUTRICION GLOBAL

% Déficit de Peso/ Talla: 19%
Clasificación Nutricional: DESNUTRICION AGUDA MODERADA, RETRASO EN TALLA, DESNUTRICION GLOBAL

V. EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXAMEN	VALOR ACTUAL	REFERENCIA NORMAL

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

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

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

Interpretación:

VI. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

LACTANCIA MATERNA: LM

Recibió LM Exclusiva: Si ☒ Duración: 5 MESES Frecuencia: LIBRE
No ☐ Causa:

Recibió Fórmulas Infantiles: Si ☐ No ☒

Tipo de Fórmula: N.A No. Tomas/día: N.A
Preparación: N.A

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: ADECUADO
Posición del bebe durante la lactancia: ADECUADO
Agarre del pecho: ADECUADO
Succión – Deglución: ADECUADO
El niño mamó durante 15 minutos durante la entrevista para el diligenciamiento del formato.
Plan para programar acciones con el fin de iniciar lactancia o reluctancia materna:
Capacitar a madres gestantes y lactantes acerca de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses mediante charlas educativas dando a conocer su importancia, explicarles la importancia de la relactancia en la cual la madre consigue recuperar su producción de leche mediante estimulación para volver a amamantar a su bebe con lactancia materna.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

¿A qué edad inició la alimentación complementaria? 7M

EDAD	TIPO ALIMENTO	PREPARACIÓN
0 - 2 Meses	LECHE MATERNA	LACTANCIA MATERNA
2 - 4 Meses	LECHE MATERNA	LACTANCIA MATERNA
4 - 6 Meses	LECHE MATERNA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA, COLADA DE AVENA, SOPA, ARROZ

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

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

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

RESERVADA

6 - 8 Meses	LECHE MATERNA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA, COLADA DE AVENA, SOPA, ARROZ
8 - 12 Meses	LECHE MATERNA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA, COLADA DE AVENA, SOPA, ARROZ

¿A qué edad inicio la dieta familiar? 10M
Persona encargada de la alimentación del menor: MADRE
¿En qué lugar recibe alimentos el menor? CASA
HÁBITOS ALIMENTARIOS

Apetito: Bueno X Regular_ Malo ☐
Ingesta: Rápida ☐ Despacio:_ Normal: X
Deglución: Normal ☒ Deficiente ☐
Mastica: Si ☒ No ☐ Explicar:

Hábito intestinal: Normal ☐ Estreñimiento ☐ Diarrea ☒
Síntomas gastrointestinales: Vómito ☐ Reflujo ☐ Otro ☐ ¿Cuál? NINGUNO
Alimentos Preferidos: GUANDUL, FRIJOLES, GUINEO, MAZORCA, ARROZ
Alimentos Rechazados: NINGUNO
Alimentos no tolerados: NINGUNO

VII. ANAMNESIS ALIMENTARIA:

HORA	ALIMENTO Y PREPARACIÓN	CANTIDAD
7:00 AM	GUANDULES	1 TAZA PEQUEÑA
	LECHE MATERNA	LIBRE DEMANDA
12:00PM	SOPAS	1 TAZA PEQUEÑA
	ARROZ	1 PORCION PEQUEÑA
6:00PM	GUINEO VERDE	1 PORCION PEQUEÑA
	LECHE MATERNA	LIBRE DEMANDA

VIII. FRECUENCIA DE CONSUMO

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

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

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

RESERVADA

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								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	
Huevo				X				
Leguminosa								
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

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

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

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

NUTRIENTES	CONSUMO	RECOMENDADO	% ADECUACIÓN
Calorías	577CAL	1125	51,28%
Proteínas	8	10,95	73,05%
Grasas	12	30	40%
Carbohidratos	103	130	79,23%
Calcio	300	700MG	43.0%
Hierro	1	3MG/KG/DIA	33%
Vitamina A	100	300	33.3%
Zinc	0	2MG/KG/DIA	0
Ácido fólico	0	1MG/DIA	0

