Fecha de diligenciamiento: 20 / 05 / 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (●) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: (●) Participante de nuevo ingreso ( ) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CDI FRONTERAS DE PAZ.

Tipo documento identidad: (●) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de ciudadanía ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Cédula extranjería ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1122343999

Fecha nacimiento: 11 / 05 / 2022

Nombres: BRITHANY SOFIA

Apellidos: MADROÑERO

Presenta discapacidad? ( ) Sí (●) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) Sí ( ) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Sí (●) No

Indique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena (●) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

Indique cuales aplican: ( ) Migrante (●) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: PUTUMAYO

Municipio de residencia: SAN MIGUEL.

Zona: URBANA

Barrio: 7 agosto

Vereda:

Sector:

Dirección: POR LA CANCHA SINTETICA

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (●) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (●) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 41125790

Nombres: ROSA ELENA

Apellidos: BARRAGAN

País de nacimiento: COLOMBIA.

Fecha nacimiento: 26 / 08 /

Correo electrónico:

Número de celular: 312.853 8203

Número de fijo: 1981

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: https://prematricula.icbf.gov.co ( ) Sí ( ) No

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Rosa Barragán

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

FICHA DE INFORMACION - VIGENCIA 2025
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - MODALIDAD INSTITUCIONAL



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

BRITHANY SOFIA MADROÑERO BARRAGAN

Nº DOCUMENTO: 1122343999 **TIPO DOCUMENTO:** RC X. CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 11-05-2022 **EDAD:** 3 AÑOS

LUGAR DE NACIMIENTO: SAN MIGUEL LA DORADA

NOMBRE DE LA UDS: COI FRONTERAS DE PAZ.
CODIGO UDS: 867571126972. **BARRIO/VEREDA:** SIETE DE AGOSTO.
FECHA DE INGRESO: 20-05-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A1 **EPS:** EMSSANAR. **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X.

DESPLAZADO: SI___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X. **¿CUAL?** _____

GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X. **¿CUAL?** _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X. **¿CUAL?** _____

NOMBRE DE LA MADRE: Rosa Elena Barragan

Nº CÉDULA: 41125790 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

Nº CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

Nº DE CELULAR: 3128538203

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____

Nº CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

DIRECCIÓN VIVIENDA: _____ **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)**___

NUMERO DE CELULAR _____

Rosa Barragán

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1573659

NUIP 1.122.343.999

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MADROÑERO BARRAGAN BRITHANY SOFíA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	2	Mes	M	A	Y	Día	1	1	FEMENINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	J	U	N	Día	0	1	0061322531

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
BARRAGAN SANCHEZ ROSA ELENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 41.125.790	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MADROÑERO MUÑOZ JESUS ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 18.162.899	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MADROÑERO MUÑOZ JESUS ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 18.162.899

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITE LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Código: X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año	2	0	2	2	Mes	J	U	N	Día	0	1

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 30518955-2

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.125.790
BARRAGAN SANCHEZ
APELLIDOS
ROSA ELENA
NOMBRES

Rosa Elena Barragan S.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1981
CAICEDONIA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
26-MAY-2000 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

Cel. 3128538203

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 25/03/2025

Ficha: 86757674952700003410

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BRITHANY SOFIA

Apellidos: MADROÑERO BARRAGAN

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343999

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/08/2022

Última actualización ciudadano: 08/08/2022

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

emssanar EPS
NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
Nº 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016
Cuidamos de ti en cada paso

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	RC 1122343999
Apellidos:	MADROÑERO BARRAGAN
Nombres:	BRITHANY SOFIA
Ficha Sisben:	86757674952700003410
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A01
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	12/05/2022
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	KR 7 # 1 - 36	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 20 de Junio de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122343999
NOMBRES	BRITHANY SOFIA
APELLIDOS	MADROÑERO BARRAGAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	12/05/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/04/2025 15:35:22	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Madreñero Barragan	Apellidos: Brithany Sofia
Fecha de nacimiento: DÍA 11 / MES 05 / AÑO 2022	Historia Clínica: 1122343494
Barrio/Vereda: B/ Nuevo Abril	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS:

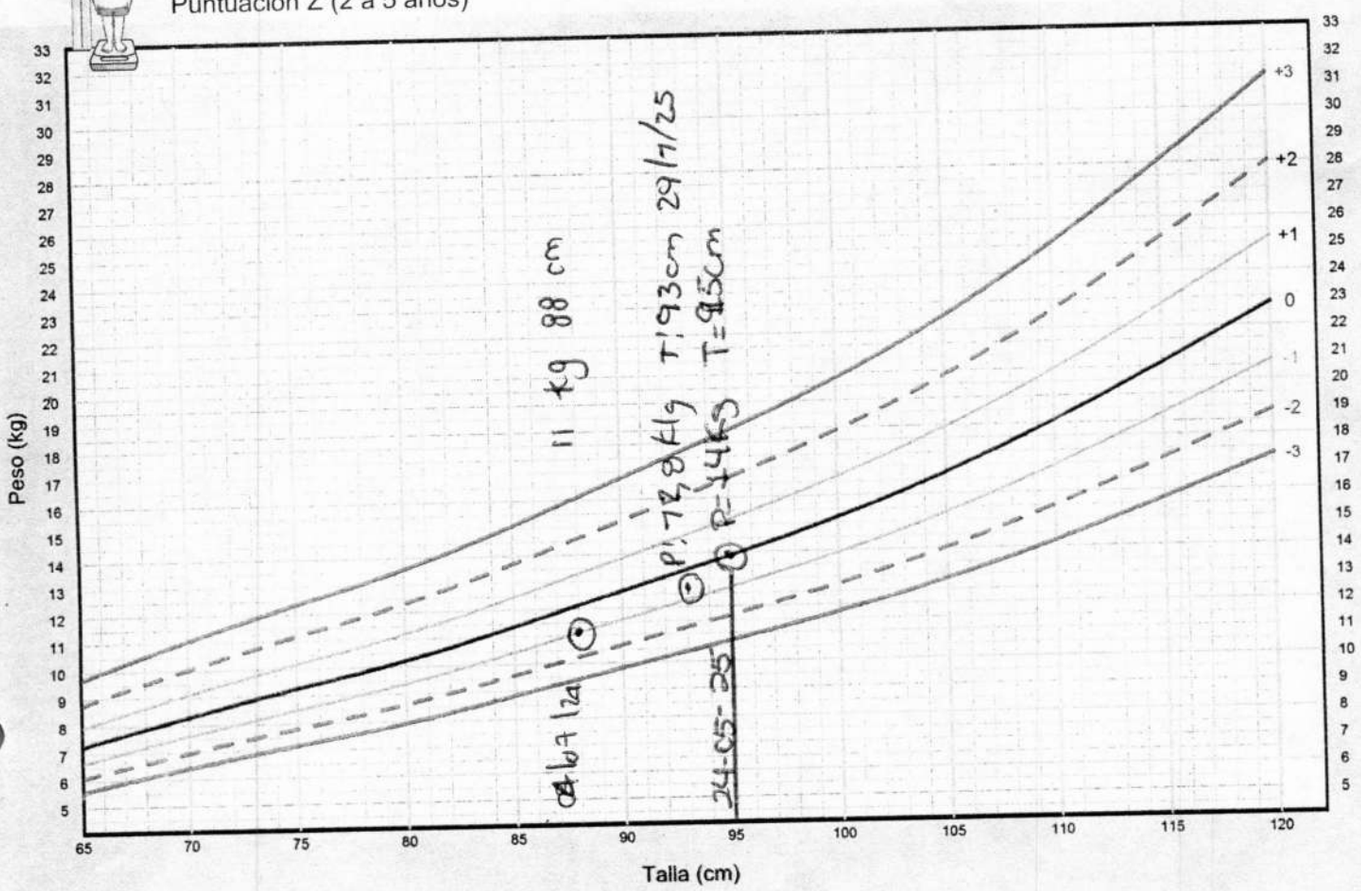
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
22	Marzo	2023	Enfem	SI ✓	
11	Mayo	2023	Medico	- 08106/2023	
08	12	203	Médico	Nota: Control peso y talla consulta externa 08/06/2023	
11	05	2024	Medic	✓	
11	11	2024	Enf		
29	Enero	2025	Enferme	SI ✓ Milena C.	
11	Mayo	2025	Medico	Sí	
11	Mayo	2026	Enf.		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
22/03/23	7kg	69cms	43cms	13cms	—	17/05/2023	
08/06/23.	7.8	68cm	44cm	15cm	16.9	08/11/2023	
12-2023	8.2	76cm	44cm	15	14.2	11-05-2024	
04-07-23	11	98	47	15	14,2	11 - 11 -24	
29-01-2025	12,8	93	47	15	14,8	11-05-2025	
24-05-2025	14	95	48	16	15.5	11-05-2026	

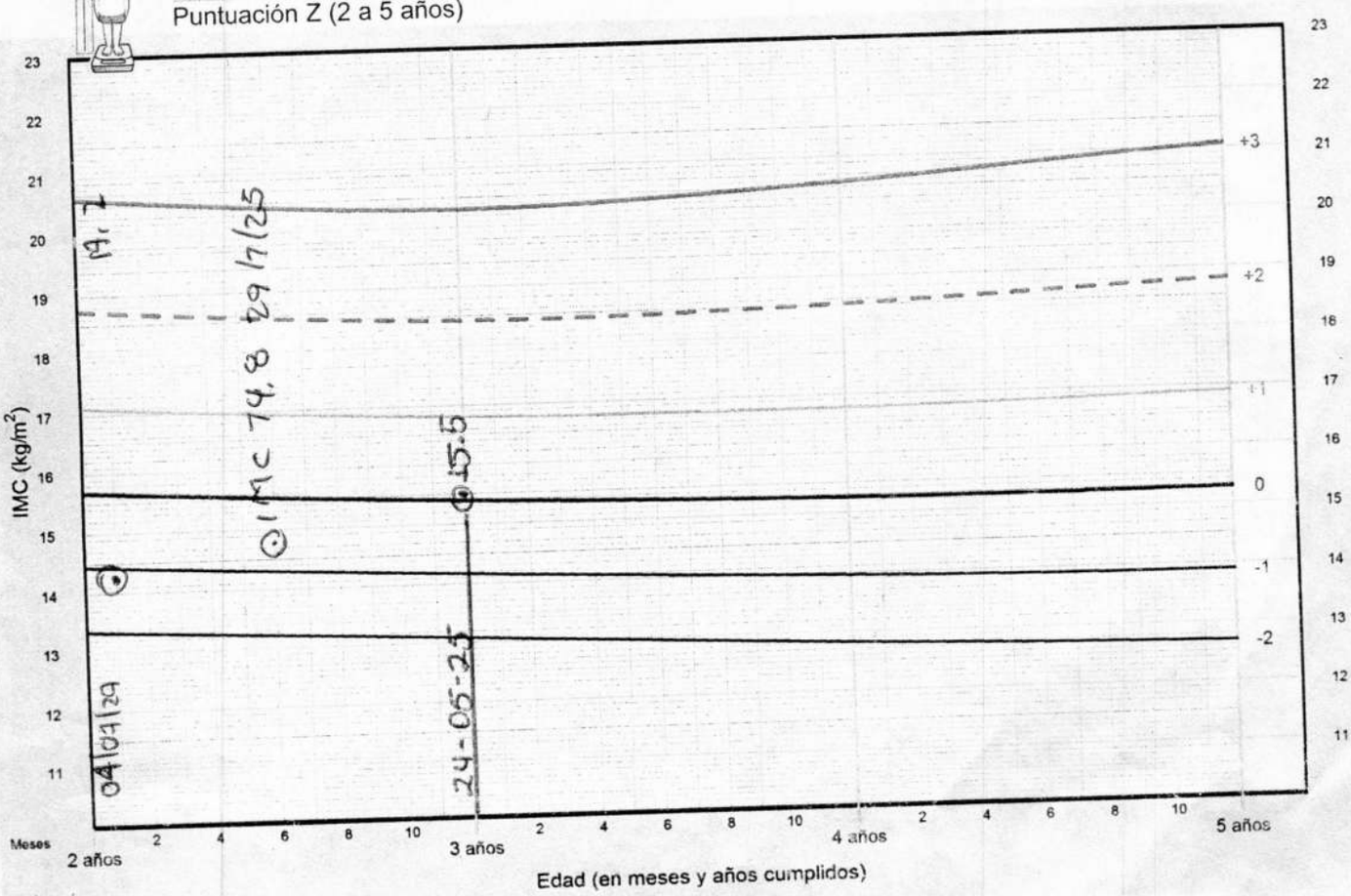
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



