E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA
832001411
HISTORIA CLÍNICA
CLINICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE 0 A 5 AÑOS

N° Historia Clínica 1074161577
Fecha de Registro: 19/11/24 12:22
Folio: 8

Fecha Actual : martes, 19 noviembre 2024

DATOS DEL PACIENTE **No. Historia clínica:** RC1074161577 **Identificación:** 1074161577 **Sexo:** Masculino
Nombre: JOLAN MATHIEU GONZALEZ MEDINA **Dirección:** VDA QUERENTE
Teléfono: 3142723910 **Estado Civil:** Soltero **Fec. Nacimiento:** 10/05/2024 **Edad:** 0 Años / 6 Meses / 9 Días
Nivel/Estrato: NIVEL A (CONTRIBUTIVO) **Ocupación:** **Tipo regimen:** Contributivo
Entidad: NUEVA EPS S.A. **Ingreso :** 1964143 **Fecha ingreso :** 19 noviembre 2024 11:53
Procedencia: CHIPAQUE **Finalidad:** Deteccion_Alteracion_Crecimiento_y_Desarrollo
Causa externa : Otra **Responsable:**
Dirección Responsable: **Teléfono :**

Discapacidad del paciente : NO PRESENTA DISCAPACIDAD

MOTIVO DE CONSULTA VALORACIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA...
CONDUCTA
ENFERMEDAD ACTUAL NIÑO DE 6 MESES, ASISTE A VALORACION INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA EN COMPAÑÍA DE LA MADRE, EN BUEN ESTADO GENERAL, NACIDO DE 39 SEMANAS, FRUTO DE SEGUNDA GESTACIÓN, NACIMIENTO POR CESAREA, SIN NINGUNA COMPLICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO PESO AL NACER 3060 GR, TALLA AL NACER 50 CM. PTE CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. MADRE NIEGA ANTECEDENTES DE HOSPITALIZACIONES DURANTE EL PERIODO GESTACIONAL Y NEONATAL. AL EXAMEN FISICO DEL MENOR: CABEZA SIMETRICA, CUELLO MOVIL SIMETRICO SIN ADENOPATIAS NI MASAS PALPABLES, BUENA EXPANSION TORACICA, CONJUNTIVAS ROSADAS, FOSAS NASALES HIDRATADAS, MUCOSA ORAL HIDRATADA CON PRESENCIA DE DENTICION, GENITALES SIN ALTERACION, PIEL HIDRATADA, NO SE EVIDENCIAN LESIONES. NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES FENOTÍPICAS NI FÍSICAS AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN. MADRE NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA.ALERGIAS: MADRE NIEGAACCIDENTES IMPORTANTES: MADRE NIEGACIRUGIAS: MADRE NIEGAANTECEDENTES FAMILIARES: MADRE NIEGAAL MOMENTO DE LA VALORACION DE ANTECEDENTES ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES MADRE REFIERE NO HABER INICIADO ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, SE EXPLICA TEXTURAS, IMPORTANCIA DE NO INICIAR CONSUMO DE SAL NI DULCE EN LAS PREPARACIONES DEL MENOR

ANTECEDENTES DEL PACIENTE :

PATOLÓGICOS :	NO REFIERE
QUIRURGICOS :	NO REFIERE
TRAUMATOLÓGICOS :	NO REFIERE
HOSPITALIZACIÓN :	NO REFIERE
TRANSFUSIONALES :	NO REFIERE
FARMACOLOGICOS :	NO REFIERE
TÓXICOS :	NO REFIERE
ALERGICOS :	NO REFIERE
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL :	NO REFIERE
FAMILIARES :	NO REFIERE

DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	Ppal
Z001	Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	☑ Ppal

