HISTORIA CLINICA
CENTRO DE SALUD DE FOSCA E.S.E
Nit. 832007272
Dir. CR 1 NO. 3 -0 5 - Tel. 3166907776

E.S.E. CENTRO DE SALUD FOSCA

Código Plantilla:RIAS-01
Fecha Historia:19/06/2024 18:35
Lugar y Fecha:FOSCA,CUNDINAMARCA 19/06/2024 18:35
Documento y Nombre del Paciente: RC 1074137951 ARELIS SOFIA HERNANDEZ CLAVIJO
Administradora: NUEVA EPS S.A Convenio: CAPITADO Tipo de Usuario: SUBSIDIADO ESTRATO 1
No Historia: 1074137951 Cons. Historia: 245374
Atención: Ambulatorio

HISTORIA CLINICA CENTRO DE SALUD DE FOSCA E.S.E
ATENCION EN SALUD PRIMERA INFANCIA: **NIÑOS / NIÑAS DE 8 DIAS A 5 AÑOS-9 MESES-29 DIAS:**
RESOLUCION 3280 DE 2018:

HISTORIA CLINICA CENTRO DE SALUD DE FOSCA E.S.E
IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 19/06/2024 **Hora:** 18:33
Tipo Documento F: RC **Historia:** 1074137951
Nombre: ARELIS SOFIA HERNANDEZ CLAVIJO **Fecha Nacimiento F:** 28/12/2021
Edad: 2 Años **Sexo:** Femenino
Direccion: SAN ANTONIO **Telefono:** 3123232370
E.A.P.B.: NUEVA EPS S.A **Convenio:** CAPITADO
Régimen: SUBSIDIADO **Zona:** RURAL
Grupo étnico: NINGUNO DE LOS ANTERIORES **Grupo poblacional:** NINGUNO
DATOS ACOMPAÑANTE Y/O RESPONSABLE
Nombre Acompañante: JAZMIN CLAVIJO- MADRE **Telefono Acompañante:** 3178761106
Motivo de la Consulta
Referido por el paciente: CONTROL **Motivo De Consulta--:** -
Revision por Sistemas: PACIIENTE DE 30 MESES QUE ASISTE A CONTROL DE CYD EN JORNADA DE SALUD DE SAN ANTONIO CON SU MADRE NIEGA SÍNTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS, SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA, DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES SIN ALTERACIONES MENOR ASINTOMÁTICO, AFEBRIL, CON BUENA HIDRATACIÓN

ANTECEDENTES PERSONALES
ANTECEDENTES PERINATALES
Edad gestacional (Sem):: 0 **Parto Institucional-::** SI
Parto Intervenido-:: SI **Parto Espontaneo-::** NO
Cesarea-:: SI **Presentacion-::** NO SABE
Recien Nacido Unico-:: SI **Adaptacion Neonatal Espontanea:** SI
Fototerapia-:: NO **Incubadora-::** NO
Talla al nacer/Cm: 49 **Hemoclasificacion-::** O+
Número de Hijo: 3 **Numero de Controles Prenatales:** 9
Complicaciones durante el embarazo: NO
Hospitalizado
Hospitalizado: No
ANTECEDENTES OBSTETRICOS
Edad de la Madre al Nacer el Niño-:: 26 **Embarazo Deseado-::** SI
Atencion Prenatal-:: SI **Embarazo Normal-::** SI
Antecedente Farmacológico: NIEGA **Antecedetes Teratogénicos:** NO
Enfermedades Maternas: NO
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA
Consulta a urgencias: NO **Síntomas Recurrentes:** NO
Síntomas Otológicos: NO **Condiciones crónicas o agudas:** NO
Transfuncionales:: NO **Farmacologicos::** NO
Alergicos-: NO **Quirurgicos::** NO
Infecciosos.-: NO **Sindrome Convulsivo-::** NO
Accidentes:-: NO **Discapacidad-:** NO
ANTECEDENTES FAMILIARES.
Enfermedades Hereditarias: NO **Asma:_:** NO
Tuberculosis-:: NO SABE **Dermatitis atopica:** NO
Problemas de desarrollo infantil: NO **Trastornos mentales:-:** NO
Patologicos-: NO **Conducta suicida.-:** NO
Consumo de alcohol/Suatancias psicoactivas: NO **Exposicion a Violencias:** NO
Sucesos Vitales importantes: NO **Diabetes-:** NO
Malformaciones Congénitas: NO **ETS-::** NO
Alergicos:: NO **Antecedentes de muerte en hermanos:** NO
Causas de muertes Perinatales: NO **Ocupacion Madre:** HOGAR
Ocupacion Padre: OFICIOS VARIOS **OTROS ANTECEDENTES FAMILIARES-:** -
ANTECEDENTES ALIMENTICIOS