11
R/Y

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

	SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado					
	Cardipopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado					
	Visual	Normal		Alterado					
	ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega		
2.ª entrega		
3.ª entrega		

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega							
2.ª entrega							
3.ª entrega							
4.ª entrega							
5.ª entrega							

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

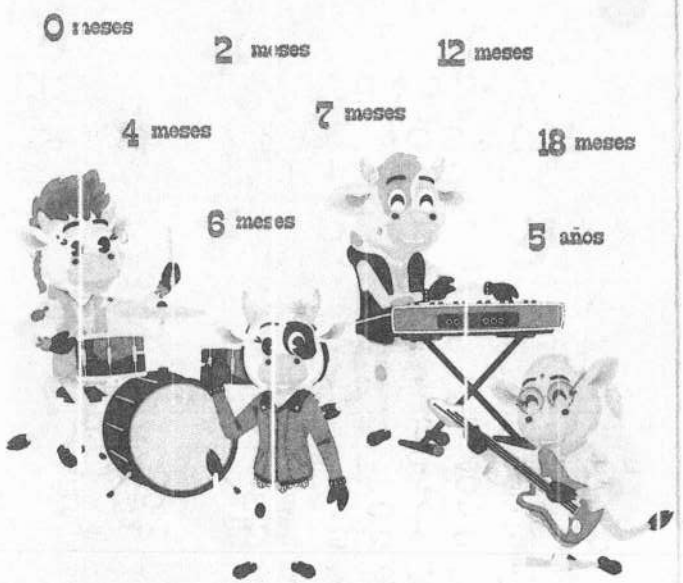
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:



Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Brithany Sofia

Fecha de nacimiento: madroñero barragan

Nº de certificado de nacido vivo: 11105122.

Registro civil: 1122343999.

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2700 Talla: 50

Dirección: B/9 de abril

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Rosa barragan

Municipio de residencia: la dorada putumayo

Departamento: putumayo

CC. 41125790

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote								IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐								No ☐					
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	11	05	22	Serum	0	3	7	0	6	1'	1	0		HFLD				Eduar IB
	Hepatitis B	Recién nacido	11	05	22	Serum	0	3	2	0	X	0	1	7	C	HFLD	11/	julio/22		Eduar IB
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐								No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	25	8	22	Serum	2	1	2	1	0	0	4			HFID				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	25	8	22	Serum	2	8	5	0	4	0	3	8	D	HFID	Hospital Fontem 20 de			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	25	8	22	Serum	2	8	5	0	4	0	3	8	D	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	25	8	22	Serum	2	8	5	0	4	0	3	8	D	HFID				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	25	8	22	GSK	A	R	0	1		C	8	9	2	AF	HFID			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	25	8	22	GSK	A	S	P	N		B	3	3	8	KA	HFID			
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐								No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	1	11	22	Serum	2	1	1	5	0	0	4			HFID				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	1	11	22	Serum	2	8	5	0	4	0	3	8	D	HFID	Hospital Fontem 20 de			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	1	11	22	Serum	2	8	5	0	4	0	3	8	D	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	1	11	22	Serum	2	8	5	0	4	0	3	8	D	HFID				
	Diarrea por rotavirus	2.ª	1	11	22	GSK	A	R	0	1	C	8	9	2	AF	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	1	11	22	GSK	A	S	P	N	B	3	3	8	KA	HFID				
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐								No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	1	3	23	Serum	2	1	1	5	0	0	4			HFID				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	1	3	23	Serum	2	8	5	0	4	0	3	8	D	HFID				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	1	3	23	Serum	2	8	5	0	4	0	3	8	D	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	1	3	23	Serum	2	8	5	0	4	0	3	8	D	HFID				
	Influenza estacional	1.ª	07	06	23	Sanofi	V	5	0	5	2	3	0	0	1	HFID	cita.			Eduard IB
7 meses	Influenza estacional	2.ª	05	07	23	GC	V	5	0	5	2	3	0	0	1	HFID	14/05/23			Eduard IB
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	07	06	23	Serum	0	1	3	0	N	1	2	2	A	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	07	06	33	Ffizer	E	x	8	5	8	9				HFID				Eduar IB
	Varicela	2.ª	07	06	23	Merck	W	0	3	1	6	5	7			HFID				Eduard IB
	Hepatitis A	Única	02	06	23	MSD	W	0	0	0	3	1	4			HFID	07 marzo 2024.			Eduard IB
	Influenza estacional	Anual																		
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	05	03	24	Biological	2	2	3	3	0	0	5							Kerly-J.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	06	03	24	Serum	9	8	5	5	4	0	0	9	F	HFID				
	Fiebre amarilla	Única	02	06	23	FIOCRUZ	L	2	1	1	4	3	N	1	2	2	HFID			Eduard IB
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo																		
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo																		
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	05	03	24	Serum	0	1	3	2	N	0	4	8	B	HFID	Cita: 2 años Complidos			Kerly-J.
	Varicela	Refuerzo																		
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª																		
		2.ª																		
		3.ª																		
Vacunas complementarias y otras dosis																				

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

NO SE APLICA
VACUNA DE INFLUENZA
PORQUE EL LINEAMIENTO
VA DE 6 MESES HASTA
1 AÑO 11 MESES 29 DIAS

VACUNACIÓN PAI

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 19 MES 06 AÑO 2025 HORA: 2:30 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Brithany Sofia APELLIDOS Madroñero Barragan.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.999.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 11 MES: 05 AÑO: 2022 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3128338203

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

Miedo a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** ____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** ____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Rosa Elena Bargas S.

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal:

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número _____

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arias Elejo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1000698938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): Fitch

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraíso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Brithany Sofia Madroñero

Doc. de Identidad: 1127343999 EPS: emssanar

Teléfono: 3128528203 Domicilio: 07 Agosto

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad BRITHANY SOFIA MADROÑERO BARRAGAN., identificado (a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Rosa Elena Barragan., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 41125790, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por FUNDACION ALMA DE VIDA., en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa CDI FRONTERAS DE PAZ.

Suscriben:

Firma: Rosa Barragan S.
Nombre: Rosa Barragan.
Calidad - Titular: X. Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3128538203
Fecha: 20-05-2025
Municipio: SAN MIGUEL.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL MENSUAL
DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO INSTITUCIONAL – CONTRATO 86001912025 – SAN MIGUEL

NOMBRE DE LA UDS: Fronteras de Paz

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Brithany Sofia Madroñero	13	98,6	16	Riesgo de DNT Aguda	25/11/25		sin signos clinicos de desnutricion	
Brithany Sofia. Madroñero	15	98,7	16	Peso adecuado para la talla	9/12/25		sin signos clinicos de desnutricion	

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

Para este año electivo 2025 el pacto de convivencia de CDI Fronteras de paz y Fronteras de Paz 1, ha sido socializado y actualizado de forma igualitaria y democrática con los integrantes de la comunidad perteneciente al programa de un acuerdo colectivo expresado en compromisos que se asumen con el objetivo de crear espacios apropiados para el desarrollo integral de las niñas y los niños que faciliten el desarrollo de relaciones entre niños y niñas, maestras administrativos padres de familia y demás personas que hacen parte de la primera infancia.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Que se le respeten y salvaguarden los derechos fundamentales (vida, salud, educación, integridad) de los niños y las niñas según las leyes que los amparan.
- ✓ Al afecto y buen trato y a que mi padre, madre o cuidador responsable atienda las llamadas de las maestras o personal del CDI en los horarios definidos.
- ✓ A una alimentación balanceada, acorde a su edad y según la minuta.
- ✓ Reconocimiento ante los demás compañeros.
- ✓ A que nos cuente que está pasando en la actualidad y nos expliquen porque este cambio en el modo de vida.

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Saludar a las personas con las que me relaciono diariamente y comparto rutinas con mi familia.
- ✓ Reconozco que a veces me equivoco y pido disculpas, respetando a las personas con las que convivo.
- ✓ Cuido y recojo los materiales pedagógicos y mis pertenencias, utilizo las palabras; por favor, gracias, y hablo sin gritar.
- ✓ Atiendo cuando los demás me hablan y participó activamente en las actividades propuestas por las maestras o personal pertinente del CDI Fronteras de Paz, Fronteras de paz 1.
- ✓ Aplico normas de higiene (lavo mis manos con agua y jabón por lo menos cinco veces al día por más de 20 segundos. Me cepillo los dientes por lo menos; después de cada comida, antes de acostarme y después de levantarme) y a consumo los alimentos, especialmente las frutas y las verduras.
- ✓ Acudir de manera periódica a las UDS.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ A que su hijo reciba una excelente atención; que las practicas, retos propuestos sean acordes a la edad y las necesidades de los niños y las niñas.
- ✓ A pertenecer a los comités de padres de familia.
- ✓ A que se le dé un buen trato por parte de los empleados y demás padres usuarios y a que se le escuche cuando presente sugerencias, quejas, reclamos o solicitudes.
- ✓ A recibir acompañamiento y orientación pertinente, y oportuna, que fortalezcan la práctica de cuidado y crianza de los niños y las niñas en el hogar.

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ En el momento de la matricula presentar los documentos solicitados y mantenerlos actualizados según corresponda.
- ✓ Informar a la agente educativa oportunamente situaciones que pongan en riesgo el bienestar de la familia especialmente el desarrollo integral de los niños y las niñas, por el medio de comunicación que considere

(telefónico, mensajería y/o escrito).

