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

DATOS DEL PACIENTE **No. Historia clínica:** RC1072775777 **Identificación:** 1072775777 **Sexo:** Masculino

Nombre: JUAN EMILIO SANABRIA HERNANDEZ **Dirección:** GUTIERREZ CUNDINAMARCA

Teléfono: 3223725687 **Estado Civil:** Soltero **Fec. Nacimiento:** 25/09/2024 **Edad:** 0 Años / 2 Meses / 8 Días

Nivel/Estrato: NIVEL A (CONTRIBUTIVO) **Ocupación:** **Tipo regimen:** Contributivo

Entidad: EPS FAMISANAR SAS **Ingreso :** 1971793 **Fecha ingreso :** 03 diciembre 2024 10:08

Procedencia: GUTIERREZ **Finalidad:** Deteccion_Alteracion_Crecimiento_y_Desarrollo

Causa externa : Otra **Responsable:**

Dirección Responsable: **Teléfono :**

Discapacidad del paciente : NO PRESENTA DISCAPACIDAD

MOTIVO DE CONSULTA VALORACION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

CONDUCTA

ENFERMEDAD ACTUAL NIÑO DE 2 MESES, ASISTE A VALORACION INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA EN COMPAÑÍA DE LA MADRE EN BUEN ESTADO GENERAL. NACIDO DE 40 SEMANAS, FRUTO DE SU PRIMERA GESTACIÓN, NACIMIENTO POR CESÁREA SIN NINGUNA COMPLICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y LA CIRUGÍA, PESO AL NACER 3410 GR, TALLA AL NACER 50 CM. PTE CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA 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: PESO ADECUADO PARA LA TALLA. (0+1)P/E: PESO ADECUADO PARA LA EDAD.0+1T/E: TALLA ADECUADA PARA LA EDAD. 0-1 IMC: 14.8PERIMETRO CEFALICO:40

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 ☐ Suspende alimentación por más de 24 h. en caso de enfermedad ☐ Recibe menos de 3 comidas diarias ☐ Presenta intolerancia a algún medicamento ☐ Bebe agua sin hervir o purificar

Relaciones familiares y patrones de crianza ☐ El niño vive con un sólo padre ☐ El niño permanece mucho tiempo sólo al cuidado de otros niños ☐ El niño vive con ningún padre ☐ Hay vieolencia intrafamiliar ☐ Cambia frecuentemente de cuidador el niño ☐ 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: 5.965 Talla: 57 Frecuencia Respiratoria: 20,000 0 Agudeza visual: ☐ Tiene caries

Frecuencia Cardiaca: 130 Temperatura.: 37 Perimetro Braquial Perimetro Cefalico

Cabeza: Normocefálo Cuello: Masas Ojos: Simetricos Nariz: Permeable Oído: Secreción

Boca: Hidratada Torax: Ruidos respiratorios Normales Abdomen: En tabla 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: Calificación: No aplica

Talla/Edad: Clasificación: Talla adecuada para la edad Peso/Talla: Clasificación: Obesidad Tendencia: Ascendente

CONDUCTA 1. NUEVO EN EL PROGRAMA **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:** Exclusiva **DURACION EN MESES:** **TIENE DIARREA** NO **TIENE FIEBRE** NO **PROBLEMAS DE OIDO:** NO **PROBLEMAS DE GARGANTA**

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

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 1	REFUERZO 2
ROTAVIRUS		✓ DOSIS 1	DOSIS 2				
FIEBRE AMARILLA					DOSIS UNICA		REFUERZO 1
SRP					DOSIS UNICA	REFUERZO 1	REFUERZO 2
DPT							
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