Duracion Lactancia en Dias: AUN
Edad del destete-:: AUN
Edad Inicio Otras Leches-.: AUN
Edad Inicio Alimentacion Complementaria-:: 6 MESES
Tipos de alimentos actuales: LACTANCIA MATERNA , COMPLEMETARIA
Porciones de alimentos al dia: A LIBRE DEMANDA
Come solo: NO
Hora de última comida: 17:24
Problemas en el Hábito de comer: NO

RUTINAS Y HABITOS SALUDABLES
Horas de sueño al dia: 8
Baño corporal Diario: NO
Frecuencia de Cambio de Pañal: SI
Control de Esfínteres: NO
Limpieza del area perinatal: NO
Lavado de manos: NO
Cepillado de dientes: SI
Fotoproteccion: NO
Actividad Fisica-: LIGERA
Uso de videojuegos: NO
Juego o Movimiento activo durante el dia: .
Uso del tiempo libre y ocio (redes sociales e inte: .

PRACTICAS DE CRIANZA Y CUIDADO
Comunicacion de los padres con el menor: HABLAR
Relacion con compañeros: NO
Estimulacion de desarrollo: SI
Sabe a donde acudir cuando esta enfermo?: NO
Limites y disciplina para corregir: SI
Prevencion de accidentes: SI

Conoce signos de alarma
Conoce signos de alarma: No.

Exposicion a Violencias
Exposicion a Violencias: No.

REALIZACION Y RESULTADOS DE POTENCIALES AUDITIVOS Y VISUALES
Examen binocular niños de 0 a 3 meses: NO
Examen Monocular niños de 6 meses a 3 años: NO
Examen Monocular y Binocular con Optotipos: NO
Análisis Potenciales Auditivos y visuales: -

PRUEBAS DE TAMIZAJE NEONATAL
Auditivo: NO
Errores innatos del Metabolismo (TSH): NO
Cardiopatía Congénita: NO
Fecha TSH Neonatal: 04/04/2022
TSH Neonatal: NO PORTA

PROGRESO EN HITOS DEL DESARROLLO
Sostén Cefálico: SI
Sedestacion: NO
Gateo: NO
Bipedestacion: SI
Marcha: SI
Monosílabos: NO
Bisilabos: NO
Numero de palabras actuales:: NO

FACTORES DE RIESGO
Alim. Complementaria <6 meses-: NO
Alimentacion Complementaria deficiente en hierro-: NO
Anemia durante la Gestacion--: NO
Bajo peso al nacer-: NO
Bajo peso durante la gestacion-: NO
Exposición a contaminacion por metales pesados-: NO
Infecciones recurrentes-: NO
Madre adolescente-: NO
Periodo Intergenesico corto-: NO
Pertenencia a un grupo Etnico-: NO
Pobre control prenatal-: NO
Prematuridad o bajo peso al nacer-: NO
Procedente de zona endémica de parasitosis-: NO
Retraso en el crecimiento-.: NO
Observaciones: -

EVALUACION NUTRICIONAL
Consume diariamente los 3 grupos de alimentos: SI
Recibe menos de tres comidas diarias: NO
Suspende Alimentacion x mas de 24 h en caso de enf: NO
Presenta intolerancia a algun alimento: NO

RELACIONES FAMILIARES Y PATRONES DE CRIANZA

Relaciones Familiares
Niño convive con sus padres: SI
Cambios frecuentes en el cuidado del niño: NO
Niño permanace mucho timepo/al cuidado otros niño: NO
Violencia al interior de la familia: NO
Falta de dialogo familiar: NO

Transmision de normas
Padres corrigen utilizando castigo Fís. o Psicolog: NO
Como corrige a su hijo?: .