FACTORES DE RIESGO
Evaluación de alimentación ☐ Consume diariamente los tres grupos de alimentos ☐ Recibe menos de 3 comidas diarias ☐ Bebe agua sin hervir o purificar ☐ Suspende alimentación por más de 24 h. en caso de enfermedad ☐ Presenta intolerancia a algún medicamento
Relaciones familiares y patrones de crianza ☐ El niño vive con un sólo padre ☐ El niño vive con ningún padre ☐ Cambia frecuentemente de cuidador el niño ☐ El niño permanece mucho tiempo sólo al cuidado de otros niños ☐ Hay vieolencia intrafamiliar ☐ Falta de diálogo familiar
Transmisión de normas
☐ Padres que corrigen al niño utilizando castigos físicos o maltrato psicológico Cuales: NO APLICA
Comportamientos en el cuidado del niño ☐ Padrescorrigen al niño utilizando maltrato fisico y/o psicológico ☐ Niño que tiene pesadillas o temores nocturnos ☐ Padres que no juegan con el niño ☐ Padres no propician un horario regular de sueño ☐ Padresno prestan atención o no toleran el llanto del niño ☐ Padres castigan al niño por tocar sus genitales/ hacer preguntas sobre sexo ☐ Niño victima de abuso sexual ☐ Niño duerme con adultos después de los 4 meses ☐ Niño controla esfínteres después de las 4 años
☐ Niño abligado a controlar esfínteres antes de los 2 años ☐ Niño obligado a controlar esfínteres con medios violentos ☐ Padres obligan al niño a trabajar

EXAMEN FISICO Peso: 7 Talla: 69 Frecuencia Respiratoria: 21,0000 Agudeza visual: 20/20 ☐ Tiene caries
Frecuencia Cardiaca: 127 Temperatura.: 36 Perimetro Braquial 15 Perimetro Cefalico 44

Cabeza: Normocefálo Cuello: No masas Ojos: Simetricos Nariz: Permeable Oído: No secreción
Boca: Hidratada Torax: Ruidos respiratorios Normales Abdomen: Depresible Genitourinario: Normal Extremidades: Simetricas
Piel: Hidratada Sistema nervioso: False

VERIFICAR SI TIENE DESNUTRICIÓN O ANEMIA ☐ Signos de emaciación visible ☐ Pálidez Palmar ☐ Edema en ambos pies Peso/edad: 0 Calificación: Peso Adecuado para la edad
Talla/Edad: 0 Clasificación: Talla adecuada para la edad Peso/Talla: 0 Clasificación: Peso adecuado para la talla Tendencia: Ascendente

CONDUCTA 2. CONTROL **TIENE CARNE?** Si **PERTENECE A PROGRAMA DE SALUD :** 1. COMPLEMENTACION EN MENOR DE 3 MESES **Tos con o sin expectoración > 15 días** ☐
EVALUAR PROBLEMAS DE ALIMENTACION

TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR NO **LACTANCIA MATERNA:** Complementaria **DURACION EN MESES:** **TIENE DIARREA** NO **TIENE FIEBRE** NO
PROBLEMAS DE OIDO: NO **PROBLEMAS DE GARGANTA**

Suministro de sulfato ferroso No_aplica **Vitamina A** No_aplica **Albendazol** No_aplica

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

	RECIEN NACIDO	2 MESES	4 MESES	6 MESES	12 MESES	18 MESES	5 AÑOS
BCG	✓ RECIEN NACIDO						
HEPATITIS B	✓ RECIEN NACIDO						
PENTAVALENTE		✓ DOSIS 1	✓ DOSIS 2	DOSIS 3			
POLIO		✓ DOSIS 1	✓ DOSIS 2	DOSIS 3		REFUERZO	REFUERZO
ROTAVIRUS		✓ DOSIS 1	✓ DOSIS 2				
FIEBRE AMARILLA					DOSIS UNIC		
SRP					DOSIS UNIC		REFUERZO
DPT						REFUERZO	REFUERZO
INFLUENZA				DOSIS 1	DOSIS 2		
HEPATITIS A					DOSIS 1	DOSIS 2	
VARICELA					DOSIS 1	DOSIS 2	

EDUCACION EN:

1. Como administrar el tratamiento en casa
2. Medidas Preventivas
3. Recomendaciones del buen trato
4. Hábitos Alimenticios
5. IRA
6. EDA
7. Alimentación
8. Vacunación
9. Pautas de Crianza

REMITE A:

Consulta medico general
Crecimiento y desarrollo por médico
Crecimiento y desarrollo por enferemría
Vacunación

SIGNOS DE ALARMA

Fiebre
Aleteo nasal
Tirajes intercostales
Cianosis
Deposiciones diarreicas
Pliegue cutaneo
Llanto sin lagrimas
Dolor de oido
Salida de liquido por oido
Deficit en la alimentación
Palidez marcada
Letargico (Somnoliento)
Vomito excesivo

OBSERVACIONES

19/11/2024 12+00PM: NIÑO DE 6 MESES, ASISTE A VALORACION INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA EN COMPAÑÍA DE LA MADRE EN BUEN ESTADO GENERAL. NACIDO DE 39 SEMANAS, FRUTO DE SEGUNDA GESTACIÓN, NACIMIENTO POR CESÁREA, SIN NINGUNA COMPLICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y LA CIRUGÍA, PESO AL NACER 3060 GR, TALLA AL NACER 50 CM. PTE CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES. MADRE NIEGA ANTECEDENTES DE HOSPITALIZACIONES DURANTE EL PERIODO GESTACIONAL Y NEONATAL. SIN PRESENCIA DE ALTERACIONES FENOTÍPICAS NI FÍSICAS AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN.
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: NEGATIVOS.

