# HISTORIA CLINICA
## EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS CALDAS
**Nit. 890801035**
**Dir. CRA 3 ENTRE CALLE 16 Y 17 - Tel. 8514340**

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Código Plantilla:FTCECYD
Fecha Historia:18/07/2025 12:04
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 18/07/2025 12:04
Documento y Nombre del Paciente: RC 1055839403 MARIA ANTHONELLA MARIN CARVAJAL
Administradora: SALUD TOTAL Convenio: SUBSICAPITA Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 1055839403 Cons. Historia: 2107862
Atención: Ambulatorio

**Nombre de Plantilla**
**CONSULTA PRIMERA INFANCIA 1 MES A 5 AÑOS:**

**Nombre de Plantilla**
**Datos Generales**
**Fecha:** 18/07/2025
**Hora:** 11:43
**Historia:** 1055839403
**Nombre:** MARIA ANTHONELLA MARIN CARVAJAL
**Sexo:** Femenino
**Fecha Nacimiento F:** 16/07/2022
**Edad:** 3 Años
**Edad en meses:** 36
**E.A.P.B.:** SALUD TOTAL
**Direccion:** 1246 PORE
**Telefono:** 3136972096
**Parentesco Responsable F:** MADRE

**Datos de la Consulta**
**MOTIVO DE CONSULTA.**
**Motivo de Consulta.:** CRECIMIENTO Y DESARROLLO
**ANAMNESIS.**
**Enfermedad Actual:** PACIENTE DE 36 MESES 3 AÑOS QUIEN ES TRAÍDO POR SU MADRE A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. ACOMPAÑANTE REFIERE PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, NO REFIERE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES, URINARIOS O RESPIRATORIOS. NIEGA ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO U OTROS RELACIONADOS.

**ANTECEDENTES PERINATALES**
**Embarazo Deseado:** SI
**Atención Prenatal:** SI
**Edad Gestacional al Nacer (Semanas).:** 39
**Peso al Nacer (Gramos):** 3,450.00
**Talla al Nacer:** 51
**Perimetro cefalico al nacer:** 36
**Alteraciones del comportamiento:** NO
**Describir Alteraciones:** ACOMPAÑANTE REFIERE PARTO HOSPITALARIO VÍA VAGINA A LAS 39 SEMANAS DE GESTACIÓN. NIEGAN PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO COMO PREECLAMPSIA, DIABETES GESTACIONAL, AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO O ENFERMEDADES INFECCIOSAS. NIEGAN COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO COMO HEMORRAGIA O INSTRUMENTACIÓN. MANIFIESTAN RECIÉN NACIDO QUE NO REQUIRIÓ MANIOBRAS DE REANIMACIÓN NI PATOLOGÍAS AL MOMENTO DEL NACIMIENTO.

**Consumo de alcohol o SPA:** NO
**Tamizaje Auditivo:** NO
**Antecedentes del Parto**
**Producto Unico:** NO
**Producto Gemelar:** NO
**Grupo Sanguineo RN:** O
**RH:** POSITIVO
**Serologia:** NO
**T.S.H (RN):** NO
**Complicaciones al Nacer:** NO
**Edad de la madre:** 19
**Riesgo Obstetrico:** NO
**ANTECEDENTES PERSONALES.**
**Patológicos.:** NO
**Quirúrgicos..:** SI
**Alérgicos.:** NO
**Traumáticos:** NO
**Observaciones antecedentes personales:** NIEGAN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, ALÉRGICOS, TRAUMÁTICOS. NIEGAN EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS TÓXICAS. ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD.
DACRIOCISTORINOSTOMIA DE OJO IZQUIERDO EN OCTUBRE DEL 2024

**ANTECEDENTES FAMILIARES.**
**Asma:** NO
**Diabetes Mellitus.:** SI
**Hipertensión Arterial:** SI
**Tuberculosis:** NO
**Epilepsia:** NO
**Otros Antecedentes:** BISABUELA DM, HTA
**ALIMENTACION NIÑOS Y NIÑAS**
**Observación General:** PACIENTE QUE RECIBIÓ LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS XX MESES Y COMPLEMENTARIA HASTA LOS XX MESES . INDICAN INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A LOS 6 MESES. EN EL MOMENTO CONSUME TODOS LOS GRUPOS ALIMENTARIOS CON ADECUADO APETITO.