REMITE A:
Consulta medico general

SIGNOS DE ALARMA
Fiebre

OBSERVACIONES
03/12/2024
03/12/2024

NIÑO DE 2 MESES, ASISTE A VALORACION INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA EN COMPAÑÍA DE LA MADRE EN BUEN ESTADO GENERAL. NACIDO DE 40 SEMANAS, FRUTO DE SU PRIMERA GESTACIÓN, NACIMIENTO POR CESÁREA SIN NINGUNA COMPLICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y LA CIRUGÍA, PESO AL NACER 3410 GR, TALLA AL NACER 50 CM. PTE CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA 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: PESO ADECUADO PARA LA TALLA. (0+1)
P/E: PESO ADECUADO PARA LA EDAD.0+1
T/E: TALLA ADECUADA PARA LA EDAD. 0-1
IMC: 14.8
PERIMETRO CEFALICO:40
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 DAN RECOMENDACIONES DE PUERICULTURA (BAÑO DEL BEBE, LIMPIEZA DEL OIDO, LIMPIEZA DE GENITALES, ROPA COMODA, CAMBIO DE PAÑAL, SOLTERAPIA, LIMPIEZA DEL CORDON UMBILICAL, HABITO DEL SUEÑO, EXTRACCION DE GASES, SIGNOS DE ALARMA, ESTIMULACION TEMPRANO) PAUTAS DE BUENA CRIANZA, ENTORNOS SALUDABLES PARA EL NIÑO, AMBIENTES TRANQUILOS Y SE INDAGA SOBRE TOMA DE LABORATORIOS DE VIH SIDA- SIFILIS- HEPATITISB – HEPATITIS C DURANTE LA GESTACION DEBIDO A RIESGO TRASMISICON DURANTE LA LACTANCIA MATERNA, SE EDUCA SOBRE LA LACTANCIA MATERNA DEBE SER EXCLUSIVA Y DE LIBRE DEMANDA, ES DECIR, SEGÚN NECESIDAD DEL BEBÉ. PARA COLOCAR SIEMPRE A COMER AL BEBÉ DEBEMOS VERIFICAR QUE TANTO LA NARIZ, COMO LA BOCA Y EL MENTÓN DEL BEBÉ ESTÉN FRENTE AL PECHO DE LA MAMÁ, SIEMPRE COLOCANDO EL ABDOMEN FRENTE CON FRENTE. LAS POSICIONES MÁS ADECUADAS PARA AMAMANTAR AL BEBÉ SON ESTA POSICIÓN DE CUNA O ACUNAMIENTO, DONDE EL BEBÉ ESTÁ FRENTE AL PECHO; LA POSICIÓN CUANDO LA MAMÁ ESTÁ ACOSTADA, PUES DE MEDIO LADO, CON SU BEBÉ ACOSTADITO, ABDOMEN CON ABDOMEN Y BOCA FRENTE AL PECHO; Y LA POSICIÓN DE SANDÍA ES INVERTIDA, ES LA MÁS USADA CUANDO LA MAMÁ HA TENIDO UNA CESÁREA, LA CABEZA DEL BEBÉ SOSTENIDA POR LA MANO DE LA MAMÁ Y EL BEBÉ SE LLEVA DIRECTAMENTE AL PECHO, RECUERDEN SIEMPRE CON LA MANO CONTRARIA COLOCAR LA MANO EN FORMA DE “C”. LES VOY A MOSTRAR LA MANERA MÁS ADECUADA, ENTONCES EL SENO SIEMPRE SE TOMA EN FORMA DE “C”: LOS CUATRO DEDOS POR DEBAJO Y EL PULGAR POR ENCIMA, DE ESTA MANERA QUEDA LIBRE LA AREOLA Y QUEDA COMPLETAMENTE DISPONIBLE LA ZONA COMPLETA DE SUCCIÓN PARA EL BEBÉ, QUE ES PEZÓN Y AREOLA.” DE IGUAL MANERA SE NOMBRA VENTAJAS Y DESVENTAJAS PARA LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO, SE DA A CONOCER LA CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA LA CUAL SU ALMACENAMIENTO DE SEBE HACER EN FARCO DE VIDRIO TAPA PLASTICA Y ROTULADA CON FECHA Y HORA DE LA EXTRACCION Y SE CONSERVA DE 3 MANERAS, AMBIENTE 4 HORAS- REFRIGERADA 12 HORAS- CONGELADA 3 MESES LA CUAL DEBE DE SER SUMINISTRADA AL BEBE, CALENTADA A BAÑO MARIA Y DADA EN CUCHARA, PITILLO, JERINGA.
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
POR HALLAZGOS EN EL EXAMEN FÍSICO SE REMITE A VACUNACION
PROXIMA CITA ENTRE LOS 4 Y 5 MESES
RADIOGRAFIA DE CADERA: NO APLICA
MADRE PRESENTA VACUNAS COMPLETAS SEGÚN ESQUEMA PARA LA EDAD
EL ACUDIENTE DEL MENOR ACEPTA Y DICE ENTENDER ESTAS RECOMENDACIONES Y PAUTAS DADAS.
SE EVALUAN LAS ESCALAS DE