SE REVISAN REJILLAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO:
P/T: RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA >-2 A < -1
P/E: PESO ADECUADO PARA LA EDAD.>-1 A <+1
T/E: TALLA ADECUADA PARA LA EDAD.>-1 A <+1
IMC: 15,12
PERIMETRO BRAQUIAL: 15 CMS
PERIMETRO CEFALICO: 44 CMS
AL EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES, CON DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO REALIZANDO ACTIVIDADES PROPIAS Y ACORDES A SU EDAD. NO HAY EVIDENCIA DE SIGNOS DE VIOLENCIA FISICA, MALTRATO, ABUSO O VIOLENCIA SEXUAL SEGÚN ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO REALIZADO.
SE EDUCA SOBRE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA, VACUNAS Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA (VOMITO, DIARREA, INAPETENCIA, TOS EMETIZANTE, RETRACCIONES INTERCOSTALES, CIANOSIS, FIEBRE PERSISTENTE
SE EXPLICA AL ACUDIENTE LA IMPORTANCIA DE COMPARTIR TIEMPOS Y ESPACIOS JUGANDO CON EL MENOR, CORREGIR CON RESPETO Y AMOR, NO GOLPEAR, BAÑO DIARIO, UÑAS CORTAS, ROPA LIMPIA, CONSERVAR LAS FUENTES HIDRICAS QUE SE TIENE EN EL HOGAR, AHORRO DEL AGUA, CLASIFICACION Y SEGREGACION DE RESIDUOS, TENENCIA ADECUADA DE MASCOTAS, SEGURIDAD VIAL COMO MECANISMO QUE GARANTIZA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA CIRCULACIÓN DEL TRÁNSITO; MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y NORMAS DE CONDUCTA; BIEN SEA COMO PEATÓN, PASAJERO O CONDUCTOR, A FIN DE USAR CORRECTAMENTE LA VÍA PÚBLICA PREVINIENDO LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO
SE EDUCA EN RIESGOS EN EL HOGAR PARA EVITAR ACCIDENTES EN EL MISMO, NO DEJAR AL MENOR SOLO O EN COMPAÑÍA DE ALGUIEN NO CONFIABLE. ALOJAMIENTO CONJUNTO HASTA LOS DOS AÑOS
PROXIMA CITA 9 A 11 MESES CON ENFERMERIA PARA CRECIMIENTO Y DESARROLLO
RADIOGRAFIA DE CADERA: 5 MESES, SE REVISA RESULTADO QUE SE EVIDENCIA ADECUADO

Edad	Motricidad gruesa	Calif.	Motricidad fino-adaptativa	Calif.	Audición y lenguaje	Calif.	Personal social	Calif.
1	<1 Patea vigorosamente	1	<1 Sigue movimeinto hot¡rizontal y vertical del objeto	1	<1 Se sobresalta con ruido	1	<1 Sigue movimientos del rostro	1

