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

**N° Historia Clínica** 1071305059
**Fecha de Registro:** 29/08/24 9:44
**Folio:** 6

Fecha Actual : lunes, 09 diciembre 2024

**DATOS DEL PACIENTE** **No. Historia clínica:** RC1071305059 **Identificación:** 1071305059 **Sexo:** Femenino
**Nombre:** ZULEINY ESMERALDA RODRIGUEZ AGUILERA **Dirección:** VDA TIBROTE BAJO
**Teléfono:** 3213424906 **Estado Civil:** Soltero **Fec. Nacimiento:** 26/02/2024 **Edad:** 0 Años / 6 Meses / 1 Días
**Nivel/Estrato:** NIVEL 1 **Ocupación:** **Tipo regimen:** Subsidiado
**Entidad:** NUEVA EPS S.A. **Ingreso :** 1920562 **Fecha ingreso :** 29 agosto 2024 09:02
**Procedencia:** QUETAME **Finalidad:** Deteccion_Alteracion_Crecimiento_y_Desarrollo
**Causa externa :** Otra **Responsable:** LEIDY AGUILERA
**Dirección Responsable:** **Teléfono :**

**Discapacidad del paciente :** NO PRESENTA DISCAPACIDAD

**MOTIVO DE CONSULTA** CONTROL DE LA PRIMERA INFANCIA
**CONDUCTA**
**ENFERMEDAD ACTUAL** MENOR DE 6 MESES QUE ASISTE A CONTROL DE LA PRIMERA INFANCIA QUE ASISTE CON SU MADRE A CONTROL QUIEN REFIERE QUE LA MENOR A ESTADO BIEN DE SALUD NIEGA SINTOMATOLOGIA DE RIESGO.

**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: 67 Frecuencia Respiratoria: 20,0000 Agudeza visual: ☐ Tiene caries
Frecuencia Cardiaca: 110 Temperatura.: 36 Perimetro Braquial 12 Perimetro Cefalico

Cabeza: Normocefálo Cuello: 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: No aplica
Talla/Edad: Clasificación: Riesgo de talla baja Peso/Talla: Clasificación: Peso adecuado para la talla 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** **LACTANCIA MATERNA:** Exclusiva **DURACION EN MESES:** **TIENE DIARREA** NO **TIENE FIEBRE** NO
NO **PROBLEMAS DE OIDO:** NO **PROBLEMAS DE GARGANTA**
**Suministro de sulfato ferroso** **Vitamina A** **Albendazol**

**Identificacion Factores de Riesgo**

**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**
29/8/2024 NIÑO DE 6___ MESES, ASISTE A VALORACION INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA EN COMPAÑÍA DE LA MADRE EN BUEN ESTADO GENERAL. NACIDO DE __ SEMANAS, FRUTO DE ___3_ GESTACIÓN, NACIMIENTO PARTO VAGINAL, SIN NINGUNA COMPLICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y LA CIRUGÍA/PARTO VAGINAL, PESO AL NACER_ 29985___GR, TALLA AL NACER __ 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. (+1)
P/E: PESO ADECUADO PARA LA EDAD.+1
T/E: TALLA ADECUADA PARA LA EDAD. +1
IMC:
PERIMETRO CEFALICO:
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
PROXIMA CITA _3 MESES_____
RADIOGRAFIA DE CADERA: __SIN ALTERACIONES_____
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 : FALLA SE REALIZA REMISION A FONOAUDIOLOGIA
- PASA: CONTINUAR CON LAS VALORACIONES PERIODICAS
- FAMILIOGRAMA: NUCLEAR COMPLETA,
- APGAR FAMILIAR: FAMILIA FUNCIONAL
- ECOMAPA: MUY ESTRECHA

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** **Edad**

**Nombre del Padre** **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** **PN (gr)** 2985,000 **TN (cm)** 48,000 **PC (cm)** **PT** **TSH** **Fue reanimado** **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** **Estado laboral de la madre** **Ingresos Familiares** **Nivel educacion del padre** **Estado laboral del padre**

## ASPECTOS DE LA VIVIENDA

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

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

**Profesional** LADINO BAQUERO LUISA FERNANDA
**Registro Profesional** 1030549050
**Especialidad** ENFERMERA JEFE

luisa F. ladino

"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."