**HÁBITOS**
**Practicas de crianza y cuidado**

**Observaciones -:** ACOMPAÑANTE REFIERE PACIENTE QUE DUERME APROXIMADAMENTE 12 HORAS DIARIAS, CON ADECUADO PATRÓN DE SUEÑO. DUERME EN MISMO CUARTO QUE PADRES, NO COMPARTE CAMA. EN EL MOMENTO CON CONTROL DE ESFÍNTERES DIURNO Y CON CONTROL DE ESFÍNTERES NOCTURNO. NIEGAN CONVIVENCIA CON ANIMALES DOMÉSTICOS U OTROS.

**Dinamica Familiar**
**Disfuncion Familiar:** NO
**Observaciones -:** PACIENTE QUIEN CONVIVE CON MAMÁ Y BISABUELO MATERNO, CON ADECUADAS RELACIONES FAMILIARES SEGÚN ACOMPAÑANTE, SIN SIGNOS EVIDENTES DE MALTRATO.
**Apgar Familiar**
**Apgar Familiar:** Ver anexo de imagenes, Figura 1

**Apgar Familiar**
**Ecomapa**
**Resultados Ecomapa:** NO SE CONSIDERA PERTINENTE SU REALIZACIÓN EN EL MOMENTO.

**Escala Abreviada de Desarrollo**
**Valoracion de Motricidad Fina**
**Desarrollo esperado para la edad:** SI
**Observaciones del desarrollo:** HACE UNA BOLA DE PAPEL CON LAS MANOS
FIGURA HUMANA RUDIMENTARIA
**Valoracion de Motricidad Gruesa**
**Desarrollo esperado para la edad:** SI
**Valoracion esperada para la Edad:** CAMINA EN PUNTAS DE LOS PIES
SE PARA EN UN SOLO PIE
**Personal social**
**Desarrollo esperado para la edad:** SI
**Valoracion Personal Social:** COMPARTE JUEGO CON OTROS NIÑOS
RECONOCE EMOCIONES BASICAS
**Valoracion Finoadaptativa**
**Valoracion Finoadaptativa:** HACE UNA BOLA DE PAPEL CON LAS MANOS
FIGURA HUMANA RUDIMENTARIA
**Valoracion de Audicion y lenguaje**
**Desarrollo esperado para la edad:** SI
**Valoracion de audicion y lenguaje:** DESCRIBE DIBUJOS
**Resultado EAD**
**Motricidad Gruesa:** 27
**Motricidad Fino Adaptativa:** 26
**Audición Lenguaje:** 26
**Personal Social.:** 26
**Total EAD:** 105
**Grafica**
**Grafica Escala Abreviada:** Ver anexo de imagenes, Figura 4

