

**HISTORIA CLINICA**  
**ESE HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS DE PENSILVANIA-CALDAS**  
**Nit. 890801719**  
**Dir. AVENIDA LA SALLE - Tel. 3113219876**

Código Plantilla:MD PRO 003  
Fecha Historia:08/10/2024 10:45 a.m.  
Lugar y Fecha:PENSILVANIA,CALDAS 08/10/2024 10:45 a.m.  
Documento y Nombre del Paciente: RC 1059120389 DILAN ORBEY HERNANDEZ CORDOBA  
Administradora: NUEVA EPS S.A. Convenio: PYP    Tipo de Usuario: BENEFICIARIO RANGO 1  
No Historia: 1059120389    Cons. Historia: 1304237  
Atención: Ambulatorio

**Nombre de la plantilla**  
**PROGRAMA CRECIMIENTO Y DESARROLLO:**

**Nombre de la plantilla**

**Datos Generales**

**Historia:** 1059120389

**Edad:** 3 Años

**Zona:** URBANO

**Convenio:** PYP

**Hora:** 10:32

**Nombre del acompañante:** KELLY JOHANA CORDOBA GONZALEZ

**Telefono Acom.:** 3215032776

**Nombre:** DILAN ORBEY HERNANDEZ CORDOBA

**Fecha Nacimiento F:** 24/09/2021

**E.A.P.B.:** NUEVA EPS S.A.

**Fecha:** 08/10/2024

**Telefono:** 3122856751

**CONSULTA EN EL AÑO DE:**

**Datos de la Consulta**

**Datos de la Consulta:** Control

**Motivo de consulta y enfermedad Actual:** MENOR DE 3 AÑOS CAPTADO PARA RIAS PRIMERA INFANCIA  
INGRESA MENOR DE EDAD MASCULINO CON MADRE, SE LE EXPLICA EN QUÉ CONSISTE LA RUTA INTEGRAL  
DE ATENCION EN SALUD A LA PRIMERA INFANCIA Y LOS BENEFICIOS DE ESTA; MADRE ACEPTA, SE  
REALIZA CONTROL SIN NINGUNA COMPLICACIÓN.

**Revision por Sistemas**

**Observaciones -:** APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, CABEZA NORMOCÉFALO, ALINEADA CON EL EJE CENTRAL, MOVIL, OJOS SIMETRICOS SIN PRESENCIA DE PTOSIS, PUPILAS ISOCORIDAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, PESTAÑAS BIEN IMPLANTADAS, NARIZ PERMEABLE SIN PRESENCIA DE SECRECIONES Y ALINEADA AL EJE CENTRAL, BOCA HÚMEDAS, ROSADAS, ÍNTEGRAS, SIN PRESENCIA DE DESVIACION DE COMISURA LABIAL, NI PALADAR HENDIDO, DENTICION COMPLETA PARA LA EDAD, REFLEJO FARINGEO PRESENTE, OREJAS BIEN IMPLANTADAS, SIN PRESENCIA DE OTITIS, SE REALIZA VALORACION CON EQUIPOS OTICOS Y SE VISUALIZA MEMBRANA TIMPANICA INTEGRA, CON PRESENCIA DE SERUMEN, CUELLO MOVIL, SIN PRESENCIA DE ADENOPATIAS, TÒRAX SIMÈTRICO, NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR DE ADECUADA INTENSIDAD, SIN SOBREAGREGADOS; RUIDOS CARDIACOS RÌTMICOS, SINCÒNICOS CON EL PULSO, SIN SOPLOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACIÒN. GENITALES NORMOCONFIGURADOS, ÍNTEGROS, EXTREMIDADES: MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICOS, MOVILES SIN PRESENCIA DE HEMATOMAS O EDEMA. NO SE VISUALIZA MALTRATO. PULSOS PERIFÈRICOS ++/++++, SIMÈTRICOS, LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS. NEUROLÒGICO: 15/15.

**Tamizaje Visual**

**27.Agudeza Visual Lejana Ojo Izquierdo:** 3.MENOR O IGUAL A 20/20 NORMAL

**28.Agudeza Visual Lejana Ojo Derecho:** 3: MENOR O IGUAL A 20/20 NORMAL

**Antecedente del parto**

**Parto Institucional.:** NO

**TSH RN:** NO

**Parto no Institucional.:** NO

**Grupo Sanguineo RN:** A POSITIVO

### Patologia Recien Nacido

Apnea:: NO

Hipoglicemia: NO

Ictericia.: NO

Sifilis.: NO

Broncoaspiración: NO

hemorragia.: NO

Infeccion: NO

Tiroides: NO

### Antecedentes Personales

Patologicos.: NO

Alergicos.: NO

Quirurgicos.: NO

Traumaticos.: NO

**Observaciones Antecedentes:** PERINATALES: PESO AL NACER: 2.725GR, TALLA AL NACER: 44CM, EDAD GESTACIONAL: 38,3SS, PARTO NATURAL ASISTIDO EN SES HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALDAS

-PATOLOGICOS: NIEGA.