1	1 a 3 levanta la cabeza en prona	1	1 a 3 Abre y mira sus manos	1	1 a 3 Busca sonidos con la mirada	1	1 a 3 Reconoce a la madre	1			
2	1 a 3 levanta la cabeza en prona	1	1 a 3 Abre y mira sus manos	1	1 a 3 Busca sonidos con la mirada	1	1 a 3 Reconoce a la madre	1			
2	1 a 3 Levanta la cabeza y pecho en prona	1	1 a 3 Sostiene objetos en la mano	1	1 a 3 Dos sonidos guturales diferentes	1	1 a 3 Sonrie al acariciarlo	1			
2	1 a 3 Sostiene la cabeza al laventarlo de los brazos	1	1 a 3 Se lleva objetos a la boca	1	1 a 3 Balbicea con las personas	1	1 a 3 Se voltea cuando se le habla	1			
4	4 a 6 Se voltea de un lado al otro	1	4 a 6 Sostiene un objeto en cada mano	1	4 a 6 Rie a carcajadas	1	4 a 6 Acepta y coge juguete	1			
4	4 a 6 Intenta sentarse solo	1	4 a 6 Pasa objetos de una mano a otra	1	4 a 6 Reacciona cuando se le llama	1	4 a 6 Pone atención a ka conversación	1			
4	4 a 6 Control de cabeza sentado	1	4 a 6 Agarra objetos voluntariamente	1	4 a 6 Cuatro o mas sonidos diferentes	1	4 a 6 Coge la mano del examinador	1			
6	4 a 6 Control de cabeza sentado	1	4 a 6 Agarra objetos voluntariamente	1	4 a 6 Cuatro o mas sonidos diferentes	0	4 a 6 Coge la mano del examinador	1			
6	4 a 6 Se voltea de un lado al otro	1	4 a 6 Sostiene un objeto en cada mano	1	4 a 6 Rie a carcajadas	1	4 a 6 Acepta y coge juguete	1			
6	4 a 6 Intenta sentarse solo	1	4 a 6 Pasa objetos de una mano a otra	0	4 a 6 Reacciona cuando se le llama	1	4 a 6 Pone atención a ka conversación	1			

Fecha	Edad	Mot. Gruesa	Calificación.	Mot. fino-adaptativa	Calificación.	Audición y lenguaje	Calif.	Personal social	Calificación.	Total	Calificación total
									Peso Adecuado para la edad		

ATENCION

Discapacidad del Paciente: NO PRESENTA DISCAPACIDAD
Escolaridad : Ninguno
Nombre de la Madre MARGELIS YADIRA MEDINA GIRNU
Edad 25,0000
Nombre del Padre JOHAN MIGUEL GONZALEZ
Edad 30,0000

ANTECEDENTES PERINATALES :

Parto Institucional True **Parto** Cesarea **Embarazo Deseado** SI **Edad de la madre al nacimiento** 25,0000 **Patologia en embarazo** False **Patologia en Parto** False **Patologia en Puerperio cuales**
EG al nacer 39,0000 **Tuvo Atencion Perinatal** SI **PN (gr)** 3060,000 **TN (cm)** 50,000 **PC (cm)** 34,000 **PT** 32,0000 **TSH** 2,1000 **Fue reanimado** NO **Complicaciones del recioen nacido**

ANTECEDENTES PATOLOGICOS :

Ninguno False **Lues** False **Neurologicos** False **Infecciones** False **Icteria** False **Cuales** NO APLICA **Hipoglicemia** False **Membrana Hialina** False **Broncorespiracion** False **Hemorragia** False **Hipotiroidismo** False
Defecto congenito False **otro** False

ANTECEDENTES DE INFANCIA :

Sarampion False **Poliomielitis** False **Difteria** False **Rubeola** False **Parotiditis** False **Roseola** False **Tos ferina** False **Hepatitis A** False **Hepatitis B** False **Hepatitis c** False **Alergias** False **Accidentes** False
Cirugias False **Sindrome Convulsivo** False **N° Episodio de bajo peso** 0,0000 **N° Episodio de diarrea** 0,0000 **N° Episodio de IRA** 0,0000 **Esquema de vacunacion adecuado para la edad** True
Fecha proxima vacuna 25/11/2024 11:59:24 a. m.

ANTECEDENTES FAMILIARES :

Diebetes False **Tuberculosis** False **Alergias** False **Transtronos mentales** False **Otros** False **Cuales**

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES:

Lactancia materna exclusiva 6,0000 **destete Lactancia materna** 0,0000 **Inicio lactancia complementaria** 0,0000 **Nuevo en programa de crecimiento** True

CONDICIONES SOCIOFAMILIARES

nivel educacion de la madre Secundaria Completa **Estado laboral de la madre** Empleada **Ingresos Familiares** 1 Salario **Nivel educacion del padre** Secundaria Completa **Estado laboral del padre** Empleado

ASPECTOS DE LA VIVIENDA

Tipo Vivienda Apartamento **Tenencia** Arrendada **Cocina con** Gas **Deposicion de basuras** Adecuado **Alcantarillado** True **Acueducto** True **Energia Electrica** True
Vive con animales True **Estan vacunados** True **Disposicion Excretas** Sanitario **Entrega material educativo** True **Se educa en derechos sexuales y derechos reproductivos** Si

Profesional CUBILLOS PAEZ DIANA PAOLA
Registro Profesional 1074158637
Especialidad ENFERMERA JEFE

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro."