

**SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD SUR
OCCIDENTE ESE**

FECHA DE FOLIO: 12/08/2025 1:19:55 p. m. N° FOLIO: 114

DATOS DEL PACIENTE

1141375042

Nombre Paciente: KAMILA JOSE CHACON VARGAS **Tipo Doc:** Registro Civil **Identificación:** 1141375042 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 07/agosto/2020 **Edad Actual:** 5 Años / 0 Meses / 6 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: Calle 38 D 82 - 53 sur **Teléfono:** 3027864653
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:**
Entidad: CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO/CM- CONTRATO No. CS- Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1
AS-001-2023

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 13322099 **FECHA DE INGRESO:** 12/08/2025 12:56:08 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Valoracion_integral_para_la_promocion_y_mantenimiento **CAUSA EXTERNA:** Promocion_y_mantenimiento_de_la_salud_intervenciones_individuales
RESPONSABLE: 1 m m m **DIRECCION RESPONSABLE:** m **RELIGION**
CENTRO DE ATENCIÓN: SU39 - CENTRO DE SALUD ABASTOS **ÁREA DE SERVICIO:** SU39A37 - C. EXT MEDICINA GENERAL PY D USS 10 ABASTOS
NOMBRE ACUDIENTE **RESPONSABLE**
NIVEL EDUCATIVO **ETNIA** **DISCAPACIDAD** NO **TIPO DISCAPACIDAD**

ENFOQUE DIFERENCIAL

¿El paciente hace NO
parte del grupo
enfoco
diferencial?

**Tipo de población
objetivo**

Tipo de asistencia

**Orientacion
Sexual**

Identidad de Genero tableCell185

¿Se identifica con algún grupo Étnico?

Pueblo indigena

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 13322099 **FECHA DE INGRESO:** 12/08/2025 12:56:08 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Valoracion_integral_para_la_promocion_y_mantenimiento **CAUSA EXTERNA:** Promocion_y_mantenimiento_de_la_salud_intervenciones_individuales
RESPONSABLE: 1 m m m **DIRECCION RESPONSABLE:** m **TELEFONO RESPONSABLE:** m
Finalidad de Consulta: Valoracion_integral_para_la_promocion_y_mantenimiento

Ocupación:	9999 - PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	ETNIA			
Nivel educativo		Nombre Acompañante:		Telefono Acompañante	
Discapacidad	NO	Tipo de discapacidad			
ANAMNESIS					
PACIENTE ASISTE A CONSULTA DE AGUDEZA VISUAL, ACTUALMENTE ASINTOMATICA. SE REALIZA VALORACIÓN VISUAL ENCONTRANDO UNA AGUDEZA VISUAL LEJANA DADO POR OD20 -20 , OI 20-20 SIN GAFAS AGUDEZA VISUAL CERCANA OD 20/20, OI 20/20.CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS,PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ Y ACOMODACIÓN . NO SE OBSERVAN ALTERACIONES EVIDENTES EN PARPADO, FIJACIÓN Y SEGUIMIENTO NORMAL.					
ROJO RETINIANO	NORMAL				
REFLEJO CORNEAL	NORMAL				
REFLEJO PUPILAR FOTOMOTOR	NORMAL				
EXAMENES EXTERNO Y OFTALMOSCÓPICO					
EXAMEN EXTERNO		EXAMEN OFTALMOSCÓPICO			
SEGMENTO ANTERIOR		SEGMENTO POSTERIOR			

**SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD SUR
OCCIDENTE ESE**

FECHA DE FOLIO: 12/08/2025 1:19:55 p. m. N° FOLIO: 114

DATOS DEL PACIENTE

1141375042

Nombre Paciente: KAMILA JOSE CHACON VARGAS **Tipo Doc:** Registro Civil **Identificación:** 1141375042 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 07/agosto/2020 **Edad Actual:** 5 Años / 0 Meses / 6 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: Calle 38 D 82 - 53 sur **Teléfono:** 3027864653
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:**
Entidad: CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO/CM- CONTRATO No. CS- Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1
AS-001-2023

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 13322099 **FECHA DE INGRESO:** 12/08/2025 12:56:08 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Valoracion_integral_para_la_promocion_y_mantenimiento **CAUSA EXTERNA:** Promocion_y_mantenimiento_de_la_salud_intervenciones_individuales
RESPONSABLE: 1 m m m **DIRECCION RESPONSABLE:** m **RELIGION**
CENTRO DE ATENCIÓN: SU39 - CENTRO DE SALUD ABASTOS **ÁREA DE SERVICIO:** SU39A37 - C. EXT MEDICINA GENERAL PY D USS 10 ABASTOS
NOMBRE ACUDIENTE **RESPONSABLE**
NIVEL EDUCATIVO **ETNIA** **DISCAPACIDAD** NO **TIPO DISCAPACIDAD**

ENFOQUE DIFERENCIAL

¿El paciente hace NO
parte del grupo
enfoque
diferencial?

**Tipo de población
objetivo**

Tipo de asistencia

**Orientacion
Sexual**

Identidad de Genero tableCell185

¿Se identifica con algún grupo Étnico?

Pueblo indigena

PÁRPADOS	NORMAL	CRISTALINO	NORMAL
CEJAS	NORMAL	CÁMARA ANTERIOR	
PESTAÑAS	NORMAL	HUMOR VÍTREO	
CONJUNTIVA	NORMAL	RETINA	
CÓRNEA	NORMAL	CABEZA DEL NERVIO	
ESCLERA ANTERIOR	NORMAL	ESTRUCTURAS RETINALES VASCULARES	
IRIS	NORMAL	COROIDES	

TOMA AGUDEZA VISUAL

Uso de Lentes: No

Visión Proxima:

Uso de Lentes: No

Visión Lejana:

Ojo Derecho: 3-Menor o igual a 20/20
(Normal)

Ojo Derecho:

Ojo Izquierdo: 3-Menor o igual a 20/20
(Normal)

Ojo Izquierdo:

ANÁLISIS Y PLAN DE MANEJO

**SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD SUR
OCCIDENTE ESE**

FECHA DE FOLIO: 12/08/2025 1:19:55 p. m. N° FOLIO: 114

DATOS DEL PACIENTE

1141375042

Nombre Paciente: KAMILA JOSE CHACON VARGAS **Tipo Doc:** Registro Civil **Identificación:** 1141375042 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 07/agosto/2020 **Edad Actual:** 5 Años / 0 Meses / 6 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: Calle 38 D 82 - 53 sur **Teléfono:** 3027864653
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:**
Entidad: CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO/CM- CONTRATO No. CS- Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1
AS-001-2023

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 13322099 **FECHA DE INGRESO:** 12/08/2025 12:56:08 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Valoracion_integral_para_la_promocion_y_mantenimiento **CAUSA EXTERNA:** Promocion_y_mantenimiento_de_la_salud_intervenciones_individuales
RESPONSABLE: 1 m m m **DIRECCION RESPONSABLE:** m **RELIGION**
CENTRO DE ATENCIÓN: SU39 - CENTRO DE SALUD ABASTOS **ÁREA DE SERVICIO:** SU39A37 - C. EXT MEDICINA GENERAL PY D USS 10 ABASTOS
NOMBRE ACUDIENTE **RESPONSABLE**
NIVEL EDUCATIVO **ETNIA** **DISCAPACIDAD** NO **TIPO DISCAPACIDAD**

ENFOQUE DIFERENCIAL

¿El paciente hace parte del grupo enfoque diferencial? NO

Tipo de población objetivo **Tipo de asistencia** **Orientacion Sexual** **Identidad de Genero** tableCell185

¿Se identifica con algún grupo Étnico? Pueblo indigena

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE CUIDADOS OCULARES: LUBRICACIÓN FRECUENTE CON LAGRIMAS ARTIFICIALES, USO DE GAFAS DE SOL EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA, EVITAR FRICCIÓN DE PÁRPADOS, LAVAR DE PESTAÑAS CON SHAMPÚ JHONSON, EVITAR CONTACTO CON SUSTANCIAS IRRITATIVAS, LAVADO DE MANOS FRECUENTE. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA Y CUNADO CONSULTAR A URGENCIAS. SE INDICAN DERECHOS Y DEBERES DEL USUARIO.

Remitido: No **Servicio:**

EDUCACION

1. SE INDICA LA IMPORTANCIA DEL TAMIZAJE VISUAL Y LA FRECUENCIA DE USO.

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

DERECHOS

1. CONOCER DE FORMA CLARA MI CONDICIÓN DE SALUD Y EL TRATAMIENTO QUE RECIBIRÉ.

DEBERES

DEMANDA INDUCIDA

VACUNACIÓN
SALUD ORAL

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	Presuntivo	☒	☐	☐
Observación					



Profesional:	SALAS LAFFITA DAILYS
Cédula:	749150
Especialidad	MEDICINA GENERAL MIXTA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
WEB HISTORIA CLINICA DE PRIMERA INFANCIA E INFANCIA (0 MESES A 11 AÑOS)

DATOS DEL PACIENTE

N° Historia Clínica: 1141375042 **FECHA DE FOLIO:** 12/08/2025 1:31:42 p. m. **N° FOLIO:** 115
Nombre Paciente: KAMILA JOSE CHACON VARGAS **Identificación:** 1141375042 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 07/agosto/2020 **Edad Actual:** 5 Años / 0 Meses / 6 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: Calle 38 D 82 - 53 sur **Teléfono:** 3027864653
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:** OTRAS OCUPACIONES ELEMENTALES NO CLASIFICADAS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD PYD SUBSIDIADO/CM- CONTRATO No. CS Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1
-AS-005-2023

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 13322109 **FECHA DE INGRESO:** 12/08/2025 12:57:54 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Valoracion_integral_para_la_promocion_y_mantenimiento **CAUSA EXTERNA:** Promocion_y_mantenimiento_de_la_salud_intervenciones_individuales
RESPONSABLE: 1 m m m **DIRECCION RESPONSABLE:** m **TELEFONO RESPONSABLE:** m
CENTRO DE ATENCIÓN: SU39 - CENTRO DE SALUD ABASTOS **ÁREA DE SERVICIO:** SU39A37 - C. EXT MEDICINA GENERAL PY D USS 10 ABASTOS

ATENCIÓN INTEGRAL AL MENOR DE 0 A 11 AÑOS									
ENFOQUE DIFERENCIAL									
El paciente hace parte de un grupo diferencial?									
Tipo de población		Tipo de asistencia		Orientación Sexual					
Objetivo									
Identidad de género		¿Se identifica con algun grupo étnico?		Pueblo Indígena					
DATOS DEL ACUDIENTE									
NOMBRE ACUDIENTE: LA MADRE KAREN VARGAS				Responsable: SI		Telefono:			
Motivo de consulta: PARA CONUSLTA DE INFANCIA									
Estado actual: PACIENTE FEMENINA DE 5 AÑOS QUIEN ES TRAI DO A CONSULTA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN COMPAÑÍA DE LA MADRE ACTUALMENTE ASINTOMATICO, NO ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA, NO SIGNOS O SINTOMAS DE PELIGRO. NO ASISTENCIA A URGENCIAS EN EL ULTIMO MES.									
ANTECEDENTES PERINATALES									
PRUEBAS DE TAMIZAJE NEONATAL		☒ visual		☒ auditivo		PESO AL NACER 3300		TALLA AL NACER 50	
EDAD GESTACIONAL AL NACER < 36 SEMANAS		NO		CONTROL PRENATAL SI		GESTACIÓN DE ALTO RIESGO SI		PATOLOGIA PERINATAL SIGNIFICATIVA NO	
ANOMALIA CONGENITA MUTIPLE O MAYOR		NO		HOSPITALIZACION NEONATAL >7 DIAS		NO		EN UCI NO MAS DE 30 DIAS NO	
OBSERVACIONES									
PARTO VAGINAL A TERMINO DE LA GESTACION ,SIN COMPLICACAIONES									

ALIMENTACIÓN 0 A 11 AÑOS									
Lactancia materna (hasta los 2 años de edad)									
Recibe Leche Materna *		NO		Lactancia materna Exclusiva hasta los 6 meses		SI		VERIFIQUE LA TECNICA DE LACTANCIA.	
INTOLERANCIA A ALGUN ALIMENTO:		NO		PROBLEMA EN EL HABITO ALIMENTARIO:		NO			
Ha habido perdida o poca ganancia de peso durante las ultimas semanas						NO			
Ha habido perdida o poca ganancia de peso durante las ultimas semanas									
Ha habido perdida o poca ganancia de peso durante las ultimas semanas									
Ha habido una disminución en la ingesta de alimentos durante la últimos semana						NO			
Gasta mas de 30 min de tiempo para consumir sus alimentos						NO			
Ha presentado Diarrea (mayor igual a 3 deposiciones por día)						NO			
Ha presentado vomito (Mayor de 3 episodios por día, durante los últimos días)						NO			
Consumo alimentos pertenecientes a los 6 grupos de alimentación (vegetales, legumbres, frutas, cereales, productos lácteos, Carnes)						SI			
APETITO NORMAL									
ANÁLISIS HáBITOS ALIMENTARIOS DESAYUNO : HUEVO , PAN , LECHE ALMUERZO : ARROZ , PAPA , POLLO CENA : POLLO , ARROZ									
HABITOS Y PRACTICAS DE CRIANZA									
EL NIÑO DUERME SOLO		NO		CON QUIEN DUERME		MAMA		HORAS DE SUEÑO AL DIA 8,0000 HIGIENE BAÑO DIARIO SI	
RECIBE MANIFESTACIONES DE AFECTO		SI		CUALES:					

ESTABLECIMIENTO DE LIMITES Y NORMAS	SI	ACUDE AL JARDIN O AL COLEGIO	SI	FOTO PROTECCION ADECUADA:	SI
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO			FORMA DE DISCIPLINAR		
"Preguntar al padre, madre o cuidador como percibe el desarrllo del menor si cree que tiene alguna alteracion o retraso, y que actividades realiza para estimularlo" NIEGA			HABLAR		
"Como es la relacion con pares, con adultos, es hiperactivo, introvertido" BUENAS RELACIONES					
PREVENCION DE ACCIDENTES EN EL HOGAR			ESCOLARIZADO	SI	
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE			NO	PERTENENCIA A PANDILLAS	NO
PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO	NO	MATONEO	NO	PROBLEMAS EN SOCIALIZACION	NO
COMUNICACION EFECTIVA	SI	IMAGEN CORPORAL CONFORME	SI	LESIONES AUTOINFLINGIDAS	NO
IDEACION SUICIDA	NO				
OBSERVACIONES:					
"Preguntar al padre, madre o cuidador si ha observado que el menor tiene problemas de apredizaje, alteraciones en el comportamiento y que ha hecho para intervenirlo" NIEGA					
"Como es la relacion con pares, con adultos, es hiperactivo, introvertido" NIEGA					