- ✓ Informar oportunamente si el niño o niña presenta alergias, asma, o enfermedades que afecten su estado de salud al agente educativo, en caso que impidan su asistencia justificarla en lo posible por escrito.
- ✓ A través del Buzón de Sugerencias manifestar sus Quejas, Peticiones, Reclamos, Sugerencias y/o felicitaciones.
- ✓ Si se toma la decisión de retirar la niña o el niño del CDI, Informar verbalmente mediante llamada o escrito por mensaje o carta de retiro voluntario escrito con el fin que a la maestra para que ella informe a coordinación.
- ✓ Asistir a las jornadas de formación a familia mensualmente y actividades de trabajo que se consideren necesarias.
- ✓ Hacer uso del uniforme cuando las condiciones económicas le permitan.
- ✓ Evitar el uso dentro del CDI de joyas de valor y el ingreso mecato dinero o juguetes
- ✓ Dar cumplimiento estricto a los horarios de ingreso y salida. CDI Fronteras de Paz (La Dorada), hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) y hora de salida 4:00 pm. Puerto Colon hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) hora de salida 4:00 pm.
- ✓ Se permitirá la apertura del portón de las instalaciones del CDI Fronteras de paz 1 Puerto Colon,10 minutos antes de la hora de ingreso, así como También en la hora Salida, (solo en casos excepcionales de días de Lluvia) con el fin de resguardar a los usuarios y a sus familias, según las condiciones climáticas.

CONSECUENCIAS DE COMPORTAMIENTOS INADECUADOS E INCUMPLIMIENTO DE DEBERES POR PARTE DE LOS PADRES DE FAMILIA.

1) En caso de incumplimiento de los deberes o acuerdos establecidos en el pacto de convivencia por parte de los padres, se procederá a iniciar un diálogo entre los padres de familia, la agente educativa, la coordinadora, Apoyo Psicosocial y/o Nutricionista, según corresponda. Como parte del proceso, se implementarán estrategias que pueden incluir llamados de atención, establecimiento de compromisos y actividades pedagógicas como trabajos comunitarios y mingas, de acuerdo con su pertinencia y viabilidad para garantizar el cumplimiento de los compromisos y actividades propuestas.

2) En caso de inasistencias no justificadas, agente educativa remitirá el caso a apoyo psicosocial y Nutricionista; quienes realizaran contacto y seguimiento por medio telefónico, en encuentro en el hogar o por el medio que sea necesario, constatando el estado y motivo de la inasistencia del usuario o usuaria y tomará las acciones pertinentes y pactará compromisos con las familias (diligenciamiento del formato de novedades); para dar continuidad a la atención en la UDS. Si reincide en otra falta se notificará a la coordinadora, quienes junto con la psicosocial verificaran la justificación a la inasistencia y activación de rutas ante el incumplimiento.

Para efectos de legalidad, se firma el presente documento a los 28 días, del mes de abril del año 2025.

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Rosa Elena Barragán
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACIÓN DEL PUTUMAYO

CIREP
CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACIÓN DEL PUTUMAYO

Cel: 311 541 43 13 - 321 246 85 75

NOMBRES: Brithany.

FECHA	FISIOTERAPIA	FONOAUDIOLOGIA	T. OCUPACIONAL
10-junio		3:00pm.	
13-junio		9:30-10:00am	
17-junio		9:30-10:00am	

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

ORDEN MEDICA CONSULTA EXTERNA.

PACIENTE:	MADROÑERO BARRAGAN BRITHANY SOFIA			FOLIO No: 258795	FECHA: 24/05/2025 7:52 a.m.
No HISTORIA:	1122343999	EDAD:	3 Años	ADMIN No: 1442991	
IDENTIFICACION:	RC1122343999	SEXO:	Femenino	TELEFONO: 32322944	
EMPRESA:	EMSSANAR EPS S.A.S.	FEC. NAC:	11/05/2022	MUNICIPIO: SAN MIGUEL LA DORADAPUT	
REGIMEN:	Subsidiado			DIRECCION: prados	

DIAGNOSTICO

Z001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO
Z011 EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
F809 TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.
1	937000	TERAPIA DEL LENGUAJE. SESION	10

Dra. Sara C. Mora M
Medico General
RM 1069738008

PROFESIONAL: MORA BOTELLO SARA CRISTINA
MEDICO: 1069738008
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

Firma Paciente:

Fecha Impresion: 24/05/2025

InfoSalud Net

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9

Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.

HISTORIA CLINICA PRIMERA INFANCIA.

Folio No: 1482486 Admision No: 1442991

PACIENTE: MADROÑERO BARRAGAN BRITHANY SOF **E.CIVIL:** Soltero FECHA ATENCION: 24/05/2025 07:41 a. m.
IDENTIFICACION: RC1122343999 **EDAD:** 3 Años 13 Dias
No HISTORIA: 1122343999 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 32322944
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 11/05/2022 **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** prados

Z001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

DIAGNOSTICOS ADICIONALES

DX ADICIONAL 01: Z011-EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
DX ADICIONAL 02: Z010-EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
DX ADICIONAL 03: F809-TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO

DATOS DEL ACOMPAÑANTE:

NOMBRE: ROSA BARRAGAN DIRECCION: prados
TELEFONO: 32322944 PARENTESCO: MADRE

ENFOQUE DIFERENCIAL:

BARRIO:. . . . . 7 DE AGOSTO ZONA: URBANA DIRECCION: prados
NIVEL EDUCATIVO: No definido VIC CONFLICTO ARMADO:.No DESEMPLEADO:. . . . No
ORIENT SEXUAL. . Heterosexual DESPLAZADO:. . . . . .No CARCELARIO: . . . . No
RELIGION:. . . . Catolico VIC.MALTRATO:. . . . .No MIGRANTE: . . . . . No
CONSUMO DE SPA. No ABANDONO SOCIAL: . . .No TRABAJADORA SEXUAL: No
GESTACION: . . . No DESESCOLARIZADO: . . .No POBLACION LGTBI:. . No
MINAS ANTI PERSONAS: . . . . .
MUSE-MUNICION SIN EXPLOTAR:. .
ROV-REGISTRO UNICO VICTIMA:. .
HABITANTE DE CALLE:. . . . . No
ORIENT SEXUAL: . . . Heterosexual
OCUPACION: . . . . . No Aplica
OTRA: . . . . . Ninguno de los anteriores
RESGUARDO INDIGENA . NO REFIERE
ACOMPAÑANTE: . . . . MAMA

MOTIVO DE CONSULTA:

"LA TRAIGO A CONTROL DE PRIMERA INFANCIA

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE DE 3 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE EN B/ 7 DE AGOSTO SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS CONOCIDOS, NO ALÉRGICOS CONOCIDOS, NO FAMILIARES DE IMPORTANCIA, PRODUCTO DE SEPTIMO EMBARAZO, PARTO VÍA VAGINAL, A TERMINO A LAS 37 SEMANAS, SIN COMPLICACIONES, BUENA ADAPTACIÓN NEONATAL, GS: O+. ASISTE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE A CONTROL DE PRIMERA INFANCIA, (ROSA ELENA BARRAGAN CC:41125790 TEL: 3128578302), OCUPACIÓN: AMA DE CASA. PADRE: JESUS ANTONIO MADROÑERO, OCUPACIÓN: OFICIOS VARIOS

VIVE CON SU MADRE, PADRE Y 3 HERMANOS, COMENTA BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES EN EL HOGAR. RECIBIENDO EN EL MOMENTO ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA. MADRE COMENTA SER DESPLAZADA, NO PERTENECER A LA COMUNIDAD ÉTNICA. NIEGA VIOLENCIA FÍSICA, SEXUAL O PSICOLÓGICA. NIEGA EXPOSICIÓN A HUMO DE LEÑA O CIGARRILLO, REFIERE ALIMENTACIÓN FAMILIAR ADECUADA, BUEN HABITO DE SUEÑO Y HABITO INTESTINAL. REFIERE ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO (MUESTRA CARNÉT), ULTIMA DESPARASITACIÓN HACE 3 MESES CON ALBENDAZOL ORAL, REFIERE HABER RECIBIDO FORMULA DE HIERRO SUPLEMENTARIO Y VITAMINA A HACE 3 MESES. MADRE REFIRE QUE EL DIA DE HOY 24/05/2025 TIENE CITA PARA ODONTOLOGÍA E HIGIENE ORAL

AL EXAMEN FISICO MENOR SIN ALTERACIONES, SE EVIDENCIA RETRASO EN EL DESARROLLO DEL HABLA PARA SU EDAD

ANTECEDENTES FAMILIARES:

GENERALES:. . . No Refiere
PATOLOGICOS:. . No Refiere
TOXICOS:. . . . No Refiere
FARMACOLOGICOS: No Refiere
ALERGICOS:. . . No Refiere
QUIRURGICOS:. . No Refiere
GINECOLOGICOS:. No Refiere
TRASTORNOS MENTALES: . . . . No Refiere
MALTRATO INFANTIL: . . . . . No Refiere
INCESTO: . . . . . No Refiere
ABANDONO:. . . . . No Refiere
SUICIDIO O MUERTE DE PERSONAS:. No Refiere
DIVORCION DE LOS PADRES: . . No Refiere
PROBLEMAS EN RELACION DE LOS PROGENITORES: No Refiere
VIOLENCIA DE GENERO: . . . . No Refiere
VIOLENCIA INTERPERSONAL: . . No Refiere

Fec Impresion: 24/05/2025 08:35:19 a. m. Usuario: YOLIMAJ Infosalud Net

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9
Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.
HISTORIA CLINICA PRIMERA INFANCIA.

Folio No: 1482486 Admision No: 1442991

PACIENTE: MADROÑERO BARRAGAN BRITHANY SOF **E.CIVIL:** Soltero FECHA ATENCION: 24/05/2025 07:41 a. m.
IDENTIFICACION: RC1122343999 **EDAD:** 3 Años 13 Dias
No HISTORIA: 1122343999 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 32322944
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 11/05/2022 **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** prados

Z001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

ANTECEDENTES PERSONALES:

GRUPO SANGUINEO: O FACTOR RH: +
HTA:. . . . . No refiere
OBESIDAD: . . . . No refiere
DIABETES: . . . . No refiere
DISCAPACIDAD: . . No refiere
Aler. Medicamento No refiere
E.Cardiovascular. No refiere
ICC ICT . . . . . No refiere
Angina. . . . . No refiere
IAM . . . . . No refiere
ICR . . . . . No refiere
Enf. Endocrina. . No refiere
Enf. Renal. . . . No refiere
Enf. Vascular . . No refiere
Retinopatia . . . No refiere
Asma. . . . . No refiere
Tbc . . . . . No refiere
Traumas . . . . . No refiere
Epilepsia:. . . . No refiere

PATOLOGICOS: . . . No Refiere
TRAUMATICOS: . . . No Refiere
QUIRURGICOS: . . . No Refiere
INMUNOLOGICOS: . . No Refiere
ALERGICOS: . . . . No Refiere
FARMACOLOGICOS:. . No Refiere
TOXICOS: . . . . . No Refiere
NUTRICIONALES: . . No Refiere
VACUNACION:. . . . No Refiere
DESARROLLO:. . . . No Refiere
CRECIMIENTO: . . . No Refiere
VISUALES:. . . . . No Refiere
AUDITIVOS. . . . . No Refiere
TRANSFUSIONALES:. . . . . No Refiere
RELACIONES INTERPERSONALES: No Refiere
OTROS ANTECEDENTES: . . No Refiere
OBSERVACIONES:. . . . . No Refiere

ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

ATENCION PRENATAL:. . . . . No Refiere
EMBARAZO DESEADO: . . . . . NO, LUEGO ACEPTADO
EMBARAZO NORMAL:. . . . . MADRE CON SILFIIS GESTACIONAL
EDAD DE LA MADRE AL NACER EL NIÑO:. . 40
MESES DE GESTACION AL NACER EL NIÑO:. 9
COMO FUE EMBARAZO CUANTO DURO:. 39 SEMANS
COMO FUE EL PARTO?. . . . . SIN ALTEACIOENS
CUANTO PESO AL NACER? 2700
CUANTO MIDIO? 50
PROBLEMA DESPUES DEL NACIMIENTO ACIENTE FUE REMITIDA ACLINICA PUTUMAYO EN PUERTO ASIS Y REFIERNE SEUGN HISTORIA DIAGNOSTICOS DE RECIEN NACIDO A TEMRINO CON PESO ADECUADO EDA GESTAICONAL, EXPOSICION A SIFILIS GESTACIONA, SIN CRITERIOS DE SIFILIS CONGENTIA, PERIDDA ELEVADA DE PESO EN RECIPERACION, POLICITAMIA SINTOMATICA, HIJO DE MADRE MULTIGESTANTE AÑOSA, HIDO DE MADRE CON DIABETES GEESTACIONAL, RIESGO D ETOXOPLASMOSIS OCNGENITA MADRE CON VLAORES MUY ELEVADOS DE IGGM NO INFECCION ACTIVA.
QUE ENFERMEDADES HA TENIDO? . . No Refiere

ANTECEDENTES PERINATALES

PARTO INSTITUCIONAL: . . . . . SI HFLD
MODALIDAD DE PATO: . . . . . VAGINAL
PRESENTACION CEFALICA: . . . . SI
PRODUCTO UNICO:. . . . . SI
ESTUVO EN ENCUBADORA:. . . . . NO
RECIBIO FOTOTERAPIA: . . . . . SI
LACTANCIA MAATERNA:. . . . . SI
OBSERVACIONES: . . . . . PACIENTE FUE REMITIDA ACLINICA PUTUMAYO EN PUERTO ASIS Y REFIERNE SEUGN HISTORIA

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9

Dir. Barrio El Paraiso Tel. **3134821413.**

HISTORIA CLINICA PRIMERA INFANCIA.

Folio No: 1482486 Admision No: 1442991

PACIENTE: MADROÑERO BARRAGAN BRITHANY SOF **E.CIVIL:** Soltero FECHA ATENCION: 24/05/2025 07:41 a. m.
IDENTIFICACION: RC1122343999 **EDAD:** 3 Años 13 Dias
No HISTORIA: 1122343999 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 32322944
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 11/05/2022 **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** prados

Z001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

DIAGNOSTICOS DE RECIEN NACIDO A TEMRINO CON PESO ADECUADO EDA GESTAICONAL, EXPOSICION A SIFILIS GESTACIONA, SIN CRITERIOS DE SIFILIS CONGENTIA, PERIDDA ELEVADA DE PESO EN RECIPERACION, POLICITAMIA SINTOMATICA, HIJO DE MADRE MULTIGESTANTE AÑOSA, HIDO DE MADRE CON DIABETES GEESTACIONAL, RIESGO D ETOXOPLASMOSIS OCNGENITA MADRE CON VIAORES MUY ELEVADOS DE IGGM NO INFECCION ACTIVA.

REVISION POR SISTEMA

BUEN ESTADO
CABEZA:. . . . . NORMAL
[illegible]:. . . . . NORMAL
NARIZ: . . . . . NORMAL
OIDOS::. . . . . NORMAL
OROFARINGE:. . . . . NORMAL
CUELLO:NARIZ:. . . . NORMAL
ORG. DE LOS SENTIDOS: NORMAL
RESPIRATORIO:. . . . NORMAL
GENITOURINARIO: . . . . NORMAL
ENDOCRINO: . . . . . NORMAL
MUSCULO(ESQUELETICO: NORMAL
HEMATOPOYETICO:. . . NORMAL
RETICULOENDOTELIAL: . . NORMAL
PSIQUIATRICOS: . . . NORMAL
PIEL Y FANERAS:. . . NORMAL
ARTICULAR: . . . . . NORMAL
CARDIOVASCULAR:. . . NORMAL
GASTRO - INTESTINAL: NORMAL
GINECOLOGICO:. . . . NORMAL
UROLOGICO: . . . . . NORMAL

SIGNOS VITALES:

FREC CARDIACA: . . .105 latidos por Min.
FREC RESPIRATORIA: .22 Resp. por Min.
TEMPERATURA: . . . .35.7 C.
TENSION ART: . . . .90/60 mmHg
TENSION ART. MEDIA:.70
SAT. DE OXIGENO: . .99 %
PESO:. . . . . .14 Klg.
TALLA: . . . . . .95 cm.
IMC: 15.5

EXAMEN FISICO:

PERIMETRO CEFALICO: 48
PERIMETRO TORAXICO: 52
SINTOMATICO DE PIEL:. . . . No
SINTOMATICO RESPIRATORIO: . No
SINDROME FEBRIL:. . . . . No
SINTOMATICO NERV. PERIF:. . No
ESTADO NUTRICIONAL: . . . . BUENO
CABEZA: . . . . . NORMOCEFALO SIN LESIONES
OJOS: . . . . . ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS ROSADAS
OIDOS:. . . . . OTOSCOPIA NORMAL
NARIZ:. . . . . NORMAL
BOCA: . . . . . MUCOSA ORAL HIDRATADA, ROSADA, SIN LESIONES
OTORRINOLARINGOLOGIA: . . . SIN ALTERACIONES
CUELLO: . . . . . MOVIL, SIN MASAS NI ADENOPATIAS
TORAX: . . . . . SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES
PULMONAR: . . . . . CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN, SOBREAGREGADOS
PERFUSION:. . . . . NORMAL
ABDOMEN:. . . . . BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSA, NO MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: . . . . . SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMAS, RANGOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD.
COLUMNA:. . . . . NORMAL
PERIMETRO BRAQUIAL. . . . 16
EVALUACION ANOGENITAL:. . . NO SE VALORA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL . NORMAL
SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: NORMAL

Foc Impresion: 24/05/2025 08:35:19 a. m. Usuario: YOLIMAJ Infosalud Nct

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9
Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.

HISTORIA CLINICA PRIMERA INFANCIA.

Folio No: 1482486 Admision No: 1442991

PACIENTE: MADROÑERO BARRAGAN BRITHANY SOF **E.CIVIL:** Soltero FECHA ATENCION: 24/05/2025 07:41 a. m.
IDENTIFICACION: RC1122343999 **EDAD:** 3 Años 13 Dias
No HISTORIA: 1122343999 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 32322944
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 11/05/2022 **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** prados

Z001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

GENITOURINARIO. . . . . NORMAL
NEUROLOGICO:. . . . . SIN DEFICIT APARENTE
PIEL: . . . . . SIN LESIONES
FANERAS:. . . . . BUEN ESTADO GENERAL

FACTORES DE RIESGO SALUD MENTAL:

Sospecha de Maltrato Fisico:. . . . . NO
Sospecha de Violencia Sexual. . . . . NO
Sospecha de Violencia Intrafamiliar:. . . NO
Conducta Agresiva o Violenta: . . . . . NO
Sintomatologia Depresiva: . . . . . NO
Sintomatologia de Ansiedad: . . . . . NO
Ideas o Intento de Suicida: . . . . . NO
Consumo de Alcohol Sustancias Psicoactivas: NO
Pensamientos o Ideas Incoherentes:. . . . NO

EXAMEN MENTAL:

Apariencia General. BUEN ESTADO GENERAL
Actitud:. . . . . COLABORADOR
Atencion: . . . . . EUPROSEXICA
Conciencia: . . . . ALERTA
Orientacion:. . . . ORIENTADO AUTO Y ALOPSIQUICAMENTE
Lenguaje: . . . . . CLARO, TONO ADECUADO
Afecto: . . . . . MODULADO,EUTIMICO
Memoria:. . . . . CONSERVADA RECIENTE Y REMOTA
Pensamiento:. . . . COHERENTE
Habito: . . . . . NORMAL
Sueño:. . . . . NORMAL
Alimentacion: . . . ADECUADA
Inteligencia: . . . PROMEDIO
Retardo Mental: . . NO
Introspeccion:. . . POSITIVA
Prospeccion:. . . . POSITIVA
Somatizaciones: . . NO
Observaciones:. . . NINGUNA

VERIFICA SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL:

Puede beber o tomar de pecho:[SI] Letargico o Inconsciente:[NO]
Vomita Todo:. . . . . .[NO] Convulciones:. . . . . [NO]

TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?:

DIAGNOSTICO:. . . . . .NO TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR
PRIMER EPISODIO SIBILANCIA. . .NO
SIBILANCIAS RECURRENTES . . . .NO
CUADRO GRIPAL PREVIO. . . . . .NO
ANTECEDENTES PREMATUREZ . . . .NO
TIRAJE SUBCOSTAL. . . . . .NO
ESTRIDOR. . . . . .NO
APNEA:. . . . . .NO
RESPIRACCION RAPIDA . . . . . .NO
SA02<92%(90% ALTURA >2500MSNM):NO
SIBILANCIAS:. . . . . .NO

TIENE DIARREA?:

DIAGNOSTICO:. . . . . .NO TIENE DIARREA
HAY SANGRE EN LAS HECES:. . . . .NO
TIENE VOMITO: . . . . . .NO
No VOMITO EN LAS ULTIMAS 4HORAS .NO
No DE DEPOSICIONES ULT 24 HORAS .NO
LETARGICO O COMATOSO. . . . . .NO
OJOS HUNDIDOS:. . . . . .NO
BEBE MAL O NO PUEDE BEBER:. . . .NO
PLIEGUE CUTÀNEO MUY LENTO:. . . .NO
INTRANQUILO IRRITABLE:. . . . . .NO
BEBE AVIDAMENTE CON SED:. . . . .NO
LENTO (2 SEG. O MENOR). . . . . .NO

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9

Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.

HISTORIA CLINICA PRIMERA INFANCIA.

Folio No: 1482486 Admision No: 1442991

PACIENTE: MADROÑERO BARRAGAN BRITHANY SOF **E.CIVIL:** Soltero FECHA ATENCION: 24/05/2025 07:41 a. m.
IDENTIFICACION: RC1122343999 **EDAD:** 3 Años 13 Dias
No HISTORIA: 1122343999 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 32322944
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 11/05/2022 **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** prados

Z001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

TIENE FIEBRE?:

DIAGNOSTICO:. . . . . .NO TIENE FIEBRE
FIEBRE +5 DIAS TODOS LOS DIAS .NO
FIEBRE MAS DE 39 C. . . . . .NO
VIVE/VISITO LOS ULT 15 DIAS . .NO
RIGIDEZ DE NUCA . . . . . .NO
APARIENCIA ENFERMO GRAVE. . . .NO
RESPUESTA SOCIAL:. . . . . .NORMAL
PIEL: . . . . . .NORMAL
ERUPCION CUTANEA: . . . . . .NO
POSTRACION. . . . . .NO
ASPECTO TOXICO. . . . . .NO
MANIFESTACION CON SANGRADO. . .NO
PRUEBA TORNIQUETE(+)LIPOTIMIA .NO
DISMINUCION DIURESIS. . . . . .NO

TIENE PROBLEMA DE OIDO?:

DIAGNOSTICO: . . . . . .NO TIENE OTITIS MEDIA
TIENE DOLOR DE OIDO. . . . . .NO
NUMERO DE EPISODIOS PREVIOS. . . . . .NO
SUPURACION DE OIDO . . . . . .NO
TIMPANO ROJO Y ABOMBADO. . . . . .NO
TUMEFACCION DOLOROSA AL TACTO, DETRAS DE LA OREJA.NO

TIENE UN PROBLEMA DE GARGANTA?:

DIAGNOSTICO: NO TIENE FARINGOAMIGDALITIS
Tiene dolor de Garganta.....[NO]
Ganglios del cuerpo crecidos y dolorosos...[NO]
Exudado Blanco - Eritema.....[NO]

EN SEGUIDA, VERIFICAR LA SALUD BUCAL?:

DIAGNOSTICO: . . . . . .BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL
TIENE DOLOR EN ALGUN DIENTE? . . . . . .NO
TIENE DOLOR EN LA BOCA?. . . . . .NO
TRAUMA EN LA CARA O BOCA ? . . . . . .NO
TIENE PADRES O HERMANOS CON CARIES . . . . . .NO
QUIEN CEPILLA LOS DIENTES DEL NIÑO:. . . . . .MADRE
UTILIZA SEDA DENTAL. . . . . .NO
CUANTAS VECES POR DIA CEPILLA LOS DIENTES: 3
CUANDO FUE LA ULTIMA CITA ODONTOLOGICA:. . . . . .PENDIENTE
INFLAMACION DOLOROSA DEL LABIO EXUDADO PURULENTO EN ENCIA.NO
ENNOBLESIMIENTO INFLAMACION LOCALIZADA/DEFORMIDAD EN ENCIA.NO
CARIES CAVITACIONALES. . . . . .NO
VESICULAS. . . . . .NO
ULCERAS. . . . . .NO
MANCHAS BLANCAS. . . . . .NO
MANCHAS CAFES. . . . . .NO
TRAUMA . . . . . .NO
FRACTURA . . . . . .NO
CONTUSION. . . . . .NO
SUBLUXACION. . . . . .NO
LUXACION . . . . . .NO
EDEMA Y ERITEMA ENCIA. . . . . .NO
PLACAS EN: . . . . . .NO
PLACA BACTERIANA . . . . . .NO
AVULSON DIENTE . . . . . .NO
TEMPORAL . . . . . .NO
PERMANENTE . . . . . .NO
USA BIBERON. . . . . .NO

VERIFICAR SI TIENE DESNUTRICION:

DIAGNOSTICO: . . . . . .ADECUADO CRECIMIENTO
SIGNOS DE EMACIACION VISIBLE .NO
APARIENCIA DEL NIÑO: . . . . .BUEN ESTADO GENERAL
EDEMA EN AMBOS PIES: . . . . .NO

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9
Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.
HISTORIA CLINICA PRIMERA INFANCIA.

Folio No: 1482486 Admision No: 1442991

PACIENTE: MADROÑERO BARRAGAN BRITHANY SOF **E.CIVIL:** Soltero FECHA ATENCION: 24/05/2025 07:41 a. m.
IDENTIFICACION: RC1122343999 **EDAD:** 3 Años 13 Dias
No HISTORIA: 1122343999 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 32322944
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 11/05/2022 **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** prados

Z001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO
PESO PARA LA EDAD DE:. . . . .ADECUADO
TALLA PARA LA EDAD DE: . . . .ADECUADO
PESO PARA LA TALLA:. . . . . .ADECUADO
IMC/EDAD:. . . . . .ADECUADO
TENDENCIA DE PESO: . . . . . .ASCENDENTE

VERIFICAR SI TIENE ANEMIA:

DIAGNOSTICO: NO TIENE ANEMIA
A RECIBIDO HIERRO EN LOS ULITMOS SEIS MESES . . . . . .NO
CUANDO?. . . . . CUANTO TIEMPO?. . . .
PALIDEZ PARLMAR: .NO PALIDEZ CONJUNTIVAL .NO

EN SEGUIDA, VERIFICAR SI TIENES MALTRATO:

DIAGNOSTICO:. . . . . .NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO
VIVE EN SITUACION DE CALLE ?. . . . . .NO
LESION FISICA SUGESTIVA DE MALTRATO ? . . . . . .NO
PRESENTA LESIONES EN GENITALES O ANO O INFECCION ?. . . . . .NO
EXISTE DISCREPANCIA ENTRE LA HISTORIA/DESARROLLO Y LESIONES .NO
EXPRESA ESPONTANEAMENTE SER VICTIMA DE MALTRATO ? . . . . . .NO
EXPRESIONES DE ACTIVIDAD SEXUAL INAPROPIADAS PARA LA EDAD:. .NO
ALTERACIONES EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS CUIDADORES ? . . . .NO
ESTA DESCUIDADO EN SU HIGIENE - EN SALUD ?. . . . . .NO

EN SEGUIDA, EVALUAR EL DESSARROLLO:

DIAGNOSTICO: . . . . . DESARROLLO NORMAL
TIENE ALGUN ANTECEDENTE IMPORTANTE EN DESARROLLO NO
AUSENCIA DE 1 2 3 4 CONDICIONES PARA LA EDAD:. . NO
PERIMETRO CEFALICO:. 48
TIENE ALGUN FACTOR DE RIESGO:. . . . . NO

VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACION:

NO HAY SOSPECHA DE DE MALTRATO.

VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACION:

BIOLOGICO	DOSIS

EVALUAR ALIMENTACION EN EL MAYOR DE 6 MESES:

PROBLEMA DE ALIMENTACION DETECTADO:. . . . . NO TIENE PROBLEMAS DE ALIMENTACION
RECIBE LECHE MATERNA ? . . . . . NO
RRECIBE EL MENOR DE 6 MESES OTRA LECHE O ALIMENTOS ? NO
UTILIZA BIBERON: . . . . . NO
EN CASO DE NO LACTAR INDAGAR:. . . . . EDAD DE LA PACIENTE
OTROS PROBLEMAS DETECTADOS:. . . . . NO

EVALUAR EPILEPSIA INFANTIL:

- DIAGNOSTICO:. . . . . NO TIENE EPILEPSIA
- PRESENTA ALGUN SINTOMA ANTES DE INICIAL LA CRISIS(AURA) COMO MIEDOS, DESVIACION DE CAVEZA U OJOS HACIA UN LADO, HORMIGUEO, INCAPACIDAD PARA HABLAR, VISION BORROSA? . . . NO
- PIERDE LA CONCIENCIA DURANTE LOS EPISODIOS? . . . . . NO
- PRESENTA MIRADA FIJA, PARPADEO O FALTA DE RESPUESTA DURANTE EL EPISODIO?. . . . . NO
- PRESENTA MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS ANORMALES, INCONTROLADOS, SACUDIDAS O SOBRESALTOS MUSCULARES?. . . . NO
- PRESENTA AUTOMATISMOS COMO DEGLUCION, CHUPETEO, SABOREO O MOVIMIENTOS RESPETIVOS SIN PROPOSITOS CON LAS MANOS?. . NO
- PRESENTA SINTOMAS POST-ICTALES? . . . . . NO
- CUANTO DE DURAN LAS CIRIS . . . . . NO
- CUANTOS EPISODIOS HA PRESENTADO EN LOS ULTIMOS 12 MESES?. NO
- CUANDO FUE LA ULTIMA CRISIS?. . . . . NO
- LAS CRISIS OCURREN SOLO CON FIEBRE? . . . . . NO
- LOS EPISODIOS OCURREN SOLO ASOCIADOS A LLANTO, ALIMENTACION, ANSIEDAD O TRAUMAS LEVES DE CRANEO? . . . . NO

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9
Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.
HISTORIA CLINICA PRIMERA INFANCIA.

Folio No: 1482486 Admision No: 1442991

PACIENTE: MADROÑERO BARRAGAN BRITHANY SOF **E.CIVIL:** Soltero
IDENTIFICACION: RC1122343999 **EDAD:** 3 Años 13 Dias
No HISTORIA: 1122343999 **SEXO:** Femenino
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 11/05/2022
REGIMEN: Subsidiado

FECHA ATENCION: 24/05/2025 07:41 a. m.
TELEFONO: 32322944
MUNICIPIO: SAN MIGUEL LA DORADAPUT
DIRECCION: prados

Z001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

- TIENE ALGUN ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA? . . . . . NO
  SE ENCUENTRA DURANTE LA CONSULTA EN CRISIS? . . . . . NO
- NIVEL DE CONCIENCIA:. . . . . NO
- PRESENTA DURANTE LA CONSULTA 2 O MAS EPISODIOS DE
  CRISIS SIN RECUPERACION DE LA CONCIENCIA ENTRE ELLOS. . . NO
- SIGNOS Y SINTOMAS NEUROLOGICOS DE APARICION
  AGUDA O PROGRESIVA: . . . . . NO

EVALUAR TUBERCULOSIS:

DIAGNOSTICO:. . . . . No tiene tuberculosis
TIENE CONTACTO CON PERSONAS CON TUBERCULOSIS: . . . . . No
TIENE TOS PERSISTENTE POR MAS DE 21 DIAS: . . . . . No
TIENE FIEBRE MAS DE 14 DIAS . . . . . No
HA PERDIDO O NO HA GANADO PESO EN LOS ULTIMOS 3 MESES . . . No
TIENE ADENOMEGALIA MAYOR DE 2x2 cm DESDE HACE MAS DE 4 SEM. No
PRIMERA CONSULTA? . . . . . No
BPD FECHA APLICACION. . . . . No
RX TORAX: . . . . . No
SIGNO GENERAL DE PELIGRO: . . . . . No
MANTOUX EN LA NUCA. . . . . No
COMPORTAMIENTO ANORMAL RECIDENTE. . . . . No
[illegible]AJE SUBCOSTAL. . . . . No
[illegible]FECCION POR VIH/SIDA. . . . . No
[illegible]DESNUTRICION GRAVE. . . . . No
CULTIVO DE JUGO GASTRICO POSITIVO PARA TB . . . . . No
BACILOSCOPIA POSITIVA PARA TB . . . . . No
HISTOPATOLOGIA POSITIVA PARA TB. . . . . No
PCR POSITIVA PARA TB. . . . . No
OBSERVACIONES . . . . . No

EVALUAR CANCER INTANTIL:

DIAGNOSTICO:. . . . . Poca Probabilidad de Cancer
A TENIDO FIEBRE POR MAS DE 7 DIAS Y/C SUDORACION IMPORTANTE? . No
PRESENTA RECIENTEMENTE DOLOR DE CABEZA QUE HA IDO EN AUMENTO? . No
DESPIERTA EL DOLOR DE CABEZA AL NIÑO EN LA NOCHE? . . . . . No
SE ACOMPAÑA DE ALGUN OTRO SINTOMA COMO VOMITO?. . . . . No
PRESENTA DOLORES DE HUESOS EN EL ULTIMO MES . . . . . No
HA PRESENTADO CAMBIOS COMO PERDIDA DE APETITO, PERDIDA DE PESO O FATIGA EN LOS ULTIMOS 3 MESESNo
PETEQUIAS, EQUIMOSIS O SANGRADO . . . . . No
PALIDEX PALMAR Y/O CONJUNTIVAL: . . . . . No
GANGLIOS TAMAÑO > 2,5 CM. . . . . No
SIGNOS Y SINTOMAS NEUROLOGICOS FOCALES DE APARICION AGUDA O PROGRESIVA:No
PRESENCIA DE MASA PALPABLE ABDOMINAL. . . . . No
HEPATOMEGALIA Y/O ESPLENOMEGALIA. . . . . No
AUMENTO DE VOLUMEN EN ALGUNA REGION DEL CUERPO. . . . . No
OBSERVACIONES:. . . . . No

TAMIZAJE NEONATAL:

[illegible]ITIVO:. . . . . NORMAL
[illegible]IZAJE DE CARDIOPATIA CONGENITA: . NO

RUTINA DE HABITOS SALUDABLES:

SUEÑO:. . . . . NORMAL
BAÑO. . . . . DIARIO
CAMBIO DE PAÑAL . . . . . NO USA
LAVADO DE MANOS:. . . . . SI APLICA
CUIDADOR: . . . . . MADRE
CUIDADO BUCAL Y CEPILLADO DE DIENTES: SI APLICA
AUTOPROTECCION: . . . . . SI
EVOLUCION DE CONTROL DE ESFINTERES: . ADECUADA PARA LA EDAD
LIMPIEZA DEL AREA PERINEAL: . . . . . SI
JUEGO CON MOVIMIENTOS ACTIVOS:. . . . SI

PRACTICAS DE CRIANZA Y CUIDADO:

FORMAS DE COMUNICACION CON EL NIÑO:. . . . . VERBAL, GESTUAL
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO: . . . . . SI

Foc Impresion: 24/05/2025 08:35:19 a. m. Usuario: YOLIMAJ Infosalud Net

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9
Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.
HISTORIA CLINICA PRIMERA INFANCIA.

Folio No: 1482486 Admision No: 1442991

PACIENTE: MADROÑERO BARRAGAN BRITHANY SOF **E.CIVIL:** Soltero FECHA ATENCION: 24/05/2025 07:41 a. m.
IDENTIFICACION: RC1122343999 **EDAD:** 3 Años 13 Dias
No HISTORIA: 1122343999 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 32322944
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 11/05/2022 **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** prados

Z001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

RELACION CON LA FAMILIA: . . . . . BUENA
CREENCIA PRACTICAS SOBRE LA DISCIPLICA PARA CORREGIR: SI
VIVENCIA DE VIOLOENCIA EN EL HOGAR: . . . . . NO
PREVENCION DE ACCIDENTES: . . . . . SI
RELACION ENTRE LOS PADRES:. . . . . NO

DESARROLLO DEL LENGUAJE HABLA:

CON RETRASO PARA SU EDAD, NO VOCALIZA Y SE COMUNICA MEDIANTE SEÑAS

PLAN DE CUIDADO:

SE REALIZA EVALUACIÓN CON EAD3 CON UN DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD EN LAS ÁREAS DE: MOTRICIDAD GRUESA, FINODADPTATIVA, AUDICION/LENGUAJE Y PERSONAL SOCIAL. EN LA APLICACION DEL TEST DE VALE SE EVALUA RESPUESTAS POSITIVAS POR LO CUAL: "PASA". APGAR FAMILIAR CON FUNCIONALIDAD NORMAL, DE ACUERDO A REFERENCIA DE MADRE, CUESTIONARIO M-CHAT CON RIESGO BAJO.
SE BRINDA EDUCACIÓN A LA MADRE EN CUANTO A CUMPLIMIENTO DE LOS CONTROLES DE PRIMERA INFANCIA SEGUN EDAD, CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA MANTENER LA SALUD DEL MENOR DE IGUAL FORMA SE RECOMIENDA CARGAR UNA CARPETA CON LOS CARNETS DEL MENOR, ESPECIALMENTE EL DE PRIMERA INFANCIA Y VACUNACION Y PRESENTARLOS EN TODOS LOS CONTROLES CON MEDICO O ENFERMERA. SE RECOMIENDA BRINDAR AL MENOR ALIMENTOS RECIEN PREPARADOS CON ALIMENTACION NUTRITIVA Y BALANCEADA DENTRO DE 7 GRUPOS ALIMENTARIOS, EVITAR CONSUMIR AGUA QUE NO SEA POTABLE SE ENFATIZA EN HERVIR EL AGUA PARA EL CONSUMO DE LA FAMILIA, EVITAR EL CONSUMO DE ALIMENTOS GRASOSOS, CONTROLAR EL CONSUMO DE DULCES, SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE PREVENIR ENFERMEDADES DE LA INFANCIA A TRAVES DE LAS VACUNAS, Y PREVENCIÓN DE EDA Y ERA. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL Y MALTRATO INFANTIL, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR, VACUNACIÓN, HIGIENE ORAL Y CORPORAL, PAUTAS DE CRIANZA Y BUEN TRATO, FORTALECIMIENTO DE VÍNCULO AFECTIVO Y FAMILIAR (FOMENTO DEL BUEN TRATO; BRINDÁNDOLE AMOR, JUEGO DIARIO, AFECTO, DIALOGO; PAUTAS PARA CORREGIR A SU HIJO A TREVES DEL DIALOGO, PROHIBIRLE ALGUNAS ACTIVDADES COMO SU PROGRAMA DE TELEVISIÓN, JUGUETE PREFERIDO, O PASEO, EXPLICÁNDOLE SOBRE LO QUE ESTA MAL Y NO DEBE VOLVER A HACERLO PARA NO USAR CASTIGO FÍSICO). ESTIMULACIÓN EN CONDUCTAS DE ESCALA ABREVIDA DEL DESARROLLO, SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA AIEPI COMO: FIEBRE, DIARREA, CONVULSIONES, NO COME NADA, IRRITABILIDAD DIARREA, VOMITO O TODO LO QUE COME LO VOMITA, LLANTO ANORMAL, POCA MOVILIDAD DE LOS BRAZOS Y PIERNAS, NO REACCIONA ANTE SONIDOS FUERTES, LETÁRGICO, FIEBRE QUE NO CEDE CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS, CONVULSIONES O ATAQUES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR O HUNDIMIENTO DE COSTILLAS, IRRITABILIDAD, ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS.
***SE FORMULA ADMINISTRACIÓN DE ALBENDAZOL YA QUE HAN PASADO MÁS DE 6 MESES DESDE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE DESPARASITÓ AL MENOR, VITAMINA A, ADEMÁS DE HIERRO SUPLEMENTARIO, VACUNACIÓN COMPLETO ESQUEMA PARA LA EDAD. REMITE A SERVICIO DE ODONTOLOGIA E HIGIENE ORAL; ***
DESARROLLO Y CRECIMIENTO ESPERADO PARA LA EDAD, SE FELICITA A LA MADRES Y SE BRINDAN RECOMENDACIONES Y CUIDADOS CON EL MENOR

ESCRIBIR LAS RECOMENDACIONES Y ORIENTACION:

CUANDO VOLVER DE INMEDIATO AL SERVICIO (Sisgnos de Alarma).SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL: RESPIRACIÓN RÁPIDA O ANORMAL(SE LE HUNDEN LAS COSTILLAS), LABIOS O MANOS MORADAS, BOCA SECA, LLANTO DÉBIL, MUY SOMNOLIENTO, VÓMITA TODO LO QUE COME, HAY SANGRE Y MOCO EN LAS HECES, ES INCAPAZ DE BEBER EL ALIMENTO, OJOS HUNDIDOS, CONVULSIONES O MOVIMIENTOS ANORMALES. FIEBRE, CONSULAR DE INMEDIAATO POR URGENCIAS.
CUANDO VOLVER A CONSULTA DE CONTRO. ?. . . . SI PRESENTA ALGUN SIGNO DE ALARMA DEBE CONSULTA DE, INMEDIATOA A SU CENTRO DE SALUD MAS CERCANO
RECIBIO VITAMINA EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . NO
RECIBIO ALBENDAZOL EN LOS ULTIMOS 6 MESES . NO
RECIBIO HIERRO EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . NO
TRATAMIENTO. . . . . NO
EVOLUCION EN EL SERVICIO:. . . . . NORMAL
PAUTAS PARA EL DESARROLO DEL MENOR . . . . . Esrtimular en las actividades que aun no desarrolla la menor segun escala abreviada del desarrollo

INTERVENCION DE MEDICINA FAMILIAR

BUEN VINCULO FAMILIAR Y CON CONDICIONES DE VIDA FAVORABLES. SE BRINDA EDUCACION SOBRE DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS, ADEMAS DE LAVADO DE LAS MANOS, LAVAR LOS ALIMENTOS ANTES DEL CONSUMO.
ASISTIR DE INMEDIATO POR URGENCIAS: SI PRESENTA BOCA SECA, DECAIMIENTO MARCADO, SOMNOLENCIA, OJOS HUNDIDOS, LLANTO SIN LÁGRIMAS, DEPOSICIONES LÍQUIDAS, AUMENTO EN CANTIDAD O FRECUENCIA DE LAS DEPOSICIONES, PRESENCIA DE SANGRE EN LA MATERIA FECAL, FIEBRE Y/O VÓMITO, NO ACEPTA NINGÚN ALIMENTO O NO BEBA NADA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, RESPIRACIÓN RÁPIDA, HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLAS AL RESPIRAR, CAMBIOS EN LA COLOPACIÓN DE LA PIEL, CONVULSIONES (LE DAN ATAQUES)
SIGNOS DE ALARMA AIEPI: ¿NO PUEDE BEBER NI COMER ?, ¿VOMITA TODO ?, ¿EMPEORA O NO SE VE BIEN ?, ¿APARECE FIEBRE?

CUESTIONARIO M-CHAT:

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9

Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.

HISTORIA CLINICA PRIMERA INFANCIA.