X. INTERPRETACIÓN: _ DE LA ANAMNESIS ALIMENTARIA PODEMOS CONCLUIR QUE TIENE UNA INGESTA ALIMENTARIA DESIQUILIBRADA E INADECUADA POR ENDE HAY DESCOMPENSACION EN EL CUBRIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES QUE NECESITA PARA SU DESARROLLO.
AL IGUAL EL ALTO GRADO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA AL QUE ESTA EXPUESTO TODO EL NUCLEO FAMILIAR

XI. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:
DESNUTRICION AGUDA MODERADA

XII. PRESCRIPCIÓN DIETARIA:

SE INICIA TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON REGIMEN HIPERCALORICO, HIPERPROTEICO, DIETA ALTA EN HIERRO, ZINC Y CALCIO.
CAL: 1125 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: 2.25 FTLC NA SOBRE/DIA ZINC: MG/DIA

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

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

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

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**
207	SOBRES	2.25 SOBRE/DIA

NUTRIENTES	dato/Kg peso actual	Aporte Total	Aporte total por FTLC	Aporte total por alimentación	Aporte total suplementación[2] micronutrientes	Observaciones
Calorías (Kcal)	150caL/7.50kg	1125cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1gr/7.50kg	30.7gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0gr/7.50kg	45gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0gr/7.50kg	150gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	mg	131%			
Vitamina A (UI)	300 AI	1104 ug	220.8%			RIEN
Ácido fólico	5MG/1MG				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 2.25 SOBRE/DIA MAS LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA BALANCEADA ORDENADA ASISTIDA EN 3 TIEMPOS DE COMIDA Y 2 MERIENDAS, LA CUAL ESTA

[2] Para ello debe tener en cuenta la prescripción médica.

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 4 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:**
RICARDO ANDRES ANGULO MERCADO	Ricardo Angulo M. T.P 1046873407

RESERVADA

Fecha de aplicación: Día **06** Mes **05** Año **2024**

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: **NANAECHPO**

Departamento: **CESAR** Municipio: **AGUSTIN CODAZZI**

Nombre profesional social: **LEIDY ANDREA CRUZ VELANDIA**

Persona o personas que suministran la información: **CESAR MONTES FRANCO Y SOLANGEL PEÑA MONTES**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **DANIEL**	**Segundo Nombre** **ANDRES**	**Primer Apellido** **MONTES**	**Segundo Apellido** **PEÑA**
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 01/05/2024 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):1.067.736.479** **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 X Autoridad tradicional ☐ Líder comunitario ☐ Otro programa del ICBF (cuál?) ☐ Otro medio (cuál?)	
La familia del niño o niñas es desplazada: ☐ SI. De donde: X NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: X NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI X NO	**¿Es Indígena?** X SI. Pueblo: **YUKPA** ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: X NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: X NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: X NO	
Departamento y municipio de residencia: **CESAR, AGUSTIN CODAZZI**	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** **SOYU**	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel: REFIERE NO TENER		**Número teléfono contacto dos**[6] Nombre: Tel:	
Zona: X Rural ☐ Urbano Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos, rutas):			

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

Presenta discapacidad: NO X SI ☐

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

En que categorías presenta discapacidad

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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia

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

La discapacidad ha sido diagnosticada: SI ☐ NO ☐

Entidad que certifica la discapacidad:

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

Si recibe terapia o rehabilitación. Nombre entidad atención:

Descripción de la terapia y/o rehabilitación:

Descripción de la discapacidad:

2. ESTRUCTURA Y ECONOMIA FAMILIAR

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

Nombre y apellido	Edad	Parentesco / afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud	Tiempo de trabajo (permanente, temporal, eventual)
CESAR MONTES FRANCO	45	PADRE	CASADO	SECUNDARIA	AGRICULTOR		EVENTUAL
SOLANGEL PEÑA MONTES	38	MADRE	CASADA	SECUNDARIA INCOMPLETA	AMA DE CASA		
JHON JAIRO MONTES PEÑA	19	HERMANO		ESCOLARIZADO			
MAURICIO MONTES PEÑA	13	HERMANO		ESCOLARIZADO			

RESERVADA

JAIDER MONTES PEÑA	10	HERMANO		ESCOLARIZADO			
DEINER MONTES PEÑA	7	HERMANO		ESCOLARIZADO			
MARIA PAULA MONTES PEÑA	5	HERMANA					