CONTEXTO SOCIAL						
PERTENECIA A ETNIA:	NO	ES EL NIÑO VICTIMA DE MALTRATO	NO	MALTRATO	CIRCUNSTANCIA QUE AFECTE EL CUIDADO DEL NIÑO	NO
FAMILIOGRAMA / INTEGRANTES DEL HOGAR						
☐ MADRE ☐ PADRE ☐ HERMANOS Otros 1,0000 Quienes ABUELO						
HERMANOS VIVOS:	1	MENORES DE 5 AÑOS:		RELACIONES FAMILIARES ARMONICAS		SI
CONSUMO DE PSICOACTIVOS O FARMACODEPENDENCIA EN PADRES O CUIDADORES:	NO		POBREZA EXTREMA O EN SITUACION DE CALLE	NO	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	NO
ALGUIEN CON PROBLEMAS DE SALUD:	NO	HACINAMIENTO:	NO	TIENE REDES DE APOYO FAMILIARES Y COMUNITARIAS		NO
CONTAMINACIÓN INTRADOMICILIARIA:	NO					
OBSERVACIONES:						
"Pregunte que actividades realiza el menor en el tiempo libre, deportes, que deporte practica o que actividades de recreación realiza"						
JUGAR CANTAR CONTAR						

VACUNACIÓN									
PRESENTA CARNÉ DE VACUNAS									
NO									
VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACION (MARQUE LAS DOSIS YA APLICADAS)									
EDAD	RN	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	DU	REFUERZO 1	REFUERZO 2	DOSIS ADICIONAL	
TUBERCULOSIS (BCG)	☐ RN								
HEPATITIS B (HB)	☐ RN								
PENTAVALENTE (DPT-Hib-HEP B)		☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ R1			
ANTIPOLIO INACTIVO (VIP)		☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ R1	☐ R2		
ROTAVIRUS		☐ 1	☐ 2						
NEUMOCOCO CONJUGADO		☐ 1	☐ 2			☐ R1			
INFLUENZA ESTACIONAL		☐ 1	☐ 2					☐ DA	
SARAMPION RUBEOLA PAROTIDITIS (TRIPLE VIRAL)		☐ 1				☐ R1			
HEPATITIS A					☐ DU				
FIEBRE AMARILLA:					☐ DU				
DIFTERIA TOSFERINA TETANO (DPT)							☐ R2		
VARICELA:						☐ R1			
VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH):					☐ DU				
SARS-CoV-2. Co (COVID-19):		☐ 1	☐ 2	☐ 3					

EDAD PRÓXIMA VACUNA EN MESES
VACUNAS PENDIENTES
OBSERVACIONES
PENDIENTE LA DE LOS 5 AÑOS

COMPONENTE HISTORIA CLÍNICA PRIMERA INFANCIA / INFANCIA											
EXAMEN FÍSICO											
FC	84	FR	20	TA		TAM:		SAT. O2: %	95	PERIMETRO CEFALICO (Cm)	49
TEMP	36	TALLA	111	PESO ACTUAL (Kg)	16	IndiceMasaCorp:	13	Calculo Automatico Peso-Talla (Valor no aplica para menores de 2 años)	PERIMETRO DEL BRAZO (Cm)	15	No medir en menores de 6 meses y mayores de 5 años, ESCRIBIR 0
Diagnostico nutricional											

Peso para la talla P/T	Mayor de 5 años	Clasificación	Talla para la edad T/E	Clasificación	Perimetro cefálico para la edad PC/E	Clasificación
Mayores de 5 años						
Talla para la edad T/E	≥ -1	Clasificación	Talla adecuada para la edad	IMC para la edad (IMC/E)	≥ -2 a < -1	Riesgo de delgadez
CABEZA Y CUELLO						
OTOSCOPIA: NORMAL						

VALORACION VISUAL	
EVALUE ESTRUCTURAS DEL OJO NORMAL	
VALORACIÓN AUDITIVA ¿CREE QUE ESCUCHA BIEN O TIENE PROBLEMAS DE AUDICION ?	
NORMAL	
OTORRINONARINGOLOGICO	
(EVALUE ESTRUCTURA DENTOMAXILOFACIALES): NORMAL	
CARDIO PULMONAR Y / O TORAX:	
NORMAL	
GASTROINTESTINAL Y / O ABDOMEN:	
NORMAL	
EXTREMIDADES Y/O OSEOMUSCULAR:	
NORMAL	
GINECO Y / O URINARIO:	
NORMAL	
ESTADIO TANNER	
PRESENTA SIGNOS DE VIOLENCIA SEXUAL	
Piel y faneras:	
NORMAL	
Neurológico	
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES OJOS: PUPILAS REACTIVAS ISOCORICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MOVIMIENTOS OCULOMOTORES NORMAL. OTOSCOPIA NORMAL. MUCOSA ORAL HUMEDA. OROFARINGE NORMAL. CUELLO: NO RIGIDEZ NUCAL, NO MASAS NO ADENOPATIAS. TORAX: RSCS RITMICOS REGULARES NO AGREAGDOS, RSRs ADECUADA TRANSMISIÓN D ELOS MISMOS NO RETRACCIONES. ABDOMEN: RSIS+ BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN NO MASAS NO MEGALAI NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. PUÑOPERCUSIÓN NEGATIVO. EXTREMIDADES SUPERIORES NORMAL, EXTREMIDADES INFERIORES: ARCOS CONSERVADOS EN AMBAS EXTREMIDADES NO EDEMAS. PULSOS PEDIOS, TIBIALES Y POPLITEOS CONSERVADOS. PIEL SANA. PERFUSIÓN DISTAL MENOR A 2 SEGUNDOS.	

AIEPI			
COMPONENTE AIEPI DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO			
TIENE ENFERMEDAD MUY GRAVE	NO	TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR	NO
TIENE DIARREA	NO	TIENE FIEBRE	NO
PROBLEMAS DE OIDO	NO	PROBLEMA DE GARGANTA	NO
TIENE MALTRATO	NO	DESNUTRICIÓN Y/O ANEMIA	NO
EDEMA EN AMBOS PIES		TENDENCIA DE PESO	
SALUD BUCAL			
TIENE DOLOR EN LA BOCA:		NO	
TRAUMA EN CARA O BOCA:		NO	
HALLAZGOS ODONTOLÓGICOS:		NO	

CUESTIONARIO VALE	
CALIFICACION Finalizada totalice las respuestas negativas y registre las a continuación	
RANGO DE EDAD	CONDICIONES ESTRUCTURALES
ITEMS	NUMERO DE RESPUESTAS NEGATIVAS
Comprensión (C)	
Expresión (E)	
Interacción (I)	
Vestibular (V)	
TOTAL	

CALIFICACION Finalizada:		PASA?:	SI	FALLA?:	NO
APGAR FAMILIAR					
Puntuacion:	0,0000	INTERPRETACION APGAR FAMILIAR		Disfunción familiar severa	
ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO EVDA 3					
PUNTUACIÓN TÍPICA MOTRICIDAD GRUESA	48,0000	SEMAFORIZACIÓN			
PUNTUACIÓN TÍPICA FINO ADAPTATIVA	49,0000	SEMAFORIZACIÓN			
PUNTUACIÓN TÍPICA AUDICIÓN LENGUAJE	48,0000	SEMAFORIZACIÓN			
PUNTUACIÓN TÍPICA PERSONAL SOCIAL	54,0000	SEMAFORIZACIÓN			

SE DILIGENCIO ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO *

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO			
ANALISIS			
PACIENTE DE 5 AÑOS EDAD , ASISTE A CONSULTA DE ATENCION PARA LA PROMOCION Y MATENIMIENTO DE LA SALUD (CRECIMIENTO Y DESARROLLO),TRAIDO POR LA MADRE REFIEREN BUEN ESTADO DEL NIÑA CON IMC : - 1 - 2 CON DELGADEZ , TALLA ACORDE A LA EDAD , CON CITA DE CONTOR PARA MAÑANA CON NUTRICION , YA VALORADA POR PEDIATRIA PROXIMO CONTROL EN 1 MES MOTRICIDAD GRUESA: DESARROLLO ESPERADO PARA AL EDAD MOTRICIDAD FINO:ADAPTATIVA:DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD AUDIDON Y LENGUAJE: DESARROLLO ES PERADO PARA LA EDAD PERSONAL SOCIAL: DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD.			
PROXIMO CONTROL	6 AÑOS CON MEDICO		
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS			
RIESGOS DE SEGURIDAD : cuidados pertinentes frente a caídas, Prevención accidentes. Uso de manilla de identificación en el centro de salud. RIESGOS DE PROMOCION Y PREVENCION : próximo control de crecimiento y desarrollo, agudeza visual, vacunación, higiene oral RIESGOS CLINICOS : PIEL SECA. RIESGO PSICOSOCIAL : maltrato infantil, violencia intrafamiliar. : Dificultades familiares en comunicación y dialogo : Niega, relaciones conflictivas : niega, separación de los padres ;; niega			
PLAN DE MANEJO			
SE DA ORDEN DE ALBENDAZOL SE DA CERTIFICADO MEDICO SE ENTREGA CURVA DE CRECIMIENTO VALORACION POR ODONTOLOGIA , PEDIATRIA Y NUTRIICON			
Paciente fue adherente al plan de cuidado de la consulta anterior.		NO APLICA	
MICRONUTRIENTES Y DESPARASITACIÓN:			
MAYOR DE 12 MESES Y MENOR DE 5 AÑOS		MAYOR DE 24 MESES Y MENOR DE 5 AÑOS	
LABORATORIOS			
SE ENCUENTRA DENTRO DEL RANGO DE EDAD DE 6 A 23 MESES:		MUJER QUE SE ENCUENTRA EN EL RANGO DE 10 A 13 AÑOS	
RECONCILIACION MEDICAMENTOSA			
EL PACIENTE TOMA HABITUALMENTE MEDICAMENTOS EN LA CASA?			
CONSIDERA QUE REQUIERE AJUSTE O MODIFICACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN QUE VIENE TOMANDO HABITUALMENTE DE ACUERDO A LA VALORACIÓN MEDICA DEL ESTADO DEL PACIENTE, RESULTADOS DE PARACLÍNICOS, ETC?			
POR QUE			
REGISTRE LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTÁN DESCRITOS EN LA FORMULA MÉDICA			
IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS			
1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD			
2. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD			
3. SABE SI PUEDE O NO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA			
4. CONOCE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS			
5. PRÁCTICA MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA CONSERVAR SU SALUD			
6. SABE CÓMO LLEVAR UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE			
7. CONSUME LICOR O FUMA			
8. CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS MEDICAMENTOS			
CONDUCTA PROFESIONAL			
LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE			

1. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES TALES COMO: * controle cuándo y cómo come el niño, establezca horarios donde se coma en familia, demostrando conductas alimentarias saludables, el niño debe recibir 6 porciones por día de cereales, esto incluye, panes, maíz, avena, trigo, arroz; en este grupo están también tubérculos (papa, yuca, granos y plátano, los vegetales se deben dar tres a cinco porciones por día, dar dos a cuatro porciones de fruta diarias, ojalá enteras y frescas, leche y derivados lácteos. dos a tres porciones por día, proteínas como carnes, pollo, pescado, las cuales deben variarse, dos porciones por día. , se debe consumir el mínimo de grasas, poca azúcar y sal.

*mantenga el esquema de vacunación del niño al día

*importancia de los controles de crecimiento y desarrollo.

*no use ropa y/o cobijas que suelten mota

*evite el contacto con el humo del cigarrillo y otros contaminantes

*cubra la boca y nariz del niño o la niña, al salir de un lugar cerrado hacia el aire libre

*lave frecuentemente los juguetes

*el menor debe dormir siempre boca arriba o de medio lado, con la cobija cubriendo de la cintura hacia abajo

*mantenga fuera del alcance de los niños y niñas objetos pequeños que pueda llevar a la boca provocarle accidentes.

*lave las manos con frecuencia a los niños y niñas.

*a partir el año, realice la higiene bucal con un cepillado dental del tamaño de la boca del niño, use crema dental sin fluor antes de los 5 años.

*la higiene oral antes de los 8 años, solo es efectiva si es supervisada por un adulto exprese todos los días su amor, escúchelos, dedíqueles tiempo, enseñeles con el buen ejemplo, estimule el aprendizaje, valore sus logros.

* deje sustancias tóxicas fuera del alcance de los niños como detergentes, venenos, desinfectantes.

* eduque a los niños y niñas sobre el cuidado y respeto hacia su cuerpo.

SE INDICA FECHA DE PROXIMA VACUNA

SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA Y PELIGRO SEGUN ESTRATEGIA AIEPI Y CUANDO CONSULTAR

BRINDAR AMBIENTE SEGURO PARA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.

HIGIENE ORAL, HIGIENE PERSONAL.

SE ENTREGA CURVA GRAFICADA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

SE DESPARASITA Y SE FORMULA SUPLEMENTOS VITAMINICOS.

SE INFORMAN DERECHOS Y DEBERES DEL USUARIO.

VALORACIÓN POR PEDIATRIA.

EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

SE DA EDUCACION SOBRE SIGNOS DE ALARMA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, COMO PRESENCIA DE TEMPERATURA MAYOR A 38 GRADOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, CIANOSIS PERIBUCAL (LABIOS DE COLOS MORADO), TIRAJES INTERCOSTALES (HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLAS), O PRESENCIA DE ESTERTORES O RONCUS EN EL TORAX (RUIDOS ANORMALES A NIVEL DEL TORAX) SE DEBE CONSULTAR POR URGENCIAS, EN CUANTO A LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS LA PRESENCIA DE 5 O 6 DEPOSICIONES AL DIA LIQUIDAS Y DE OLOR FETIDO, ENTRE OTRAS. CONSULTAR POR URGENCIAS. MADRE DEL PACIENTE REFIEREN ENTENDER Y ACEPTA.

EDUCACIÓN

Importancia de asistir a la consulta de valoración integral para la primera infancia e infancia

Signos de alarma

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES:

DERECHOS

DEBERES

DEMANDA INDUCIDA

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	
RUTA MATERNO PERINATAL		
RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA		
RUTA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA		
RUTA CANCER		
RUTA SALUD MENTAL		
RUTA AGRESIONES TRAUMAS Y VIOLENCIAS		
CANALIZACION PIC		
RUTA ALTERACIONES NUTRICIONALES		

ANTECEDENTES

Tipo	Fecha	Observaciones
------	-------	---------------

Médicos	11/08/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Perinatal: Fruto de la tercera gestación. Parto vía vaginal, a término. Peso al nacer: 3000 gramos. No requirió manejo en unidad neonatal. - Patológico: Niega. - Quirúrgico: Niega - Traumas: Niega - Hospitalizaciones: Niega. - Alérgicos: Niega. - Farmacológicos: Niega. - Tóxicos: Niega. - Transfusiones: Niega. - Hemoclasificación: O positivo. - Antecedentes familiares: línea materna con asma. - Inmunización: incompleto, pendiente influenza y las del año de edad. - Hábitos: Deposición diaria, blanda. Diuresis adecuada.
Médicos	22/09/2021	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE ,MANEJO PEDIATRIA ACTUALMENTE
Pediátricos	22/09/2021	NACIMIENOT VIA VAGINAL EUTOCICO ALAS 41 SEMANAS NO HOSPITALIZACION - PESO 3420 GRS TALLA 51 CMS - GS O+
Médicos	11/04/2022	<ul style="list-style-type: none"> - Perinatal: Fruto de la tercera gestación. Parto vía vaginal, a término. Peso al nacer: 3000 gramos. No requirió manejo en unidad neonatal. - Patológico: DESNUTRICION AGUDA MODERADA-DERMATITIS-DDC - Quirúrgico: Niega - Traumas: Niega - Hospitalizaciones: Niega. - Alérgicos: Niega. - Farmacológicos: Niega. - Tóxicos: Niega. - Transfusiones: Niega. - Hemoclasificación: O positivo. - Antecedentes familiares: línea materna con asma. - Inmunización: incompleto, pendiente influenza y las del año de edad. - Hábitos: Deposición diaria, blanda. Diuresis adecuada.
Transfusionales	12/04/2022	niega
Otros	13/04/2022	VALORACION ESCALAS DE RIESGO
Otros	13/04/2022	Plan de cuidados de enfermería
Otros	17/04/2022	PLAN CUIDADOS DE ENFERMERIA
Otros	18/04/2022	RIESGO DE CAIDA
Otros	19/04/2022	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
Otros	19/04/2022	plan cuidados de enfermería
Médicos	23/04/2022	DESNUTRICION SEVERA
Médicos	10/05/2022	RIESGO DE DESNUTRICION
Médicos	09/06/2022	NO REFIERE AL MOMENTO DE LA CONSULTA
Médicos	23/08/2022	Anotados
Transfusionales	27/09/2023	NIEGA
Quirúrgicos	27/09/2023	NIEGA
Médicos	01/02/2024	<ul style="list-style-type: none"> - Patológico: DESNUTRICION AGUDA LEVE - Quirúrgico: Niega - Traumas: Niega - Hospitalizaciones: Por desnutricion hace 1año y medio - Alérgicos: Niega. - Farmacológicos: Niega. - Tóxicos: Niega. - Transfusiones: Niega. - Hemoclasificación: O positivo. - Antecedentes familiares: línea materna con asma. - Inmunización: incompleto, pendiente influenza y las del año de edad. - Hábitos: Deposición diaria, blanda. Diuresis adecuada.
Médicos	11/03/2025	DESNUTRICION MODERADA
Médicos	12/08/2025	RIESGO DE DELGADEZ
Médicos	10/06/2025	RIESGO DE DESNUTRICION
Inmunológicos	11/03/2025	REFIERE PAI COMPLETO PARA LA EDAD
Alérgicos	11/03/2025	NIEGA
Médicos	11/03/2025	DESNUTRICION MODERADA
Médicos	11/03/2025	DESNUTRICION SEVERA
Médicos	13/01/2025	RIESGO DE DESNUTRICION
Alérgicos	13/01/2025	NIEGA
Psicosociales	07/11/2024	BIENESTAR FAMILIAR CON MADRE SUSTITUTA POR 18 MESES
Alérgicos	07/11/2024	NIEGA

Quirúrgicos	07/11/2024	NIEGA	
Médicos	07/11/2024	RIESGO DE DESNUTRICION	
Quirúrgicos	17/06/2024	niega	
Quirúrgicos	27/11/2023	niega	
Alérgicos	17/07/2023	NIEGA	
Transfusionales	17/07/2023	NIEGA	
Médicos	11/03/2023	HOSPOTALZAION POR DESNITRCION SEVERA ACTUALEMTEEN EN SEGUMITNO DE PESO TALL A	
Médicos	03/06/2022	Anotados	
Quirúrgicos	01/02/2024	niega	
Tóxicos	07/11/2024	Ninguno	NIEGA
Perinatales :	-		
Inmunizaciones :	-		
Desarrollo Psicomotor :	-		
Alimentarios :	-		
Denticion :	-		

DIAGNOSTICOS

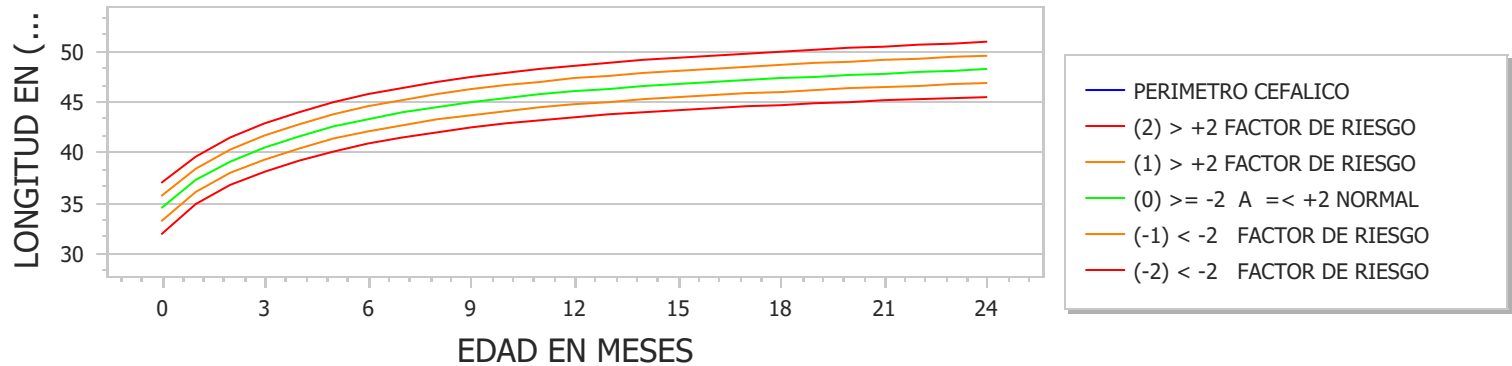
Código	Nombre	Tipo	Principal	Dx Ingreso	Dx Egreso
Z002	EXAMEN DURANTE EL PERIODO DE CRECIMIENTO RAPIDO EN LA INFANCIA	Presuntivo	☒	☐	☐

Observación

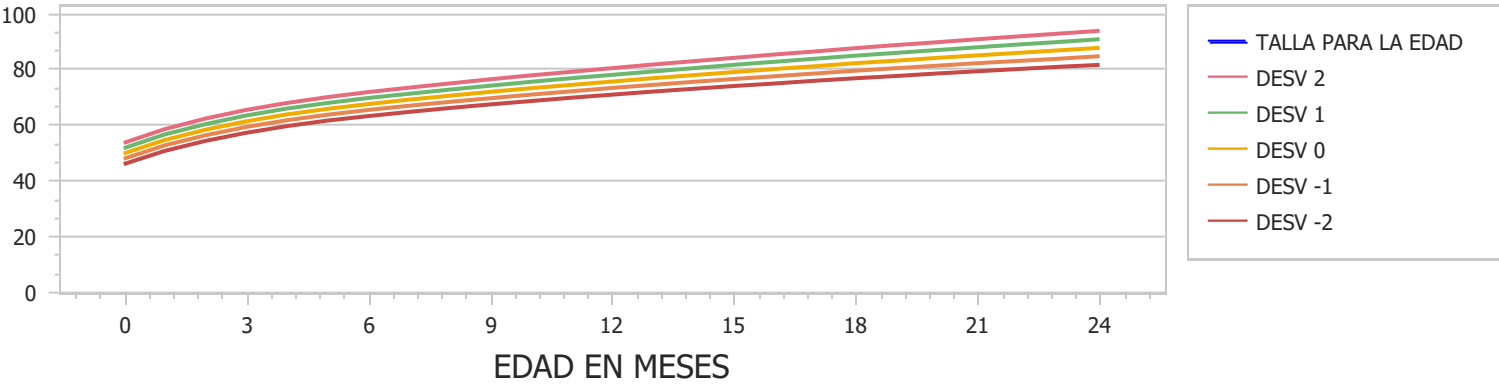
PLAN DE TRATAMIENTO			
Cantidad	Nombre	Observacion	
2	ALBENDAZOL 200 mg TABLETA	2 TBA	DOSIS UNICA