-FARMACOLOGICOS: NIEGA.

-ALERGIAS: NIEGA.

-QUIRURGICOS: NIEGA.

-HOSPITALIZACIONES: NIEGA

-TRAUMATICOS: NIEGA.

### Antecedentes Familiares

Asma: NO

Epilepsia.: NO

Diabetes: NO

Tuberculosis: NO

**Observaciones Antecedentes familiares.:** -MADRE MIGRAÑA

### Aspectos Familiares

Hermanos-: 1

Nivel educativo padres: PRIMARIA

Ocupacion Padre: EMPLEADO

Hermanos Menores 10 años: 1

Ocupacion madre: AMA DE CASA

### Aspectos Alimentarios

Por que motivo: POCA PRODUCCION

Cuales leches: NAN1

Edad de inicio de alimentacion Complemen. (meses): 5 MESES

### Lactancia exclusiva hasta 6 meses

Lactancia exclusiva hasta 6 meses: No.

### Esquema completo para la edad .

Si:: SI

No:: NO

**Sospecha evidencia algun tipo de maltrato (fisico, sexual, emocional,)**

**Sospecha evidencia algun tipo de maltrato (fisico, sexual, emocional,):** No

**!RECUERDE REPORTARLOj:**

Edad-:

### Examen fisico del Usuario

SaO2: 96%

Pulso: 130

Talla (mts).: 0.97

Perimetro Cefalico.: 47

Presion arterial: 98/62

Peso(Klg): 12.00

IMC: 12.75

Temperatura: 36.00

### MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

**IMC para la edad IMC/E:** N/A VERIFICAR CON P/T **Perimetro cefalico PC/E:** NORMAL

**Peso para la edad P/E:** RIESGO DE DESNUTRICION GLOBAL

**Peso para la talla P/T:** RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA

**Talla para la edad T/E:** TALLA ADECUADA PARA LA EDAD

### Cabeza y organos de los sentidos

**Cabeza y organos de los sentidos:** Normal

### Neurologico

**Neurologico:** Normal

### Deteccion de Riesgo

**Factores de riesgo Detectados:** MENOR EN RIESGO DE DESNUTRICION GLOBAL, SE REMITE A MEDICINA GENERAL PARA VALORACION Y SE BRINDA EDUCACION SOBRE ALIMENTACION BALANCEADA Y ADECUADA PARA EL MENOR, LA MADRE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**Factores Protectores Detectados:** SE EDUCA A LOS CUIDADORES SOBRE COMO A MEDIDA QUE LOS NIÑOS ENTRAN EN LA PRIMERA INFANCIA, SU MUNDO COMIENZA A EXPANDIRSE. SE HARÁN MÁS INDEPENDIENTES, Y COMENZARÁN A PRESTAR MÁS ATENCIÓN A LOS ADULTOS Y NIÑOS QUE ESTÁN FUERA DE LA FAMILIA. QUERRÁN EXPLORAR Y PREGUNTAR MÁS SOBRE LAS COSAS A SU ALREDEDOR. SU INTERACCIÓN CON FAMILIARES Y AQUELLOS QUE LOS RODEAN LOS AYUDARÁN A MOLDEAR SU PERSONALIDAD, Y A DEFINIR SUS PROPIAS MANERAS DE PENSAR Y ACTUAR. SE RECOMIENDAN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, COMER CON SU HIJO SIEMPRE QUE SEA POSIBLE. MUÉSTRELE QUE A USTED LE GUSTA COMER FRUTAS, VERDURAS Y GRANOS INTEGRALES EN LAS COMIDAS O LOS REFRIGERIOS. SU HIJO SOLO DEBE COMER Y BEBER UNA CANTIDAD LIMITADA DE