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

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

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

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

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

SI ☐ NO ☐

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

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

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

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

Total de ingresos mensuales de la familia en SMMLV:

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

Observaciones relacionadas con estructura y economía familiar

FAMILIA NUCLEAR CONFORMADA POR PADRE, MADRE 6 HIJOS , MADRE CUIDADORA PRINCIPAL Y AMA DE CASA , PADRE SE DEDICA A LAS LABORES DEL CAMPO SIN ESTABILIDAD LABORAL, SU PRINCIPAL FUENTE DE ALIMENTO ES EL AUTOABASTECIMIENTO Y TRUEQUE CON MICROCULTIVOS DE FRIJOL GUANDUL, MAIZ, GUINEO.

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

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

4. CONCLUSIONES

FAMILIA NUCLEAR CON 6 HIJOS, NO CUENTAN CON RECURSOS ECONOMICOS, MENOR CON POCA HIGIENE PERSONAL Y POCOS CUIDADOS GENERALES.

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)

CAPACITACIÓN EN: CUIDADOS BASICOS DEL MENOR, HIGIENE PERSONAL, HIGIENE ORAL, SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA PRIMERA INFANCIA, DERECHOS DE LOS NIÑOS, ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL, POTABILIZACIÓN DEL AGUA.

VISITA DOMICILIARIA

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año):	
28/05/2024 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.	Leidy Cruz V. Psicóloga T.P. 234987 UNIVERSIDAD ARLEANDINA Firma profesional socia

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _01_MES __05_AÑO __2024____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **DUVAN HERRERA HERRERA**	Cama: 07	Historia de Atención: 1.065.678.910
Sexo: M [X] F [ ]	Fecha de Nacimiento: Día 03 Mes 04 Año 2022	Edad Completa: A 2 M 1 D
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO TOKSHOPA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**	Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre: **VIVIANA GARCIA PEREZ**	
Dirección de residencia: TOKSHOPA	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 1.065.678.910

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

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
Disilabos _____9_____meses	Palabras completas _____15_____meses	Frases completas _____19_____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 ___6.65____ kg	Talla __69.1_____ cm	Perímetro Cefálico _____45_____cm	Perímetro Abdominal _____46_____ cm PERIMETRO TORAXICO 40 CM PERIMETRO BRAQUIAL 11.9CM
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC ____93___ / min.	FR ____40___/ 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 997.5 KILOKALORIAS DAR 1.99 SOBRE QUE CONTINEN 183.5 gr, DAR 45.8 gr CADA 4 HORAS
3. AGUA POTABLE 997.5 CC EN 24 HORAS 5 VASOS 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**

REGISTRADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE B. HISTORIA NUTRICIONAL

Fecha de Ingreso: Día 01 Mes 05 Año 2024

Centro de Recuperación Nutricional: NANAECHPO

Departamento: CESAR Municipio: AGUSTIN CODAZZI

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: DUVAN HERRERA HERRERA Teléfono o contacto: NO TIENE
Fecha Nacimiento: 3/04/2022 Edad: 2 años Sexo: F M X
Nombre Acudiente: FLOR HERRERA PEREZ Parentesco: MADRE
Diagnóstico Médico: DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Tratamiento Médico:

II. ANTECEDENTES

NEONATALES:
Edad Estacional: 9M Peso al Nacer: NR (g) Talla al Nacer: NR (cm)
Observaciones:

PATOLÓGICOS (Marcar con una X):
Respiratorias ☐ Diarreicas ☒ Eruptivas ☐ Alergias ☐ Qx ☐
¿Cuál (es)?

Vacunación: Esquema completo para la edad: Esquema incompleto para la edad:
Otras:

FAMILIARES:

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

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

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

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

RESERVADA

Otras:

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

ÁREA A EVALUAR	OBSERVACIÓN	INTERPRETACIÓN
Cabello	Débil, frágil, opaco, signo de bandera	Hipovitaminosis
Cara	Delgada	Deficiencia proteicocalórica
Cavidad Oral y Estructuras	Esmalte manchado	Falta de higiene, hipovitaminosis
Tronco (Estomago)	Abdomen globoso, rosario intercostal	Parasitosis, delgadez
Miembros Inferiores Superiores	Delgadez	Deficiencia proteico, calórica
Manos – Uñas	Sucias, Palidez	Falta de higiene
Piel	Seca, Escamosa, palidez	Deshidratación, hipovitaminosis

Interpretación General: Usuario con signos físicos de deficiencia de micronutrientes, delgadez, musculo esquelético generalizad, rosario intercostal.

IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso Actual: 6.65 Kg. Presenta edema: Si ☐ No ☒ Grado: _____
Peso Anterior (Ultima Vez): _____ Kg. Talla Actual: 69.1 cm
Perímetro Cefálico: 45 cm Perímetro Braquial: 11.9 cm
Perímetro Torácico: 40 cm

INDICADOR	D ESTÁNDAR (Z SCORE)	INTERPRETACIÓN
Peso/ Talla	-2.92	DESNUTRICION AGUDA MODERADA
Talla/ Edad	-7.36	RETRASO EN TALLA
Peso/ Edad	-5.71	DESNUTRICION GLOBAL

% Déficit de Peso/ Talla: 18.9%
Clasificación Nutricional: DESNUTRICION AGUDA MODERADA-RETRASO EN TALLA-DESNUTRICIO GLOBAL

V. EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXAMEN	VALOR ACTUAL	REFERENCIA NORMAL

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

Interpretación:

_____

VI. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS:

LACTANCIA MATERNA: LM

Recibió LM Exclusiva: Si ☒ Duración: 6MESES Frecuencia: LIBRE
No ☐ Causa:

_____

Recibió Fórmulas Infantiles: Si ☐ No ☒

Tipo de Fórmula: N.A No. Tomas/día: N.A
Preparación: N.A

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: NA
Posición del bebe durante la lactancia: NA
Agarre del pecho: NA
Succión – Deglución: NA

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

¿A qué edad inició la alimentación complementaria? 7M

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
6 - 8 Meses	LECHE MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA, COLADA DE AVENA, SOPA, ARROZ
8 - 12 Meses	LECHE MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA, COLADA DE AVENA, SOPA, ARROZ

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

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

RESERVADA

¿A qué edad inicio la dieta familiar?
Persona encargada de la alimentación del menor: MADRE
¿En qué lugar recibe alimentos el menor? CASA
HÁBITOS ALIMENTARIOS

Apetito: Bueno X Regular_ Malo ☐
Ingesta: Rápida ☐ Despacio:_ Normal: X
Deglución: Normal ☒ Deficiente ☐
Mastica: Si No ☒ Explicar:

Hábito intestinal: Normal ☐ Estreñimiento ☐ Diarrea ☒
Síntomas gastrointestinales: Vómito ☐ Reflujo ☐ Otro ☐ ¿Cuál? NINGUNO
Alimentos Preferidos: NINGUNO
Alimentos Rechazados: NINGUNO
Alimentos no tolerados: NINGUNO

VII. ANAMNESIS ALIMENTARIA:

HORA	ALIMENTO Y PREPARACIÓN	CANTIDAD
7:00 AM	GUANDULES COCIDOS	UN PLATO PEQUEÑO
	PLATANO MADURO COCIDO	UNA PORCION PEQUEÑA
12:00PM	SOPAS CON MENUDENCIA	UN PLATO PEQUEÑO
6:00PM	COLADA DE AVENA	UN PLATO PEQUEÑO
	YUCA COCIDA	UNA PORCION PEQUEÑA

VIII. FRECUENCIA DE CONSUMO

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

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

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

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

RESERVADA

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								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	
Huevo				X				
Leguminosa								
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.