INDICACIONES MEDICAS	
Tipo Indicación:	Salida_Conсульта_Externa
Detalle Indicación:	CERTIFICADO MEDICO SE REALIZA CONSULTA A PACIENTE DE 5 AÑOS DE EDAD , REFIERE QUE AL MOMENTO SE ENCUNTRA BIEN , NIEGA IRA-EDA, NO VOMITOS , NO CEFALEA , NO FIEBRE , BIEN HIDRATADO , NECESIDADES FISILOGICAS NORMALES ,APETITO CONSERVADO Y BUEN ESTADO GENRAL AGUDEZA VISUAL : CONSERVADA 20-20 OTOSCOPIA: NORMAL PESO : 16.1 TALLA: 111 TALLA ACORDE A LA EDAD IMC RIESGO DE DELGADEZ SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE AUTOCUIDADO, NORMAS Y HÁBITOS DE HIGIENE EN GENERAL Y HABITOS DE VIDA SALUDABLEZ000 EXAMEN MEDICO GENERAL Z010 EXAMEN DE LOS OJOS Y LA VISION APTO PARA VIVIR EN COMUNIDAD

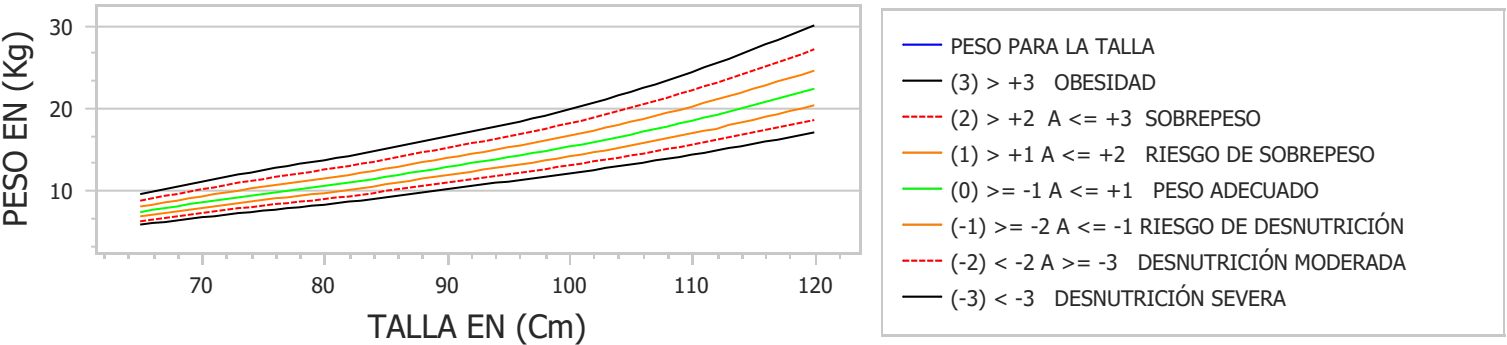
PERIMETRO CEFALICO 0 A 2 AÑOS



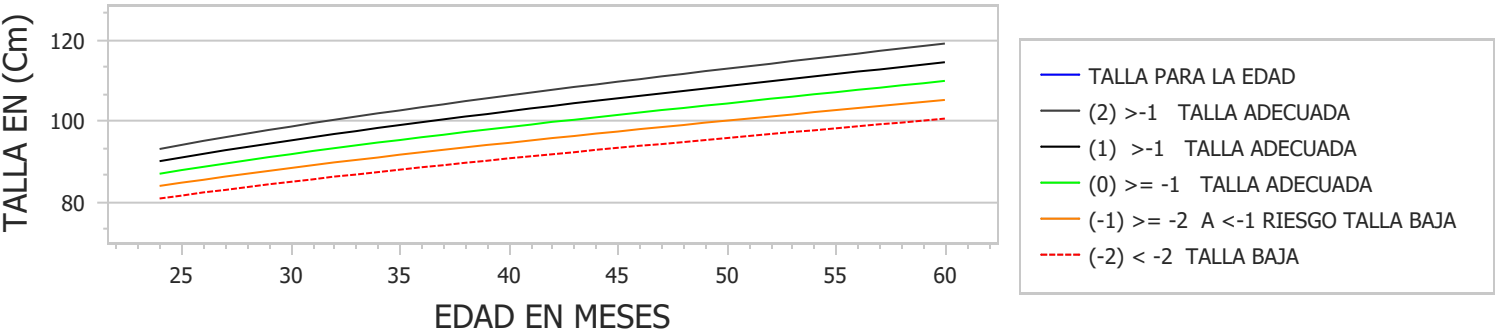
TALLA PARA LA EDAD



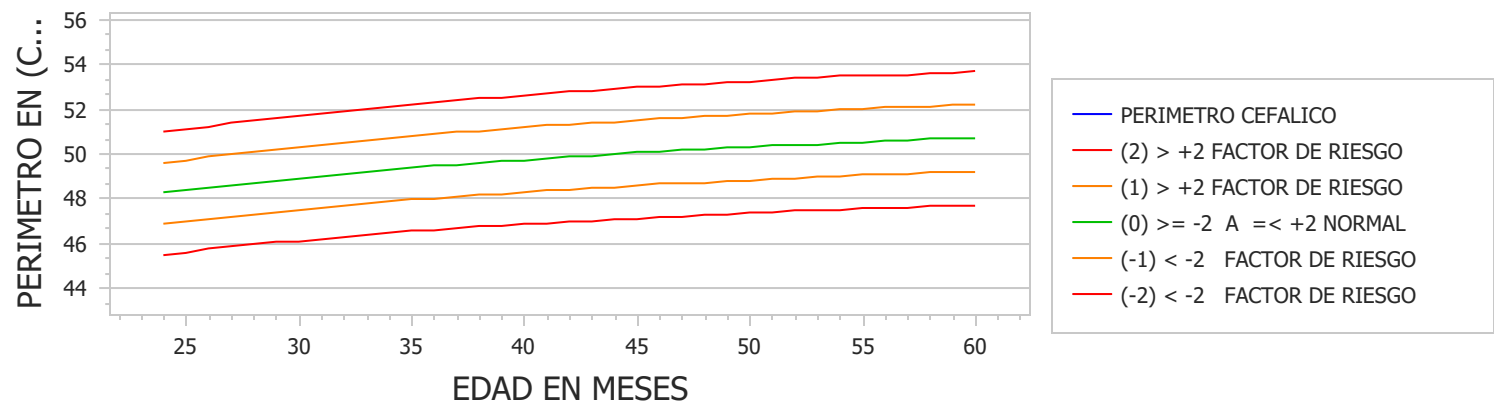
PESO PARA LA TALLA 2 a 5 AÑOS



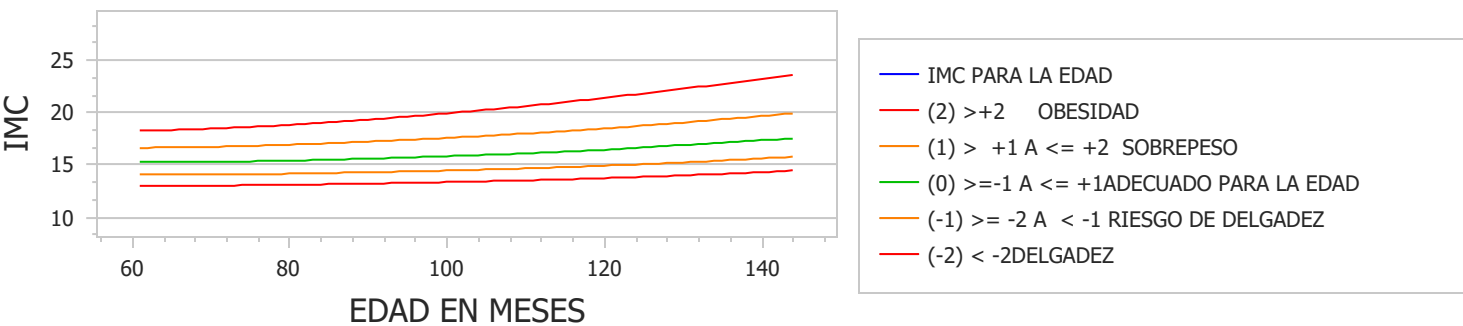
TALLA PARA LA EDAD DE 2 A 5 AÑOS