ALIMENTOS CON AZÚCAR AGREGADA, GRASAS SÓLIDAS O SAL. LIMITE EL TIEMPO QUE SU NIÑO PASA FRENTE A PANTALLAS A NO MÁS DE 1 O 2 HORAS AL DÍA DE PROGRAMAS ADECUADOS, YA SEA EN CASA, EN LA ESCUELA O EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL. OFRÉZCALE A SU HIJO JUGUETES ADECUADOS PARA SU EDAD, COMO PELOTAS Y BATES DE PLÁSTICO, PERO DEJE QUE ESCOJA A QUÉ QUIERE JUGAR. ESTO HARÁ QUE MOVERSE Y ESTAR ACTIVO SEA ALGO DIVERTIDO PARA ÉL. A MEDIDA QUE EL NIÑO ADQUIERA MÁS INDEPENDENCIA Y AUMENTE SU INTERACCIÓN CON EL MUNDO EXTERIOR, ES IMPORTANTE QUE SU HIJO SEPA MANTENERSE A SALVO. VIGILE A SU HIJO TODO EL TIEMPO, ESPECIALMENTE CUANDO JUEGUE AFUERA. TENGA PRECAUCIÓN CON EL AGUA. ENSÉÑELE A NADAR, PERO VIGÍLELO TODO EL TIEMPO CUANDO ESTÉ CERCA DE ALGÚN LUGAR CON AGUA, ENSÉÑELE A SU HIJO A CUIDARSE DE LOS EXTRAÑOS. PRÉSTELE ATENCIÓN A SU HIJO Y FESTÉJELO CUANDO SIGA INSTRUCCIONES Y TENGA UN COMPORTAMIENTO POSITIVO, PERO LIMITE SU ATENCIÓN CUANDO SE PONGA DESAFIANTE O HAGA RABIETAS. ENSÉÑELE FORMAS ACEPTABLES DE MANIFESTAR SU ENOJO ASEGÚRESE QUE SU HIJO DUERMA LA CANTIDAD RECOMENDADA CADA NOCHE. SE INDICAN LOS SIGNOS DE PELIGRO Y SIGNOS DE ALARMA (NO COME, VOMITA TODO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE MAYOR A 39 GRADOS, CONVULSIONA, DIARREA), SE DAN LAS PRACTICAS CLAVES AIEPI, SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DEL ASISTIR A LOS CONTROLES DE PRIMERA INFANCIA Y DE CÓMO LAS VACUNAS SON IMPORTANTES PARA PROTEGER LA SALUD Y LA SEGURIDAD DEL NIÑO, ES IMPORTANTE QUE RECIBAN A TIEMPO LAS VACUNAS CORRESPONDIENTES Y ESTAR AL DÍA.

**Motricidad Gruesa****43.Resultado de la Esc Abre de Des Area Mt grues:** 5. DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD**Motricidad Fina Adaptativa****44.Resultado Esc Abrev de Desr Ar Mtr Finoadaptati:** 5. DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD**Audición y Lenguaje****46.Resultado Esc Abrev de desr Ar Motr Aud y Leng:** 5. DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD**Personal Social****45.Resultado de Esc Abrev de Desr Ar Pers Social:** 5. DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD**Resultados De Conducta****40. Resultado de Tamizaje VALE:** 5.PASA**Apgar Familiar:** NORMAL 17 -20 PUNTOS**Remisiones****Nutrición****Nutrición:** No**Odontología****Odontología:** Si**Vacunación****Vacunación:** No**Pediatría****Pediatría:** No**Psicología****Psicología:** No**Terapia del lenguaje****Terapia del lenguaje:** No**Cita de control****Fecha Proxima cita:** 2025**DIAGNOSTICO:****Dx. Principal:** Z001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO**Dx. Relacionado 2:** Z001-Z010-EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION**Causa Externa:** OTRA**Finalidad de la Consulta:** DET. ALT. CRECIM Y DESARR MENOR DIEZ AÑOS**Tipo de Diagnostico Principal:** CONFIRMADO REPETIDO**CONDUCTA:****Medicamento:** NO**71. Suministro de la Vitamina A en la Primera Inf:** 1. SI SE SUMINISTRA**77.Suministro de Hierro en la Primera Infancia:** 1. SI SE SUMINISTRA**Albendazol:** 1 SI SE SUMISTRA**Laboratorio:** NO**Radiología:** NO**Remision:** NO**Otras Ayudas:** NO**Educacion****los padres conocen el desarrollo sicomotor que debe tener su hijo****los padres conocen el desarrollo sicomotor que debe tener su hijo:** Si**Los padres conocen la importancia y las fechas de las proximos vacuna**

**Los padres conocen la importancia y las fechas de las proximos vacuna: Si**

**Los padres conocen la forma de estimular el desarrollo sicomotor**

**Los padres conocen la forma de estimular el desarrollo sicomotor: Si**

**Riesgo del uso del chupo y del biberon**

**Riesgo del uso del chupo y del biberon: Si**

**Deberes y Derechos del usuario**

**Deberes y Derechos del usuario: Si**

**Los padres conocen los signos de alarma de las enfermedades del niño**

**Los padres conocen los signos de alarma de las enfermedades del niño: Si**

**Los padres conocen la forma de estimular el desarrollo sicomotor**

**Los padres conocen la forma de estimular el desarrollo sicomotor: Si**

**Los padres conocen los cuidados sobre la alimentación**

**Los padres conocen los cuidados sobre la alimentación: Si**

**Los padres conocen los cuidados sobre la salud oral del menor**

**Los padres conocen los cuidados sobre la salud oral del menor: Si**

**Los padres conocen los signos de alarma de las enfermedades del niño**

**Los padres conocen los signos de alarma de las enfermedades del niño: No**

**Se presento algun evento Adverso de no Calidad durante la Atención**

**Se presento algun evento Adverso de no Calidad durante la Atención: No**

DR. NESTOR ANDRES MARQUEZ RINCON\_

CC 1053834444

Especialidad. MEDICINA P Y P

Registro. 1053834444