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

NUTRIENTES	CONSUMO	RECOMENDADO	% ADECUACIÓN
Calorías	500CAL	997,5	50,12%
Proteínas	9	9,70	92,7%
Grasas	13	30	43,33%
Carbohidratos	120	130	92,30%
Calcio	300	700MG	43.0%
Hierro	1	3MG/KG/DIA	33%
Vitamina A	100	300	33.3%
Zinc	0	2MG/KG/DIA	0
Ácido fólico	0	1MG/DIA	0

X. INTERPRETACIÓN: _ DE LA ANAMNESIS ALIMENTARIA PODEMOS CONCLUIR QUE TIENE UNA INGESTA ALIMENTARIA DESIQUILIBRADA E INADECUADA POR ENDE HAY DESCOMPENSACION EN EL CUBRIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES QUE NECESITA PARA SU DESARROLLO.
AL IGUAL EL ALTO GRADO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA AL QUE ESTA EXPUESTO TODO EL NUCLEO FAMILIAR

XI. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:
DESNUTRICION AGUDA MODERADA-RETRASO EN TALLA-DESNUTRICIO GLOBAL

XII. PRESCRIPCIÓN DIETARIA:

SE INICIA TRATAMIENTO NUTRICIONAL CON REGIMEN HIPERCALORICO, HIPERPROTEICO, DIETA ALTA EN HIERRO, ZINC Y CALCIO.
CAL: 997.5 KCAL/DIA FORMULA NUTICIONAL: FTLC 1.99 SOBRE/DIA ZINC: 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).

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

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

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

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**
183.08	SOBRES	1.99 SOBRE/DIA

NUTRIENTES	dato/Kg peso actual	Aporte Total	Aporte total por FTLC	Aporte total por alimentación	Aporte total suplementación[3] micronutrientes	Observaciones
Calorías (Kcal)	150caL/6.65kg	997.5cal	68%	32% + 703CAL		SIN EDEMA
Proteínas (g)	4.1gr/6.65g	27.26gr	68%	32% + 66%		11% VCT
Grasas (g)	6.0gr/6.65kg	39.9gr	68%	32% + 66%		35% VCT
Carbohidratos (g)	20.0gr/6.65kg	133gr	68%	32% + 66%		54% VCT
Calcio (mg)	700mg	414mg	79%	21%		RIEN
Hierro (mg)	3MG/KG/DIA	19mg	87%	13%		
Zinc (mg)	2MG/KG/DIA	13mg	131%			
Vitamina A (UI)	300 AI	1104 ug	220.8%			RIEN
Ácido fólico	5MG/1MG				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 1.99 SOBRES/DIA Y LACTANCIA MATERNA

XV. RECOMENDACIONES:

[3] Para ello debe tener en cuenta la prescripción médica.

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

___

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 4 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:**
RICARDO ANDRES ANGULO MERCADO	Ricardo Angulo M. T.P 1016873407

RESERVADA

Fecha de aplicación: Día **06** Mes **05** Año **2024**

Centro de Recuperación Nutricional – CRN: **NANAECHPO**

Departamento: **CESAR** Municipio: **AGUSTIN CODAZZI**

Nombre profesional social: **LEIDY ANDREA CRUZ VELANDIA**

Persona o personas que suministran la información: **FLOR HERRERA PEREZ**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN NIÑO/NIÑA

Primer Nombre **DUVAN**	**Segundo Nombre**	**Primer Apellido** **HERRERA**	**Segundo Apellido** **HERRERA**
Fecha de ingreso al CRN o RNEC: 01/05/2024 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):1.065.678.910** **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 X Autoridad tradicional ☐ Líder comunitario ☐ Otro programa del ICBF (cuál?) ☐ Otro medio (cuál?)	
La familia del niño o niñas es desplazada: ☐ SI. De donde: X NO	**¿El niño o niña fue remitido desde otro municipio?** ☐ SI. Cuál: X NO	**¿Su familia es víctima del conflicto armado?** ☐ SI X NO	**¿Es Indígena?** X SI. Pueblo: **YUKPA** ☐ NO
¿Es Afrocolombiano? ☐ SI. Grupo: X NO	**¿Es Rrom-gitano/a?** ☐ SI. Kumpania: X NO	**¿Se beneficia de algún programa del Estado diferente al ICBF?** ☐ SI. Cuál: X NO	
Departamento y municipio de residencia: **CESAR, AGUSTIN CODAZZI**	**Nombre de la Vereda, Barrio, corregimiento:** **KURARAPA**	**Dirección:**	
Número teléfono contacto Papá o Mamá Nombre: Tel: REFIERE NO TENER		**Número teléfono contacto dos[7]** Nombre: Tel:	
Zona: X Rural ☐ Urbano Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos, rutas):			