ESCALA ABREVIDADA DEL DESARROLLO: VERDE (DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD).
- FACTORES DE FIESGO DE ENFERMEDADES DEL OIDO, ALTERACIN AUDITIVAS, VESTIBULARES Y DE LA COMUNICACION: BUENA AUDICIÓN BILATERAL
- INSTRUMENTO VALE :
- PASA: CONTINUAR CON LAS VALORACIONES PERIODICAS
- FAMILIOGRAMA: NUCLEAR COMPLETA VIVE CON PAPA Y MAMA
- APGAR FAMILIAR: FAMILIA FUNCIONAL,
- ECOMAPA: MUY ESTRECHA, CERCANA, CONFLICTIVA, DISTANTE

RECOMENDACIONES:
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, CUIDADOS DE RN; CONSERVACION DE LA LACTANCIA MATERNA; ESTIMULACION, ALOJAMIENTO CONJUNTO.

Edad	Motricidad gruesa	Calif.	Motricidad fino-adaptativa	Calif.	Audición y lenguaje	Calif.	Personal social	Calif.

Fecha	Edad	Mot. Gruesa	Calificación.	Mot. fino-adaptativa	Calificación.	Audición y lenguaje	Calif.	Personal social	Calificación.	Total	Calificación total
									No aplica		

ATENCION

Discapacidad del Paciente: NO PRESENTA DISCAPACIDAD **Escolaridad :** Ninguno **Nombre de la Madre** LEIDY HERNADEZ **Edad** 32,0000

Nombre del Padre DUVAN SANABRIA **Edad**

ANTECEDENTES PERINATALES :

Parto Institucional False **Parto** **Embarazo Deseado** **Edad de la madre al nacimiento** **Patologia en embarazo** False **Patologia en Parto** False **Patologia en Puerperio cuales**

EG al nacer **Tuvo Atencion Perinatal** SI **PN (gr)** 3410,000 **TN (cm)** 50,000 **PC (cm)** **PT** **TSH** **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** **N° Episodio de diarrea** **N° Episodio de IRA** **Esquema de vacunacion adecuado para la edad** False

Fecha proxima vacuna

ANTECEDENTES FAMILIARES :

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

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES:

Lactancia materna exclusiva **destete Lactancia materna** **Inicio lactancia complementaria** **Nuevo en programa de crecimiento** False

CONDICIONES SOCIOFAMILIARES

nivel educacion de la madre Profesional **Estado laboral de la madre** Empleada **Ingresos Familiares** **Nivel educacion del padre** Profesional **Estado laboral del padre** Independiente

ASPECTOS DE LA VIVIENDA

Tipo Vivienda Apartamento **Tenencia** Propia **Cocina con** Gas **Deposicion de basuras** Adecuado **Alcantarillado** True **Acueducto** True **Energia Electrica** True

Vive con animales True **Estan vacunados** True **Disposicion Excretas** **Entrega material educativo** True **Se educa en derechos sexuales y derechos reproductivos** Si

Profesional TEJERO GUTIERREZ CLAUDIA PATRICIA
Registro Profesional 1072775127
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."