Comportamiento en el cuidado del niño
Padres no prestan atencion / no toleran llanto: NO
Niño que tiene pesadillas /temores nocturnos: NO
Padres que no propician horario regular de sueño: NO
Padres castigan al niño por tocar sus genitales: NO
Padres que obligan al niño a trabajar-: NO

ESTRUCTURA FAMILIAR
FAMILIOGRAMA:: NUCLEAR
APGAR FAMILIAR: BUENA FUNCION FAMILIAR (18-20 PUNTOS)

Condiciones de la Vivienda.
La vivienda es?: ARRIENDO

Cuenta con todos los servcios?
Cuenta con todos los servcios?: Si-
Cual servicio?: LUZ

Ciclo Vital Familiar
Formacion: SI
Expansion: NO
Consolidacion: NO
Apertura: NO
Posparental: NO
Disuelta: NO
Otro.: NO

ECOMAPA - REDES DE APOYO SOCIAL
Familia Extensa: NO
Recreacion: SI
Religión: SI
Recursos Alimentarios: SI
Recursos culturales: SI
Recursos economicos: SI
Amigos de la familia: SI
Salud: SI
Trabajo-: SI
Vivienda-: SI
Educacion-:: ALIMENTACION
Otros: -
ANALISIS ECOMAPA: NO ALTERACIONES-

AIEPI SIGNOS DE PELIGRO GENERAL

VERIFICAR LA SALUD BUCAL
Utiliza cepillo: NO
Frecuencia de Cepillado: 1 VEZ
Presenta Dolor o Molestia al comer?.: NO
Presencia de Caries: NO
Inflamacion en las encias?: NO
Usa biberon o Chupo?: NO

TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?
TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?: No.

TIENE DIARREA?
TIENE DIARREA?: No.

TIENE FIEBRE

TIENE FIEBRE: No.

DENGUE

DENGUE: No.

A PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SINTOMAS

Dolor retro-ocular: NO
Mialgias-: NO
Arttralgias:: NO
Cefalea-: NO
Dolor abdominal intenso o continuo: NO
Sangrados (mucosas-piel-nasal- orina o deposicion): NO

LEISHMANIASIS

Ha tenido antecedentes de Leishmaniasis cutanea/mucosa en el ultim año

Ha tenido antecedentes de Leishmaniasis cutanea/mucosa en el ultim año: No.

Tiene Lesiones cutaneas de mas de 2 semanas de evolucion

Tiene Lesiones cutaneas de mas de 2 semanas de evolucion: No.

RIESGO PARA CANCER INFANTIL / LEUCEMIAS

Clasificacion Modulo Cancer de Leucemias: SOSPECHA DE POCA PROBAILIDAD DE CANCER (CONSEJERIA Y CUIDADO EN CASA)

Dolor de Cabeza reciente que aumenta

Dolor de Cabeza reciente que aumenta: No.

Ha tenido dolor de huesos en los ultimos meses

Ha tenido dolor de huesos en los ultimos meses: No.

Tiene Problemas de Oido

Tiene Problemas de Oido: No.

NUTRICION

NUTRICION: No.

VERIFICAR SI TIENE MALTRATO

El niño refiere Maltrato: NO
Esta el niño descuidado en su Higiene: NO
El niño ha sido testigo de maltrato: NO
Hay Maltrato por Negligencia o Abandono: NO

Hay sospecha de abuso sexual

Hay sospecha de abuso sexual: No.
Como y quien Produjo el maltrato.: .

EXAMEN FISICO-:

Esquema de Vacunacion

Esquema de Vacunación: COMPLETO
Presenta Carnet: SI
Vacunas: COMPLETO A LA EDAD -

Evaluar el crecimiento

SIGNOS VITALES..