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

Presenta discapacidad: NO X SI ☐

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

En que categorías presenta discapacidad

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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia 1. ☐ Leve – Independiente 2. ☐ Moderada – Semindependiente 3. ☐ Severa – Dependiente	**La discapacidad ha sido diagnosticada:** SI ☐ NO ☐ Entidad que certifica la discapacidad:

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

Si recibe terapia o rehabilitación. Nombre entidad atención:

Descripción de la terapia y/o rehabilitación:

Descripción de la discapacidad:

2. ESTRUCTURA Y ECONOMIA FAMILIAR

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

Nombre y apellido	Edad	Parentesco / afinidad	Estado civil	Nivel escolar	Actividad económica	Afiliación salud	Tiempo de trabajo (permanente, temporal, eventual)
JOSE HERRERA	49	PADRE	CASADO	SECUNDARIA INCOMPLETA	AGRICULTOR		EVENTUAL
FLOR HERRERA PEREZ	25	MADRE	CASADA	SECUNDARIA INCOMPLETA	AMA DE CASA		
ALFREDO HERRERA HERRERA	17	HERMANO		ESCOLARIZADO			
ALEJANDRO HERRERA HERRERA	13	HERMANO		ESCOLARIZADO			

JUAN CAMILO HERRERA HERRERA	9	HERMANO		ESCOLARIZADO			
LUIS JAVIER HERRERA HERRERA	6	HERMANO		ESCOLARIZADO			
YELIZA HERRERA HERRERA	3	HERMANA					
LUZ ANGELA HERRERA HERRERA	1MES	HERMANA					

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

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

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

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

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

SI ☐ NO ☐

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

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

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

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

Total de ingresos mensuales de la familia en SMMLV:

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

Observaciones relacionadas con estructura y economía familiar

FAMILIA NUCLEAR CONFORMADA POR PADRE, MADRE Y 7 HIJOS, TIENE UNA HERMANA MENOR DE 1 MES , MADRE CUIDADORA PRINCIPAL Y AMA DE CASA , PADRE SE DEDICA A LAS LABORES DEL CAMPO SIN ESTABILIDAD LABORAL, SU PRINCIPAL FUENTE DE ALIMENTO ES EL AUTOABASTECIMIENTO Y TRUEQUE CON MICROCULTIVOS DE FRIJOL GUANDUL, MAIZ, GUINEO.

RESERVADO

3. REDES DE APOYO FAMILIAR

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

4. CONCLUSIONES

FAMILIA NUCLEAR CON 7 HIJOS, NO CUENTAN CON RECURSOS ECONOMICOS, MENOR CON POCA HIGIENE PERSONAL Y POCOS CUIDADOS GENERALES.

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)

CAPACITACIÓN EN: CUIDADOS BASICOS DEL MENOR, HIGIENE PERSONAL, HIGIENE ORAL, SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA PRIMERA INFANCIA, DERECHOS DE LOS NIÑOS, ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL, POTABILIZACIÓN DEL AGUA.

VISITA DOMICILIARIA

Programación visita domiciliaria: (día-mes-año):	
26/05/2024 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.	Leidy Cruz V. Psicóloga T.P. 234987 UNIVERSIDAD ARLEANDINA Firma profesional social

RESERVADA

FORMATO HISTORIA MÉDICA Y NUTRICIONAL DE INGRESO

PARTE A. HISTORIA MÉDICA AL INGRESO

FECHA DE INGRESO: DÍA _01_MES __05__AÑO __2024____

CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL: **NANAECHPO**

DEPARTAMENTO: CESAR MUNICIPIO: **AGUSTIN CODAZZI**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos y Nombres **KATIA FRANCO GARCIA**		Cama: 08	Historia de Atención: 1.300.422.608
Sexo: M ☐ F ☒	Fecha de Nacimiento: Día 15 Mes 07 Año 2022	Edad Completa: A 1 M 9 D 16	
Lugar de Nacimiento: **ASENTAMIENTO TOKSHOPA**	Procedencia (Barrio, Vereda, Comunidad indígena): **ZONA NANAECHPO –YUKPA**		Informante: **MADRE**
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre: **VIVIANA GARCIA PEREZ**		
Dirección de residencia: **TOKSHOPA**	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: 1.300.422.608		