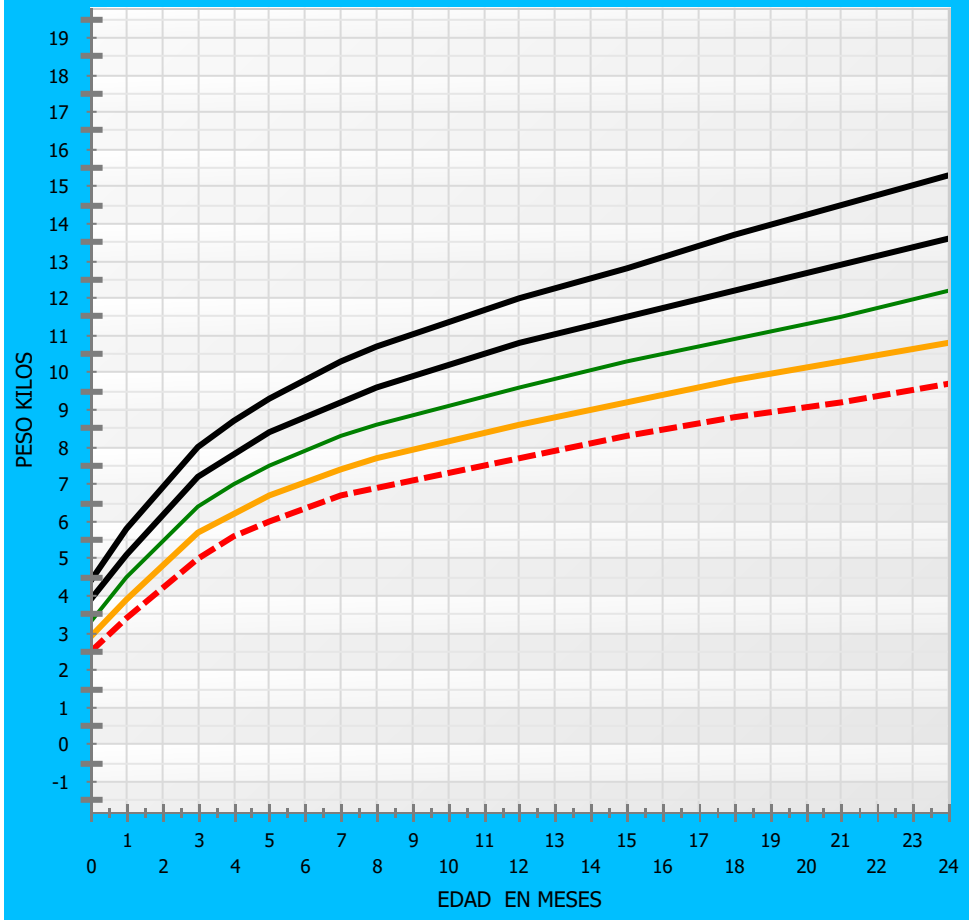
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA
832001411
HISTORIA CLÍNICA
GRAFICAS PARA NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS

Fecha Actual : martes, 03 diciembre 2024

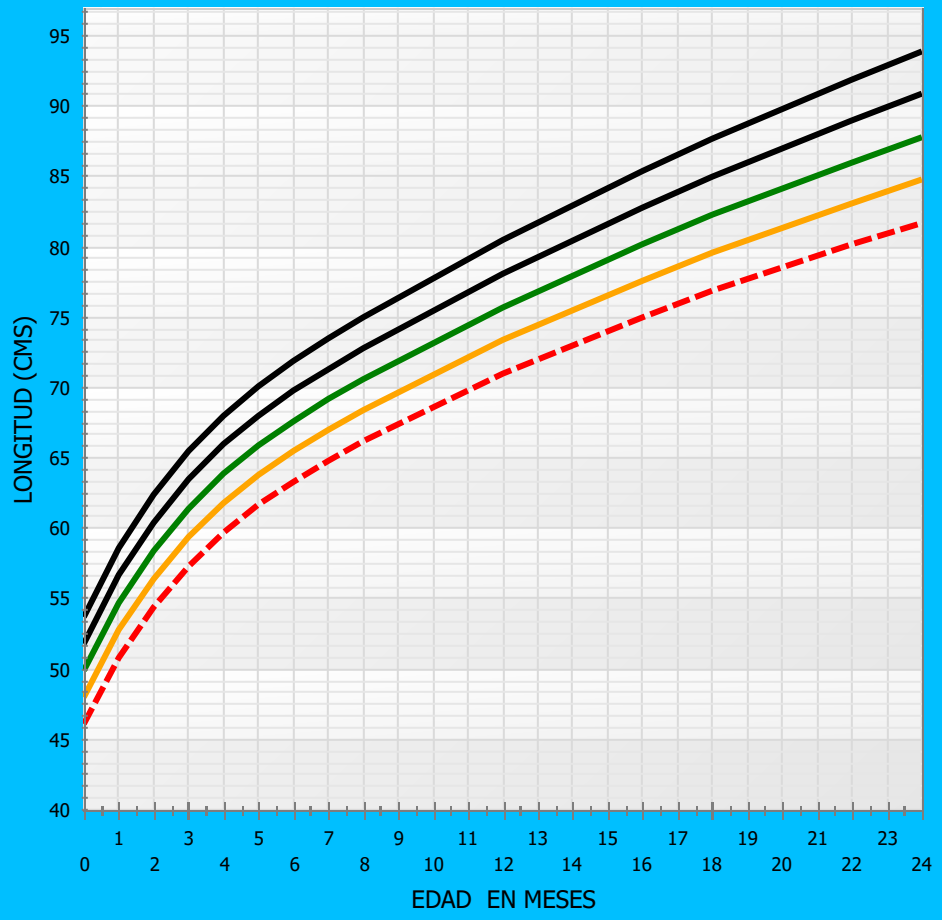
DATOS DEL PACIENTE **No. Historia clínica:** RC1072775777 **Identificación:** 1072775777 **Sexo:** Masculino
Nombre: JUAN EMILIO SANABRIA HERNANDEZ **Dirección:** GUTIERREZ CUNDINAMARCA

Teléfono: 3223725687 **Estado Civil:** Soltero **Fec. Nacimiento:** 25/09/2024 **Edad:** 0 Años / 2 Meses / 8 Días
Nivel/Estrato: NIVEL A (CONTRIBUTIVO) **Ocupación:** **Regimen** Subsidiado
Aseguradora EPS FAMISANAR SAS **Ingreso :** 1971793 **Fecha ingreso :** 03 diciembre 2024 10:08
Procedencia: GUTIERREZ **Finalidad:** Deteccion_Alteracion_Crecimiento_y_Desarrollo
Causa externa : Otra **Acompañante:**
DirecciónAcompañante: **Teléfono :** **Responsable:**