FR(min): 24.00
Temperatura: 36.50
T/A DIASTOLICA: 0
PULSO OXIMETRIA..: 97

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA

30. Peso en Kilogramos: 13.00
32. Talla En Centimetros--: 88
IMC-:: 16.79
Perimetro Cefalico: 52.00
Perimetro Toraxico.: 54
Perimetro del brazo: 16.00
Peso de la madre (kg): 69
Talla de la madre (m): 156.00
Peso del padre (kg): 0
Talla del padre (m): 0
Estatura media parental: 00
Peso para la Talla:: >= -1 A <=+1: PESO ADECUADO PARA LA TALLA
Talla para la Edad (T/E): >= -1:TALLA ADECUADA PARA LA EDAD
Perimetro Cefalico para la Edad (PC/E): >=-2 A <= 2: NORMAL
IMC Para la Edad (IMC/E): <= +1: NO APLICA (VERIFICAR CON P/T)
Peso para la Edad (P/E): >= -1 A <=+1: PESO ADECUADO PARA LA EDAD

VALORACION DE LA SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA

INSTRUMENTO VALE NORMAL: 12. SIN ALTERACION
INSTRUMENTO VALE NORMAL-: 0. NO APLICA
Valoracion de la salud auditiva y comunicativa: NO ALTERACIONES

VALORACION DE LA SALUD MENTAL

Valoracion de la salud mental: NO ALTERACIONES-

EXAMEN FISICO CEFALO CAUDAL--

Cabeza y Cuero cabelludo: -NORMOCEFALLICA
Fontanella: -ANTERIOR Y POSTERIOR CERRDAS
Ojos: CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS
Oidos: -BUENA IMPLANTACION DEL PABELLON AURICULAR
Boca: MUCOSAS HUMEDAS .
Nariz: -FOSAS NASALES PERMEABLES
Neurológico: ALERTA, ACTIVA, REACTIVA, NO SIGNOS IRRITACIÓN MENÍNGEA, FUERZA CONSERVADA, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO APARENTE PARA LA EDAD.
Cuello: MOVIL
Mamas--: SIN ALTERACIONES-
Cabeza.: NORMOCEFALICO
Corazón: RUIDOS CARDICOS RITMICOS .
Abdomen-:: GLOOSO SIN PRESENCIA DE DOLOR
Genitales:: SIN ALTERACION-
Organos de los Sentidos:: SIN ALTERACIONES-
Torax--: NORMOEXPANSIBLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO Y SIN AGREGADOS
Cadera: ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS-
Extremidades: -
Tono muscular: +
Reflejo de Succion: POSITIVO
Reflejo de Marcha: POSITIVO
Reflejo de Busqueda: POSITIVA
Reflejo de Moro: POSITIVO
Babinsky: -
Dientes: SI
Molares: NO
Caninos: NO
Denticion Temporal completa: NO
Ampliacion Examen Fisico.: LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS, NO PALIDEZ MUCOCUTÁNEA GENERALIZADA

VALORACION DE LA SALUD SEXUAL

Valoracion de la salud sexual: NO ALTERACIONES

VALORACION DE LA SALUD VISUAL

Valoracion de la salud Visual: NO ALTERACIONES-

ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO EAD

MOTRICIDAD GRUESA

Motricidad Gruesa: DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD

9 a 12

12 a 18

Se pone de pie sin ayuda: NO
Da pasos solo (a): NO
Camina con desplazamiento cruzado sin ayuda: NO

18 a 24

Patea la pelota: NO

2 a 3

Salta con los pies juntos: NO **Se empina en Ambos Pies:** SI

Sube dos escalones sin apoyo: SI

3 a 4

Se para en un Solo Pie: NO

5 a 6

MOTRICIDAD FINOADAPTATIVA

Motricidad finoadoptativa: DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD

0 a 1-

Reflejo de Prehension Palmar: POSITIVO

9 a 12-

12 a 18-

Agarra una cuchara y se la lleva a la boca: SI

18 a 24-

Quita tapa del contenedor/frasco d muestra orina: NO **Hace torre de cinco tubos:** NO

Garabatea Espontaneamente: SI

2 a 3-

Ensarta cuentas perforadas con pinza: SI **Rasga papel con pinza de ambas manos:** SI

Copia linea horizontal y vertical: SI

3 a 4-

Figura Huma Rudimentaria: NO

5 a 6-

AUDICION LENGUAJE

Audicion y Lenguaje: DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD

9 a 12.