**Revision por Sistemas**
**Cabeza y Cuello**
**Cabeza y Cuello:** Normal
**No evaluado:** NO
**Tamizaje visual**
**Recuerde Realizarlo a los 3 Años:**
**Tamizaje visual:** Normal
**No evaluado:** NO
**Observaciones.:** AV AO 20/20, FONDO DE OJO SIN ALTERACIONES
**EXAMEN DE VISION LEJANA**
**Ojo Derecho:** 20
**Ojo izquierdo VL: Estenopeico::** 20
**Ojo Izquierdo:** 20
**Ojo derecho VL: Estenopeico::** 20
**EXAMEN DE VISION CERCANA**
**Ojo Derecho:** 20
**Ojo derecho VC : Estenopeico::** 20
**Ojo Izquierdo:** 20
**Ojo izquierdo VC: Estenopeico::** 20
**Cardio Pulmonar**
**Cardio Pulmonar:** Normal
**No evaluado:** NO
**Abdomen.**
**Abdomen.:** Normal
**No evaluado:** NO
**Genitourinario**
**Genitourinario:** Normal
**No evaluado:** NO
**Musculo Esquelético**
**Musculo Esquelético:** Normal
**No evaluado:** NO
**Neurologico.**
**Neurologico.:** Normal
**No evaluado:** NO
**Piel y Fanereas**
**Piel y Fanereas:** Normal
**No evaluado:** NO
**Valoracion salud Sexual**
**Escala de Tanner:** ADECUADA PARA LA EDAD
**Escala Tanner Imagen Hombres:** Ver anexo de imagenes, Figura 2
**Escala Tanner Imagen Mujer:** Ver anexo de imagenes, Figura 3
**Valoracion de la salud Auditiva y Comunicativa**
**Resultado de cuestionario VALE:** NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES AUDITIVAS O DEL LENGUAJE
**Valoracion de la saliud Mental**
**El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?:** NO
**El niño duerme mal?:** NO
**Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsione:** NO
**Sufre el niño de dolores de cabeza?:** NO
**El niño ha huido de la casa frecuentemente?:** NO
**Ha robado cosas de la casa?:** NO
**Se asusta o se pone nervioso sin razón?:** NO
**Parece como retardado o lento para aprender?:** NO
**El niño casi nunca juega con otros niños?:** NO
**El niño se orina o defeca en la ropa?:** NO
**Signos Vitales**
**FC:** 89.00
**FR:** 15

**Peso (Kg).:** 11.50
**Talla(mt):** 0.83
**I.M.C.:** 16.69
**Perimetro cefalico:** 48
**Perimetro Branquial:** 17
**Temperatura:** 36.00
**Sat O2:** 99
**Describir lo Anormal:** NO PATOLOGICO

**Estado de Nutriciòn**
**Estado de Nutriciòn:** Normal...

**Suplementacion Nutricional**
**Desparasitacion**
**Desparasitacion:** Si
**Comentarios:** ULTIMA DESPARASITACION HACE 1 AÑO
**Suplementacion Hierro**
**Suplementacion Hierro:** No -
**Suplementacion Vitamina A**
**Suplementacion Vitamina A:** No -
**ADHERENCIA AL PROGRAMA**
**-Si:** SI
**-No:** NO
**Causa:** ADHERNTE
**REMISION**
**Odontología:** SI
**Nutrición:** NO
**Pediatria:** NO
**Psicologicos y Sociales:** NO
**Vacunación:** NO
**Otros:** SE DERIVA A ODONTOLOGIA
PENDIENTE CITA DE CONTROL CON OFTOALMOLOGIA POR ANTC QUIRURGICO
**Educación**
**Desarrollo psicomotor para la edad de su hijo:** SI
**Formas de estimular el desarrollo psicomotor:** SI
**Tecnica de Extracción Manual de la leche Materna:** SI
**Cuidadosm sobre la alimentación:** SI
**Conservación y almacenamiento leche materna:** SI
**Fortalecimiento de Vinculos Afectivos:** SI
**Cuidados sobre la salud oral del menor:** SI
**signos de alarma de enfermedades prevalentes ninos:** SI
**Deberes y Derechos:** SI
**Importancia y fecha de la proxima vacuna:** SI
**Riesgos del uso del chupo y el biberon:** SI
**Se entrego Manual de Usuario:** SI
**DIAGNOSTICO**
**Dx. Principal:** Z001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NI¥O
**Tipo de Diagnostico Principal:** CONFIRMADO REPETIDO
**Dx. Relacionado 1:** Z000-EXAMEN MEDICO GENERAL
**Causa Externa:** OTRA
**Finalidad de la Consulta:** 04 DETEC DE ALT DE C Y D
**Educacion en Salud:** SE DAN RECOMENDACIONES DE ACERCA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROPIA PARA LA EDAD. SE LE EXPLICA A LA MADRE SIGNOS BANDERAS DE DESNUTRICIÓN (CAMBIOS DE TONALIDAD DEL CABELLO, RESEQUEDAD EN LA PIEL, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES Y/O GENERALIZADA, DELGADEZ, DESÁNIMO, ENLENTECIMIENTO PSICOMOTOR, POBRECCIÓN). SE DAN ASESORÍA Y RECOMENDACIONES, SE PROMUEVE LA PRESENCIA DE CUIDADOR EN LA CONSULTA. SE LE DA EDUCACIÓN A LA MADRE SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO QUE SEAN CLAVES PREDISPONENTES PARA LA ENFERMEDAD DEL MENOR (MAL MANEJO DE ALIMENTOS, EXPOSICIONES FÍSICAS PELIGROSAS, NECESIDAD DE CUIDADOR PERMANENTE). SE LE FOMENTA AL FAMILIAR EL BUEN TRATO DEL MENOR, UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA DEPENDIENDO DE LAS NECESIDADES DEL NIÑO CON RESPECTO A SU EDAD Y SITUACIÓN ACTUAL, Y LOS BENEFICIOS QUE APORTAN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA RECREACIÓN EN EL DESARROLLO. SE EDUCA A SU VEZ SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS HIGIÉNICOS CON EL MENOR Y LA IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A LA INSTITUCIÓN SOLICITANDO VALORACIÓN POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD. ADEMÁS, SE DAN RECOMENDACIONES ACERCA DEL BUEN TRATO. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA DE AIEPI PARA CONSULTAR POR URGENCIAS (FIEBRE QUE NO CEDE CON ACETAMINOFÉN, SI VOMITA TODO LO QUE COME, SI NO COME NADA, TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CONVULSIONES U OTRA SINTOMATOLOGÍA QUE PREOCUPE A LA MADRE, PADRE O CUIDADOR). MADRE ACEPTA Y REFIERE ENTENDER.

