E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA
832001411
HISTORIA CLÍNICA
CLINICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PARA NIÑOS DE 5 A 11 AÑOS

N° Historia Clínica 1072395725
Fecha de Registro: 19/09/24 15:59
Folio: 143
xrPagina
Fecha Actual : lunes, 09 diciembre 2024

DATOS DEL PACIENTE **No. Historia clínica:** 1072395725 **Identificación:** 1072395725 **Sexo:** Femenino
Nombre: AYLIN SIREY MANCERA REY **Dirección:** QUETAME
Teléfono: 3143461346 **Estado Civil:** Soltero **Fec. Nacimiento:** 16/09/2014 **Edad:** 10 Años / 0 Meses / 3 Días
Nivel/Estrato: NIVEL 1 **Ocupación:** PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **Tipo regimen:** Subsidiado
Aseguradora EPS FAMISANAR SAS **Ingreso :** 1932502 **Fecha ingreso :** 19 septiembre 2024 15:37
Procedencia: QUETAME **Finalidad:** Deteccion_Alteracion_Crecimiento_y_Desarrollo
Causa externa : Otra **Acompañante** LEIDY REY
Dirección Acompañante: **Teléfono :** **Responsable**

Discapacidad del paciente : NO PRESENTA DISCAPACIDAD **ESCOLARIDAD** **Primaria**

MOTIVO DE CONSULTA "CLINICO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO"
CONDUCTA
ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE DE 10 AÑOS DE EDAD INGRESA EN COMPAÑIA DE MADRE PARA CONTROL DE CRECIMEITNO Y DESARROLLO, EN EL MOMENTO ASINTOMATICA

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 :	PENICILINA (RASH CUTANEO)
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL :	NO REFIERE
FAMILIARES :	NO REFIERE

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
☐ Padresno prestan atención o no toleran el llanto del niño
☐ Niño duerme con adultos después de los 4 meses
☐ Niño que tiene pesadillas o temores nocturnos
☐ Padres que no juegan con el niño
☐ Padres no propician un horario regular de sueño
☐ Padres castigan al niño por tocar sus genitales/ hacer preguntas sobre sexo
☐ Niño victima de abuso sexual
☐ 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: 34,0000 Talla: 1,4000 Frecuencia Respiratoria: 20,0000 Agudeza visual: CONSERVADA ☐ Tiene caries
Frecuencia Cardiaca: 104,0000 Temperatura.: 36,5000

Cabeza: Normocefálo Cuello: No masas Ojos: Simetricos Nariz: Permeable Oído: Secreción
Boca: Hidratada Torax: Ruidos respiratorios Normales Abdomen: Blando 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:
Talla/Edad: 1,0000 Clasificación: Talla adecuada para la edad Imc/edad 1,0000 Clasificación: Imc adecuado para la edad 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

Identificacion Factores de Riesgo **LACTANCIA MATERNA:** Exclusiva **DURACION EN MESES:**

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

REMITE A:
Consulta medico general

SIGNOS DE ALARMA
Fiebre

OBSERVACIONES
MENOR DE 10 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN COMPAÑÍA DE LA MADRE QUIEN MANIFIESTA NO HA PRESENTADO SINTOMATOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS DÍAS, NIEGA PATOLOGÍAS, AL EXAMEN FÍSICO EN BUEN ESTADO DE SALUD GENERAL, AFEBRIL HIDRATADO ACEPTA Y TOLERA BIEN LA VÍA ORAL NO SER NI REQUERIMIENTOS DE OXÍGENO AL EXAMEN ADECUADA RESPUESTA AL ESTÍMULO VISUAL Y AUDITIVO. NO PRESENTA SIGNOS DE ALARMA SIN ALTERACIONES A LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SEGÚN RESOLUCIÓN 2465/16

TALLA 1 (0/-1) ADECUADA PARA LA EDAD
IMC 17.5 KG/M2 (0/-1) ADECUADO PARA LA EDAD

SE REVISA PAI COMPLETO PARA LA EDAD.

FACTORES DE RIESGO:

SE EXPLICA AL ACUDIENTE LA IMPORTANCIA DEL CONSUMO EN LA DIETA DE ABUNDANTES FRUTAS, LÁCTEOS, VERDURAS Y PROTEÍNAS COMO CARNES, LAS 5 POCIONES DIARIAS DE COMIDA COMO LO SON DESAYUNO MEDIAS NUEVES, ALMUERZO, ONCES Y CENA, LAS PRINCIPALES EN COMEDOR, PARA ASÍ NO CORTAR EL CICLO ADECUADO DE ALIMENTACIÓN Y EVITAR MALOS HÁBITOS A LA HORA DE ALIMENTARSE AL MENOR QUE PUEDAN GENERAR INAPETENCIA O MALNUTRICIÓN. COMPARTIR TIEMPOS Y ESPACIOS JUGANDO CON EL MENOR, CORREGIR CON RESPETO Y AMOR, IMPONER REGLAS CLARAS, GENERANDO RESPONSABILIDADES BÁSICAS EN EL HOGAR SEGÚN LA EDAD DEL MENOR, NO GOLPEAR, BAÑO DIARIO, CUIDADO DE LA HIGIENE ORAL CON CEPILLADO DESPUÉS DE CADA COMIDA, UÑAS CORTAS, ROPA LIMPIA. 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.
SE BRINDA INFORMACIÓN DE LOS ENTORNOS SALUDABLES, LAS PAUTAS DE CRIANZA, HIGIENE ORAL TRES VECES AL DÍA, ASISTENCIA A ODONTOLOGÍA CADA 6 MESES.

SE FORMULA:
- ALBENDAZOL TABLETA 200MG #2 (DOS)
DAR LAS DOS TABLETAS DOSIS ÚNICA EN AYUNAS. SUSPENDER DULCES LÁCTEOS Y GRASAS
-VITAMINA A CAPSULA 50000UI #4 (CUATRO)
DAR EL LÍQUIDO DE LAS 4 CAPSULAS EN JUGO DE NARANJA
- ÁCIDO ASCÓRBICO TABLETA 500MG #30 (TREINTA)
DAR 1 TABLETA DIARIA
SE EXPLICA ADMINISTRACIÓN

PRÓXIMO CONTROL A LOS 11 AÑOS DE EDAD CON ENFERMERIA (SOLICITAR CITA PARA --/--/---- 5 DÍAS ANTES O 5 DÍAS DESPUÉS

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

DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal
Z002	EXAMEN DURANTE EL PERIODO DE CRECIMIENTO RAPIDO EN LA INFANCIA	Presuntivo	☑

Observaciones:



Profesional: SERGIO ANTONIO BELTRAN CERQUERA
Registro profesional: 1014303086
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1030549050