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 _____9_____meses	Marcha sin apoyo _____meses
Primeros dientes ___10_____meses	Control de esfínteres _____meses	Sonidos guturales _____3_____meses
Disilabos _____9_____meses	Palabras completas _____12_____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: ____VARICELA _____Fecha: 07-09-2023_____ Vacuna: _____ Fecha: _____ Vacuna: _____ Fecha: _____	

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

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

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

☐ Piel y Faneras	
☐ Ojos	

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

9. EXAMEN FÍSICO:

Peso ___7____ kg	Talla __72____ cm	Perímetro Cefálico _____42_____cm	Perímetro Abdominal _____48_____ cm PERIMETRO TORAXICO 47 CM PERIMETRO BRAQUIAL 11CM
Peso con edema **Si:** ( ) **No:** (✖) Si presenta edema, indique el grado del mismo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )			
FC ____93___ / min.	FR ____30___/ 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!

Toda impresión de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

RECHAZADA

9.Torax			SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE
10.Corazón			RUIDOS CARDIACOS RITMICOS
11.Pulmones			CLAROS
12.Abdomen			BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO
13.Genitourinario			NORMOCONFIGURADO PARA LA EDAD
14.Periné/Ano			NORMAL
15.Osteoarticular			EUTROFICAS SIN EDEMA
16.Caderas			NORMAL
17.Neurologico			SIN DEFICIT APARENTE GLASGOW 15-15
18.Piel y Faneras	✖		SECA,
19.Otros			

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

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
VERIFICACIÓN SIGNOS GENERALES DE PELIGRO		
No puede beber o tomar del pecho	Si ☐ No ✖	
Vomita todo	Si ☐ No ✖	
Letárgico o Inconsciente	Si ☐ No ✖	
Convulsiones	Si ☐ No ✖	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE TOS Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR		
Presenta Tos	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____
Dificultad Respiratoria	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____ FR _____/ min.
Presenta Sibilancias Actualmente	Si ☐ No ✖	
Ha presentado sibilancias anteriormente	Si ☐ No ✖	
Presenta tiraje subcostal	Si ☐ No ✖	
Presenta Estridor en Reposo	Si ☐ No ✖	
VERIFICACIÓN DE SIGNOS DE DIARREA		
Presenta Diarrea	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____
Presenta Sangre en las Heces	Si ☐ No ✖	
Letárgico o no puede beber	Si ☐ No ✖	
Ojos hundidos	Si ☐ No ✖	
Bebe ávidamente con sed	Si ☐ No ✖	
Intranquilo o irritable	Si ☐ No ✖	

SIGNOS	PRESENTA	DESCRIPCIÓN
Pliegue cutáneo	Si ☐ No ✖	Muy lento (> 2 seg.): _____ lento : _____
FIEBRE		
Presenta Fiebre	Si ☐ No ✖	Número de días de evolución: _____ Temperatura promedio _____*C
Vive o visito zona de riesgo de dengue	Si ☐ No ✖	
Rigidez de Nuca	Si ☐ No ✖	
Aspecto Tóxico	Si ☐ No ✖	
Manifestación de hemorragia	Si ☐ No ✖	
Dolor abdominal intenso	Si ☐ No ✖	
Piel diaforética y fría	Si ☐ No ✖	
Pulso rápido y débil	Si ☐ No ✖	
Inquieto o irritable	Si ☐ No ✖	
Erupción cutánea generalizada	Si ☐ No ✖	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DEL OÍDO		
Tiene dolor de oído	Si ☐ No ✖	
Tiene supuración	Si ☐ No ✖	Días de evolución: _____ Ha presentado episodios previos?: _____
Tímpano rojo y abombado	Si ☐ No ✖	
Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja	Si ☐ No ✖	
VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DE GARGANTA		
Tiene dolor de garganta	Si ☐ No ✖	
Adenopatías cervicales	Si ☐ No ✖	
Exudados blanquecinos	Si ☐ No ✖	
Eritema	Si ☐ No ✖	

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

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