Folio No: 1482486 Admision No: 1442991

PACIENTE: MADROÑERO BARRAGAN BRITHANY SOF **E.CIVIL:** Soltero FECHA ATENCION: 24/05/2025 07:41 a. m.
IDENTIFICACION: RC1122343999 **EDAD:** 3 Años 13 Dias
No HISTORIA: 1122343999 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 32322944
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 11/05/2022 **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** prados

2001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (Por ejemplo, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?) SI NO	Si
Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	Si
Su hijo/a hace o realiza juegos de fantasía o imaginación? (Por ejemplo, hace como que bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche...) SI NO	Si
A su hijo le gusta subirse a cosas? (Por ejemplo, a una silla, escaleras, o tobogán...)	Si
Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (Por ejemplo, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual) SI NO	Si
Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (Por ejemplo, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)	Si
Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (Por ejemplo, señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle) SI NO	Si
Su hijo/a se interesa en otros niños? (Por ejemplo, mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca)	Si
Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea -- no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (Por ejemplo, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete)	Si
Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (Por ejemplo, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)	Si
Cuándo usted sonríe a su hijo/a, él o ella también le sonríe? SI NO	Si
Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (Por ejemplo, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)	No
[illegible] hijo/a camina solo? SI NO	Si
[illegible]ijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?	Si
Su hijo/a imita sus movimientos? (Por ejemplo, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?) SI NO	Si
Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	Si
¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (Por ejemplo, busca que usted le haga un cumplido, o le dice mira ó mírame) SI NO	Si
¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (Por ejemplo, si usted no hace gestos, ¿su hijo/a entiende pon el libro encima de la silla o tráeme la manta?)	Si
Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (Por ejemplo, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?) SI NO	Si

AGUDEZA VISUAL:

	OJO IZQUIERDO	OJO DERECHO
Vision Lejana	-	-
Vision Cercana	-	-
Agudeza Visual Lejana:	Riesgo no evaluado	Riesgo no evaluado
Observaciones:	PACIENTE CON RETRASO EN EL LENGUAJE Y SE LE DIFICULTA LA IDENTIFICACION DE LAS FIGURAS	
Conducta:	SE SUGIERE REALIZAR TAMIZAJE EN PROXIMO CONTROL	

FACTOR DE RIESGO PERDIDA AUDITIVA EN PREESCOLARES:

Infecciones del oido	No
Malformacion anatomica auricular	No
Exposicion a ruido de alta intensidad	No
Transtorno auditivo por cambios presion atmosferica	No
Traumas en zona temporal de la cabeza	No
Respuestas auditivas disminuidas	No
Sensacion de presion o dolor en el oido	No
Antecedente de supuracion de los oidos	No
Estenosis de conducto auditivo externo	No

Fec Impresion: 24/05/2025 08:35:19 a. m. Usuario: YOLIMAJ Infosalud Nct

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9
Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.
HISTORIA CLINICA PRIMERA INFANCIA.

Folio No: 1482486 Admision No: 1442991

PACIENTE: MADROÑERO BARRAGAN BRITHANY SOF **E.CIVIL:** Soltero FECHA ATENCION: 24/05/2025 07:41 a. m.
IDENTIFICACION: RC1122343999 **EDAD:** 3 Años 13 Dias
No HISTORIA: 1122343999 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 32322944
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 11/05/2022 **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** prados

Z001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

Audicion fluctuante	No
Problemas de socializacion	No
Transtornos del comportamiento	No
Trauma craneoencefalico	No
Ingesta de sustancias toxicas	No
Fallas de compresion auditiva	No
Antecedente familiar de sordera	No
Bajo peso al nacer	No
Espectro Oculo-Auriculo-Vertebral o Sindrome de Goldenhar	No
Labio y/o paladar hendido	No
Malformacion anatomica auricular y/o CAE	No
Incompatibilidad sanguinea (RH)	No
Procesos bacterianos tratados con antibioticos aminoglucosidos (ototoxicos)	No
Procesos virales prenatales	No
Bajo rendimiento academico	No
Retraso del desarrollo motor o del lenguaje	No
Secuelas de meningitis	No
Sindrome de Down	No
Sindromes relacionados con desordenes auditivos-vestibulares	No
Transtorno respiratorio	No
Traumas perinatales	No

ENCUESTA COVID:

Ha tenido fiebre los últimos 14 días?	No
Ha tenido tos persistente los últimos 14 días?	No
Dificultad respiratoria. (Si/No)	No
Dolor de garganta. (Si/No)	No
Fatiga / Adinamia. (Si/No)	No
Usted tiene algún factor de riesgo como: Mayor de 60 años, trabajador de salud, inmunosuprimido, embarazada, enf crónica u otros. (Si/No)	No
Tiene ira (Si cumple con uno de los criterios indagados marque Si). (Si/No)	No
Ha estado en lugares donde se presentan casos confirmados de COVID-19?	No
Ha estado en contacto con personas diagnosticadas con COVID-19?	No
Utiliza permanentemente el Tapa Bocas y realiza lavado de manos frecuentemente?	No
Caso probable Covid-19 (Si cumple con criterios). (Si/No)	No
Remisión en caso probable Covid-19. (Si/No)	No

TRATAMIENTO

PACIENTE CON DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD
BUEN ESTADO NUTRICIONAL

CON UN Z-SCORE:
P/T:-0.36 PESO ADECUADO PARA LA TALLA
P/E:00.15 PESO ADECUADO PARA LA EDAD
T/E:00.82 TALLA ADECUADO PARA LA EDAD

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9

Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.

HISTORIA CLINICA PRIMERA INFANCIA.

Folio No: 1482486 Admision No: 1442991

PACIENTE: MADROÑERO BARRAGAN BRITHANY SOF **E.CIVIL:** Soltero
IDENTIFICACION: RC1122343999 **EDAD:** 3 Años 13 Dias
No HISTORIA: 1122343999 **SEXO:** Femenino
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 11/05/2022
REGIMEN: Subsidiado

FECHA ATENCION: 24/05/2025 07:41 a. m.

TELEFONO: 32322944
MUNICIPIO: SAN MIGUEL LA DORADAPUT
DIRECCION: prados

Z001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

SE REDIRECCIONA A SERVICIO DE ODONTOLOGIA E HIGIENE ORAL
SS TERAPIA DE FONOAUDIOLOGIA POR PRESENTAR PROBLEMAS DE LENGUAJE EN LA ESCALA EAD
ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO
SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR ESPECIFICADOS PREVIAMENTE
SE DILIGENCIA CARNET PRIMERA INFANCIA
PROXIMO CONTROL 11/05/2026 CON ENFERMERIA A LOS 4 AÑOS

INSTRUMENTO VALE:

CONDICIONES PERINATALES:

RANGO	DESCRIPCION	VALOR
Menores de 2 años	Bajo peso al nacer (menor de 1500 gr)"	No
Menores de 2 años	Nació antes de las 30 semanas de gestación (Prematuro extremo)"	No
Menores de 2 años	Estancia superior a 30 días en la unidad de cuidados intensivos neonatales"	No
Todas las edades	¿Antes, durante o poco después del nacimiento hubo alguna complicación? (escribir la descripción del padre o acudiente):"	No
Todas las edades	¿El niño / niña ha sido diagnosticado(a) con alguna condición de salud? ¿cuál diagnóstico? (escribir el reporte del padre o acudiente)"	No
Todas las edades	¿Hay alguna condición de riesgo social (maltrato, abandono, otras) en la que se encuentre el niño? (escribir el reporte del padre o acudiente)"	No
Todas las edades	¿El niño presenta dificultades en el aprendizaje de la lectura y la escritura o en su desempeño escolar? (escribir el reporte del padre o acudiente)"	No

CONDICIONES ESTRUCTURALES:

DESCRIPCION	PRESENCIA	INTEGRIDAD
Orejas:	Si	Si
Labios:	Si	Si
Lengua:	Si	Si
Nariz:	Si	Si
Paladar:	Si	Si
Ojos:	Si	Si
Dientes (acorde a la edad):	Si	Si
Cuello:	Si	Si
Hombros:	Si	Si

SISTEM DE VALORACION:

DESCRIPCION	PREGUNTA	VALOR
¿El niño/a utiliza palabras como Mío, tuyo, suyo, etc. cuando se le pregunta a quién pertenece algún objeto conocido, por ejemplo: De quién es esta camisa, ¿de quién es este muñeco?	C: El evaluador observa que el niño/a utiliza al menos dos posesivos como Mío, tuyo, suyo, etc. cuando se le pregunta a quién pertenece algún objeto conocido.	Si
¿El niño/a se mueve, se emociona, canta, aplaude, cuando le ponen música?	E: El evaluador pone música y observa que el niño/a trata de acompañarla con algún movimiento.	Si
¿El niño/a muerde alimentos duros (por ejemplo, galletas) y los come sin atorarse?	E: El evaluador le da al niño/a una galleta y observa si hace buena masticación y no se atora o tose al tragar.	Si
¿El niño/a se muestra interesado por comunicarse, por interactuar, conversar y jugar con otros niños de su edad, en diferentes situaciones?	I: En interacciones comunicativas naturales entre pares, el evaluador observa interés en el niño/a por comunicarse, interactuar, conversar, y jugar con otros niños de su edad.	Si

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9
Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.
HISTORIA CLINICA PRIMERA INFANCIA.

Folio No: 1482486 Admision No: 1442991

PACIENTE: MADROÑERO BARRAGAN BRITHANY SOF **E.CIVIL:** Soltero FECHA ATENCION: 24/05/2025 07:41 a. m.
IDENTIFICACION: RC1122343999 **EDAD:** 3 Años 13 Dias
No HISTORIA: 1122343999 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 32322944
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 11/05/2022 **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** prados

Z001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

VALORACION VESTIBULAR:

DESCRIPCION	PREGUNTA	VALOR
V: El evaluador le solicita al niño/a que dé una vuelta sobre su propio eje y observa que mantiene el equilibrio	V: ¿El niño/a disfruta actividades de movimientos del cuerpo como columpiarse, girar, dar botes, saltar?	Si
V: El evaluador le solicita al niño/a que camine en línea recta y observa que puede hacerlo sin inclinarse hacia los lados.	V: ¿El niño/a camina recto, sin inclinarse hacia los lados y sin caerse constantemente?	Si

INTERPRETACION INSTRUMENTO VALE:

TOTAL PUNTOS: 0
INTERPRETACION: Pasa

ORDEN MEDICA

No	CODIGO	DESCRIPCION:	CANTIDAD:	DURACION
1	937000	TERAPIA DEL LENGUAJE. SESION	10	

Dra. Sara C. Mora B.
Médico General
RM: 1069738008

PROFESIONAL: MORA BOTELLO SARA CRISTINA
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
REGISTRO: 1069738008

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad DORADA - SAN MIGUEL

Nombre completo de la niña o niño BRITHANY SOFIA MADROÑERO

Fecha de nacimiento Día 11 Mes 05 Año 2022 **N° Documento de Identidad** 1122343999

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 20 Mes 05 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TOTISTAR ROIZ

Fecha de registro cualitativo Día 21 Mes 08 Año 2025

Rango de edad
0 a 6 meses ○ | 6 meses y 1 día a 12 meses ○ | 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ | 3 años y 1 día a 4 años ○ | 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ⊗

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo
Alerta ○ Esperado ⊗ Avanzado ○

Observaciones generales
LA NIÑA DURANTE ESTE PROCESO HA DEMOSTRADO LOGROS SIGNIFICATIVOS DE ACUERDO A SU EDAD; POR LO TANTO SE ENCUENTRA EN PERFIL DE DESARROLLO ESPERADO; SE HA EVIDENCIADO HABILIDAD DE DESPLAZAMIENTO, ESQUIVA PEQUEÑOS OBSTACULOS; FORMA FIGURAS CON AYUDA DE MATERIAL DIDACTICO; DA A CONOCER SUS NECESIDADES MEDIANTE UN LENGUAJE SENCILLO Y GESTOS.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TOTISTAR ROIZ