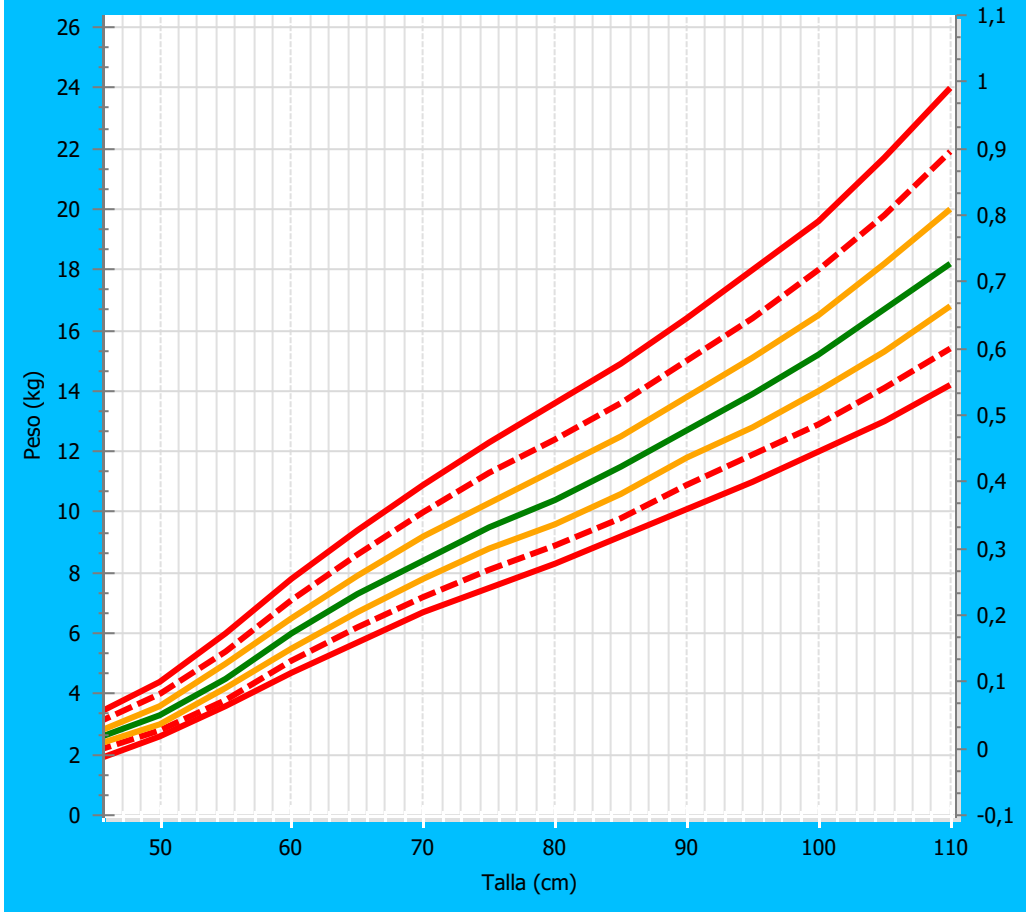
Peso para la Edad Niños de 0 a 2 años



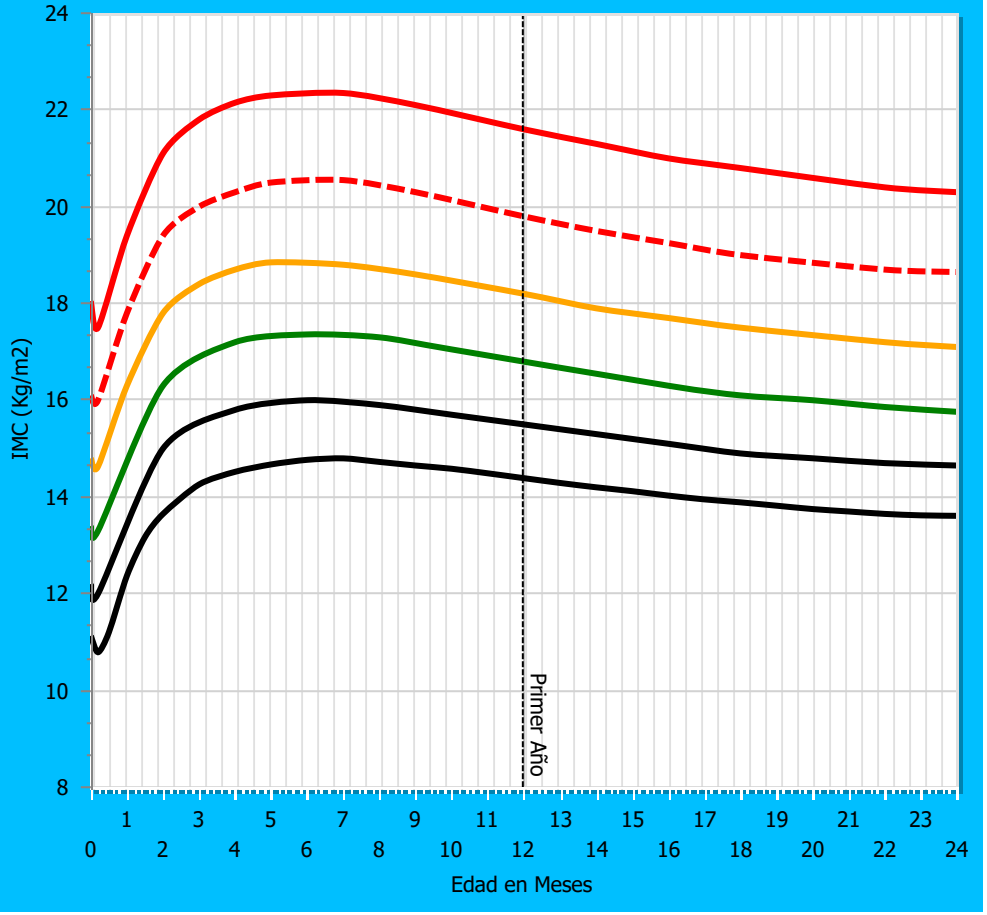
Talla para la Edad Niños de 0 a 2 Años

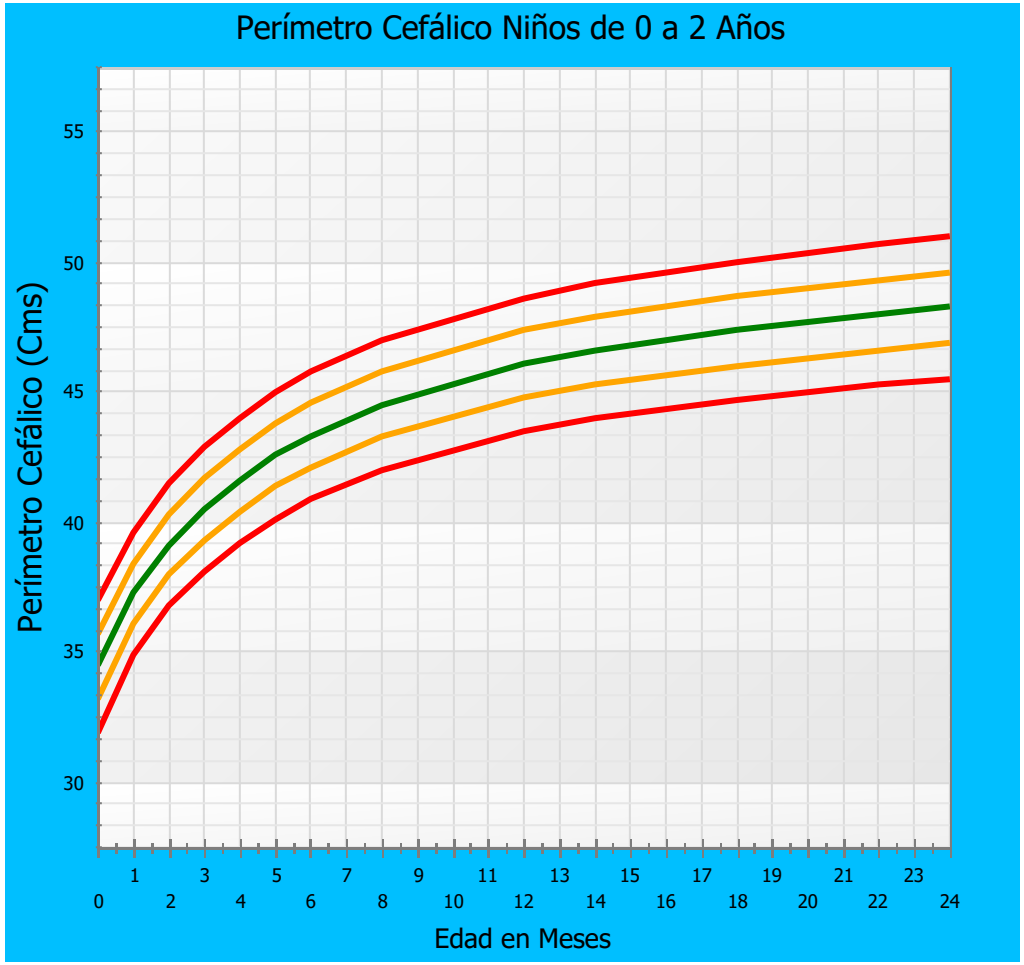


PESO PARA LA TALLA NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS



IMC NIÑOS DE 0-2 AÑOS





Profesional TEJERO GUTIERREZ CLAUDIA PATRICIA
Registro Profesional 1072775127
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."