12 a 18.

Aproximacion a una palabra con intencion comunicat: SI **Reconoce al menos 6 objetos o imagenes:** SI

Sigue intrucciones de dos pasos: SI

18 a 24.

Nombra cinco objetos de una imagen: SI **Utiliza mas de 20 palabras:** SI

Usa frase de dos palabras: NO

2 a 3.

Dice su nombre completo: SI **Dice frases de tres palabras:** NO

Reconoce cualidades de los objetos: SI

5 a 6.

PERSONA SOCIAL

Persona social: DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD

9 a 12:

12 a 18:

Seguimiento de Rutinas: NO **Ayuda a desvertirse:** SI

Señala 5 partes de su cuerpo: NO

18 a 24:

Acepta y tolera el contacto de su piel con textura: SI **Expresa su satisfaccion cuando logra algo:** SI

Identifica emociones basicas en una imagen: SI

2 a 3:

Identifica qué es de él y qué es de otros: SI **Dice nombres de personas con quien vive/comparte:** SI

Expresa verbalmente emociones básicas: NO

5 a 6:

TEST M-CHAT

TEST M - CHAT: 1. BAJO RIESGO

PLAN DE CUIDADO

Tamizaje visual:-: NO **Tamizaje auditivo:** NO

Desparasitacion Intestinal:-: SI **Hierro-:** NO

Vitamina A:-: SI **Micronutrientes en Polvo:-:** NO

Prueba de Hemoglobina: NO **Vacunación:-:** NO

Temas de educacion individual

Signos de Alarma--: SI **Pautas de crianza:** SI

Lavado de manos.: SI **Lactancia Materna--:** NO

Alimentacion Saludable: SI **Estimulacion del desarrollo:** SI

Alimentacion saludable.: SI **Prevencion de Accidentes--:** SI

EDUCACION BRINDADA: - IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Requiere educacion grupal

Requiere educacion grupal: No.

Valoraciones

Remitido a otra especialidad: **Enfermería:** NO

Medicas: NO **Nutricion:** NO

Odontologia: NO **Optometria:** NO

Psicologia: NO **Terapia del Lenguaje:** NO

Terapia fisica: NO **Terapia Ocupacional:** NO

Trabajo Social: NO **Detalle Remisión:** -

Impresion Diagnostico

Finalidad de la Consulta: DET DE ALT DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE DIEZ AÑOS

Dx. Principal: Z001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NI¥O **Tipo de Diagnostico Principal:** IMPRESION DIAGNOSTICA

Causa Externa: OTRA

RESOLUCION 4505

69. Consulta de Crecimiento y Desarrollo Primera: 04/04/2022 **71. Suministro Vitamina A Última Consulta menor 10:** NO

70. Suministro Sulfato Ferroso Última Con menor 10: NO

SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Lactancia Materna::: NINGUNA
PROGRAMA NUTRICIONAL DPTAI: NO
MICRONUTRIENTES: HIERRO-VITAMINA A
IRA- ERA: NINGUNA
Desparacitación: SI
Educación:: SI
FECHA PROXIMO CONTROL
Fecha Proximo Control: 19/06/2025

Tipo Poblacion: NINGUNA
PROGRAMA SAM: NINGUNO
Desarrollo Motor-:: MEDIO ALTO 3/4
Actividad Física::: MODERADA
Remision Interconsulta-:: NO REQUIERE

_____
DR. JENNIFFER ANDREA ROZO BARBOSA
CC 1007184905
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 1007184905