Fecha de registro cualitativo Día 21 Mes 11 Año 2025

Rango de edad
0 a 6 meses ○ | 6 meses y 1 día a 12 meses ○ | 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ | 3 años y 1 día a 4 años ○ | 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ⊗

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo
Alerta ○ Esperado ⊗ Avanzado ○

Observaciones generales
CUMPLIDO EN CUANTO TODOS LOS ITEM PROPUESTOS, LA NIÑA SE ENCUENTRA EN PERFIL DE DESARROLLO ESPERADO, YA QUE DE ACUERDO A SU EDAD DESARROLLA ACCIONES COMO: SALTAR OBSTACULOS, IDENTIFICAR ALGUNAS FIGURAS BASICAS RELACIONANDOLAS CON UN OBJETO, DA A CONOCER SUS EMOCIONES MEDIANTE GESTOS O LENGUAJE VERBAL SENCILLO.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad
0 a 6 meses ○ | 6 meses y 1 día a 12 meses ○ | 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ | 3 años y 1 día a 4 años ○ | 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo
Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Valoración Cualitativa	Relación con los demás														Relación consigo misma/o												Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																	
⇨	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: BRITHANY HARROÑERO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAR

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 20-05-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
24-11-25	LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE FUE A SOLICITAR LA CITA PARA CONTROL DE HIGIENE, PERO LE MANIFIESTAN QUE NO HAY AGENDA POR LO TANTO LE RECOMIENDAN ACERCAR AL HOSPITAL EL DIA MIERCOLES PARA AGENDAR EL DIA Y LA HORA DE CONTROL.	* LA DOCENTE RECOMIENDA A LA MADRE DE FAMILIA DIRIGIRSE EL DIA RECOMENDADO. PARA SOLICITAR LA CITA DE CONTROL A HIGIENE ORAL.		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: BRGITTNYS STHER. TORRES UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: Lilian Toledo

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
11-2025	A LAS 7:26 A.M. LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA CON LA DOCENTE DANDO A CONOCER QUE EL DIA DE HOY LA NIÑA NO ASISTIRÁ AL CDI., PORQUE AMANECIÓ CON UN OJITO INFLAMADO, DESCONOCE EL MOTIVO POR LO TANTO. LA LLEVARÁ DE URGENCIAS AL HOSPITAL PARA QUE LA VALOREN.	* LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD Y SOLICITA A LA MADRE DE FAMILIA ENVIAR HISTORIA CLINICA DE LA VALORACION. * ASI MISMO LA DOCENTE DA A CONOCER LA NOVEDAD A COORDINACION Y NUTRICIONISTA PARA SU RESPECTIVO SEGUIMIENTO.		Angie Vanessa Barragan

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11-11-2025	la nutricionista se comunica con la madre para saber el estado de la menor, la madre refiere que la niña amanece con una inflamación en el ojo la lleva al hospital por urgencias y el medico le manda medicamentos para la inflamación, debido a que presento una alergia no especifica. Se le recomienda seguir las recomendaciones sugeridas por el doctor y mantenerse en comunicación. Dta Un
12/11/25	Se intenta hacer comunicado con algun familiar de la menor, pero no hubo respuesta alguna via telefonica y escrita. Mas tarde a las 8:40 am la llega al COF, ya se evidencia que esta mejor, más estable, esta interactuando con los niños.
13/11/25	la niña ya se reintegra con Normalidad. Dta Un

3128538203 Rosa 40

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: BRITHANY MADROÑERO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA Tobar

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-05-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
12-11-25	A LAS 8:19 A.M. LA MADRE DE FAMILIA ENVIA MENSAJE POR WHATSAPP A LA DOCENTE. DANDO A CONOCER QUE HOY NO TRAERA A LA NIÑA, YA QUE AYER. DESPUÉS DE LLEGAR DEL CDI. PRESENTÓ DOLOR DE OIDO E INFLAMACION. MOTIVO POR EL CUAL LA LLEVÓ DE URGENCIAS PARA SER VALORADA POR EL MEDICO. REFIERE TAMBIEN QUE PERMANECIÓ HOSPITALIZADA, CANALIZADA CON MEDICAMENTO PARA EL DOLOR E INFLAMACION DEL OIDO; LE DAN SALIDA A LAS 2:00 P.M Y EN ESTE MOMENTO SE ENCUENTRA EN CASA AL CUIDADO DE LA MADRE DE FAMILIA.	* LA DOCENTE RECOMIENDA LOS CUIDADOS EN EL HOGAR. * ASI MISMO SOLICITA ENVIAR HISTORIA CLINICA Y COPIA DE FORMULA MEDICA. * LA DOCENTE REMITE LA NOVEDAD A NUTRICIONISTA PARA QUE SE REALICE SU RESPECTIVO SEGUIMIENTO		• Angie Vanesa Barragán

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
12-NOV-2025	Siendo las 3:30 pm se realiza llamada telefónica para conocer el estado de salud de la niña, a la llamada responde la señora Rosa quien manifiesta "la niña esta con medicamentos, no le hicieron lavado, solo le enviaron unas gotitas, me dijeron que no le haga caer agua al oído y que le tenga las uñas cortas, la niña ya esta mejor y mañana ya va al CDI", se brindan recomendaciones para el cuidado de la niña en casa. Angie Vanessa Barragán Edilma Reyes. Coordinadora.
13-11-25	EL DIA DE HOY LA NIÑA LLEGA EN COMPAÑIA DE SU HERMANA, QUIEN REFIERE QUE YA ESTA MEJOR CON LOS MEDICAMENTOS RECOMENDADOS POR EL MEDICO, PARA LA INFECCION, DOLOR E INFLAMACION DEL OIDO. SE OBSERVA A LA NIÑA CON BUEN ESTADO EMOCIONAL Y DE SALUD. Angie Vanessa Barragán DOCENTE

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: BRITHANY SOFIA MADROÑERO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAR

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-05-2025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
22-7-25	A LAS 7:54 AM. LA MADRE DE FAMILIA ENVIA UN MENSAJE DE VOZ. A LA DOCENTE DANDO A CONOCER QUE LA NIÑA SE ENCUENTRA CON VOMITO Y DAÑO DE ESTOMAGO, POR LO TANTO SOLICITA PERMISO POR EL DIA DE HOY Y SI MAÑANA ESTA MEJOR. LA TRAERA AL CDI.	* LA DOCENTE LE RECOMIENDA A LA MADRE DE FAMILIA, LLEVAR AL MEDICO SI LOS SINTOMAS ANTERIORMENTE MENCIONADOS PERSISTEN Y ASI EVITAR UNA DESHIDRATACION. * EN HORAS DE LA TARDE LA DOCENTE SE COMUNICARA CON LA MADRE DE FAMILIA, PARA SABER EL ESTADO DE SALUD DE LA NIÑA.	DOCENTE.	Jennifer Tatiana Cortés

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
5:30 P.M	EN HORAS DE LA TARDE LA DOCENTE SE COMUNICA CON LA MADRE DE FAMILIA QUIEN INFORMO QUE YA SE ENCUENTRA MEJOR. Y EL DIA DE MAÑANA YA ASISTIRA AL CDI.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: BRITHANY SOFIA MADROÑERO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAZ

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-05-2023

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
18-06-23	LA MADRE DE FAMILIA DA A CONOCER QUE EL DIA DE AYER 17 DE JUNIO LA NIÑA TERMINÓ SATISFACTORIA MENTE TERAPIA DE LENGUAJE. Y A LA ESPERA QUE LE AUTORICEN ORDENES PARA PEDIATRIA. Y ASI PODER SOLICITAR CITA PARA CONTROL.	* LA DOCENTE DA A CONOCER AL APOYO PSICOSOCIAL. SOBRE LA NOVEDAD. * SE SOLICITA A LA MADRE DE FAMILIA FACILITAR COPIAS DE AUTORIZACIONES O HISTORIA CLINICA DE VALORACION CON ESPECIALISTA.	DOCENTE.	

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: BRITHANY SOFIA HADRONGRO UNIDAD DE ATENCIÓN: PRE JARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTOSTAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-05-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
17-06-2025	SIENDO LAS 6:25 A.M LA MADRE DE FAMILIA DA A CONOCER QUE EL DIA DE HOY LA NIÑA NO ASISTIRA AL CDI YA QUE A LAS 9:30 A.M TIENE UNA TERAPIA DE LENGUAJE EN LA HORMIGA EN LA CLINICA CIRCO. Y DESPUÉS REALIZARA OTRAS GESTIONES PERSONALES.	- LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD. Y LE RECOMIENDA A LA MADRE DE FAMILIA FACILITAR COPIA DE HISTORIA CLINICA Y REMISION DE TERAPIAS. - DE IGUAL MANERA DA A CONOCER LO ANTERIORMENTE ESTABLECIDO A LA COORDINADORA. Y APOYO PSICOSOCIAL.	LILIANA TOTOSTAR. DOCENTE	ROSA BARRAGAN

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

9-06-2025

HOY LUNES. LA NIÑA NO ASISTIÓ AL CDI, SE DESCONOCE EL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIO-ESTE DIA.

- LA DOCENTE ENVIA MENSAJE DE WOZ A LA MADRE DE FAMILIA (8:25 A.M) SOLICITANDO INFORMACION DEL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIO. AL CDI.

- A LAS 9:03 A.M LA MADRE DE FAMILIA RESPONDE AL MENSAJE DE LA DOCENTE REFIRIENDO QUE EN LA MADRUGADA LA NIÑA LE DIO DIARREA Y VOMITO. POR ESTE MOTIVO PREFIRIO DEJARLA EN CASA PARA CUIDARLA.

- PARA LO ANTERIOR LA DOCENTE RECOMIENDA LLEVAR AL MEDICO. SI LOS SINTOMAS ANTERIORMENTE MENCIONADOS POR LA MADRE DE FAMILIA PERSISTEN, DE IGUAL MANERA SE RECOMIENDA NO AUTOMEDICAR.

.Rosa Banagán

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: BRITHANNY MADROÑERO **UNIDAD DE ATENCIÓN:** PREJARDIN 1. **AGENTE EDUCATIVO:** LILIANA TUTISTAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL **FECHA DE INGRESO:** 01-05-2025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
13-06-2025	EL DIA DE HOY A LAS 1:27 PM. LA MADRE DE FAMILIA VIENE AL CDI A RETIRAR LA NIÑA REFIRIENDO QUE TIENE TERAPIA DE LENGUAJE EN EL HOSPITAL DE LA HORMIGA.	- LA DOCENTE LE RECOMIENDA A LA MADRE DE FAMILIA EL DIA DE MAÑANA TRAER HISTORIA CLINICA DE LAS TERAPIAS.	* LO ANTERIOR SE DA A CONOCER AL APOYO PSICOSOCIAL PARA SU RESPECTIVO SEGUIMIENTO.	DOCENTE.	ROSA Barraga
1-07-2025	EL DIA DE HOY LA NIÑA NO ASISTIO AL CDI, LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE SE ENCUENTRA LEJOS Y QUE POR MOTIVO DE LA LLUVIA NO PUDO SALIR AL PUEBLO PERO MAÑANA YA TRAERA A LA NIÑA.	RECOMIENDA TRAER EL DIA DE MAÑANA PUNTUAL A LA NIÑA.		DOCENTE.	ROSA Barraga