**Conducta:** AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIGNOS VITALES EN METAS, TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA NORMAL. CURVAS DE ANTROPOMETRÍA QUE EVIDENCIAN PESO/TALLA ENTRE 0 Y +1 DE, TALLA/EDAD EN -2 DE , IMC/EDAD ENTRE 0 Y +1 DE, PESO/EDAD ENTRE -1 Y 0 DE, PERÍMETRO CEFÁLICO ENTRE -1 Y 0 DE, POR LO QUE SE CONSIDERA PACIENTE CON ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL Y ANTROPOMETRÍA ACORDE PARA LA EDAD, SIN RIESGO DE DESNUTRICIÓN, CON TENDENCIA A LA TALLA BAJA (SIN EMBARGO CON FACTOR GENETICO DE TALLA BAJA EN SU FAMILIA). ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO CON PUNTAJE ADECUADO PARA LA EDAD, SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES EN EL NEURODESARROLLO. SIN IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO IMPORTANTES COMO VIOLENCIA O DINÁMICAS FAMILIARES DISFUNCIONALES. POR TENDENCIA A LA TALLA BAJA SE DERIVA A PEDIATRIA, DEBE CONTINUAR CON CONTROLES POE OFTOALMOLOGIA POR ANTC QUIRURGICO, SE DERIVA A ODOTOLOGIA POR ULTIM VALORACION HACE MAS DE 6 MESES. ÚLTIMA DESPARASITACIÓN HACE 1 AÑO POR LO QUE SE DA FÓRMULA, ADEMÁS DE SUPLEMENTACIÓN DE VITAMINA A Y HIERRO. PRÓXIMO CONTROL A LOS 5 AÑOS A CARGO DE MEDICINA GENERAL

**Causa que motiva la atención:** Promoción y mantenimiento de la salud-intervenciones individuales
**Modalidad de la tecnologia en salud:** Intramural




DR. JULIANA PEREZ OCHOA
CC 1192893504
Especialidad. PROMOCION Y PREVENCION
Registro. 1192893504