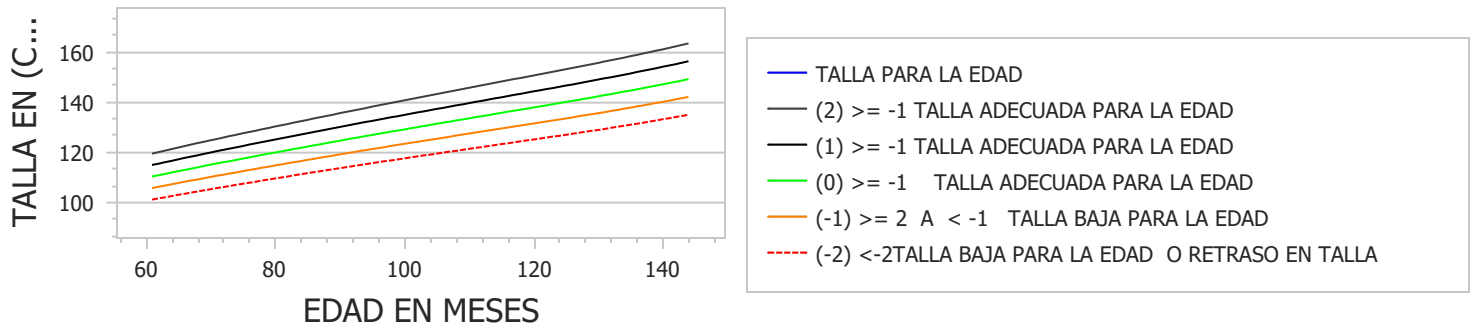
PERIMETRO CEFALICO DE 2 A 5 AÑOS



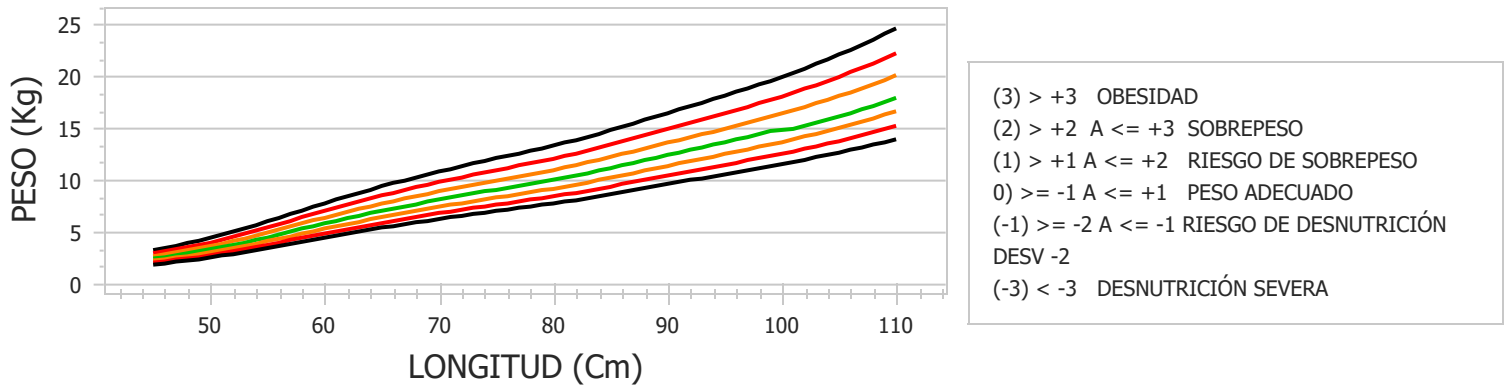
IMC PARA LA EDAD DE 5 A 17 AÑOS



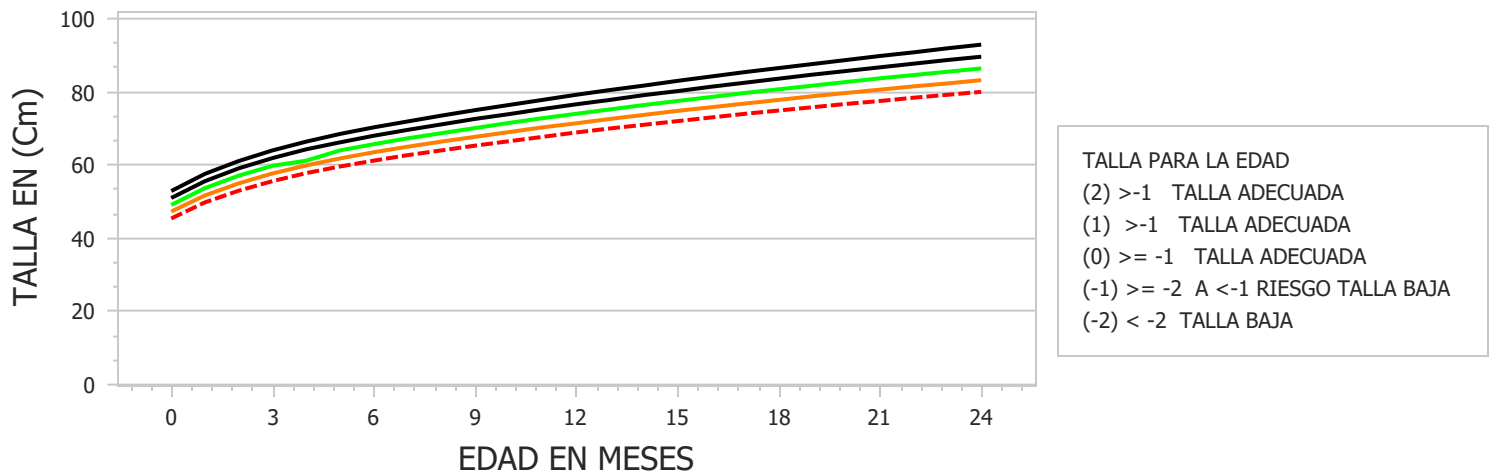
TALLA PARA LA EDAD DE 5 A 17 AÑOS



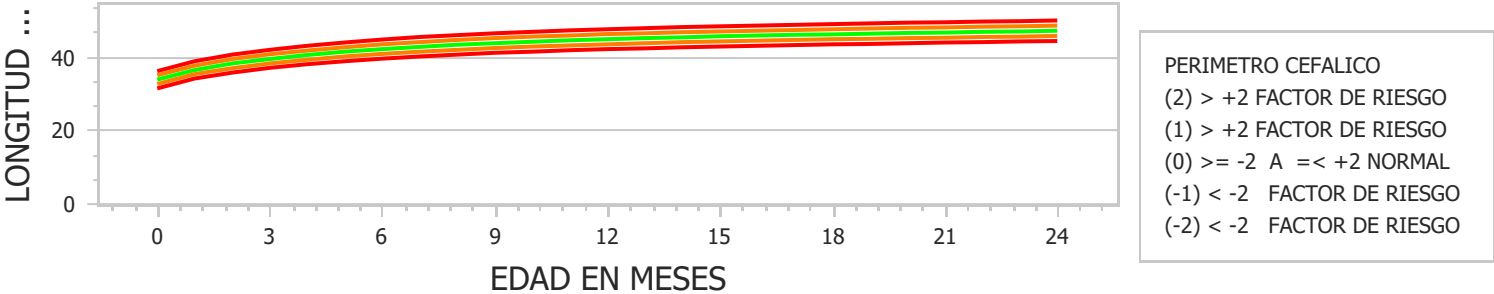
PESO PARA LA TALLA 0 A 2 AÑOS



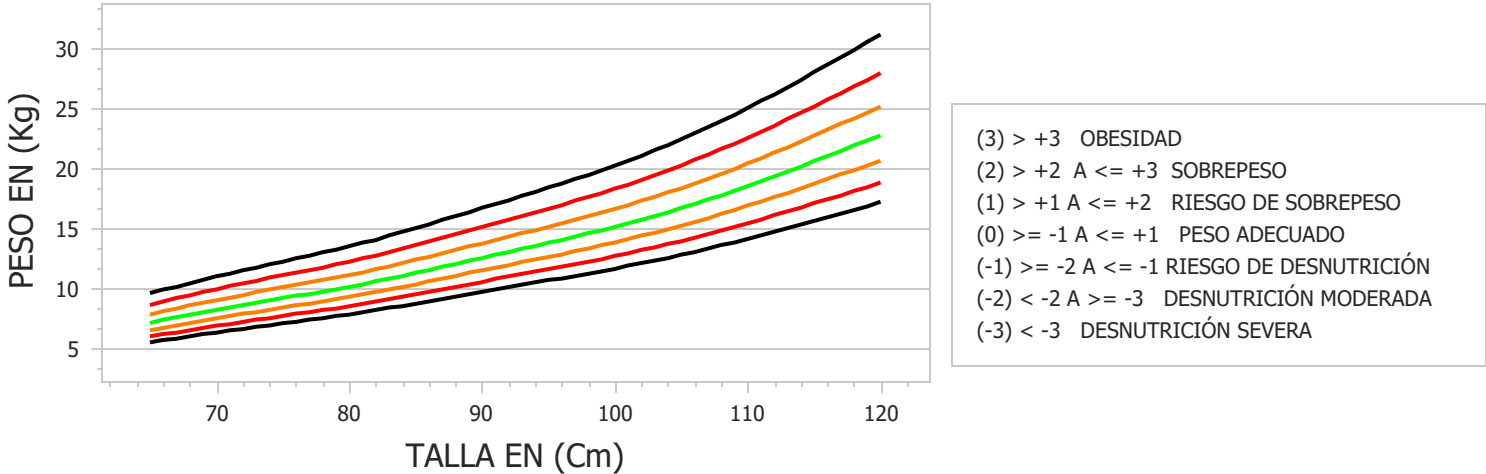
TALLA PARA LA EDAD



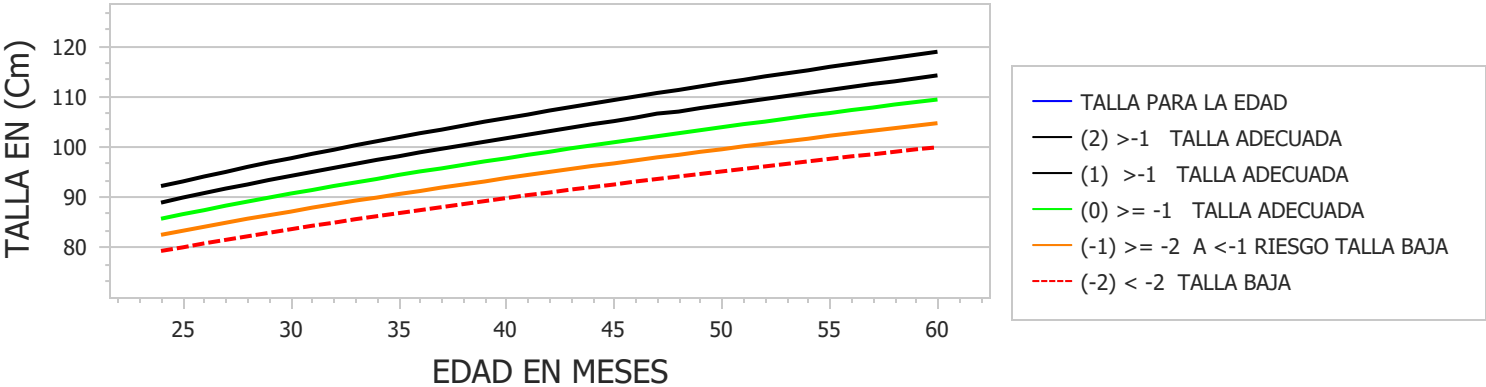
PERIMETRO CEFALICO 0 A 2 AÑOS



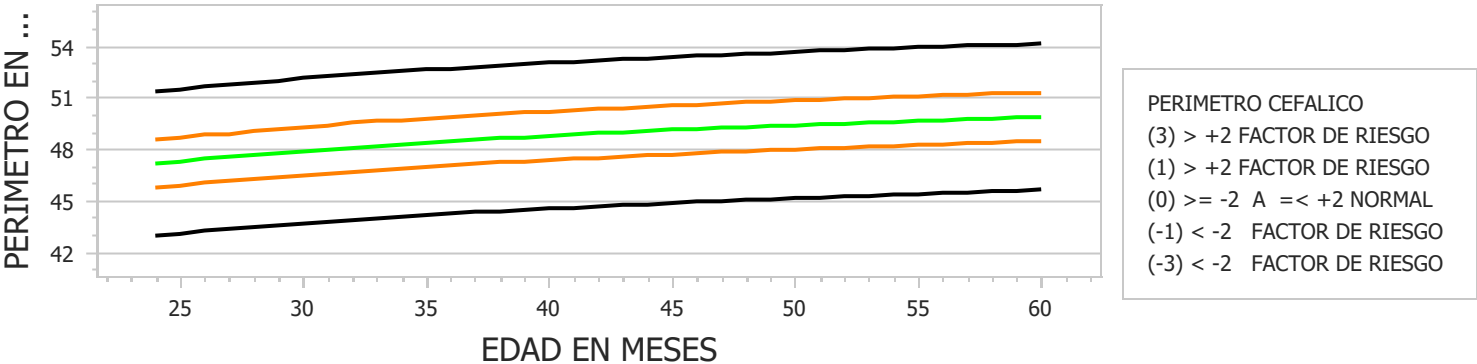
PESO PARA LA TALLA 2 a 5 AÑOS



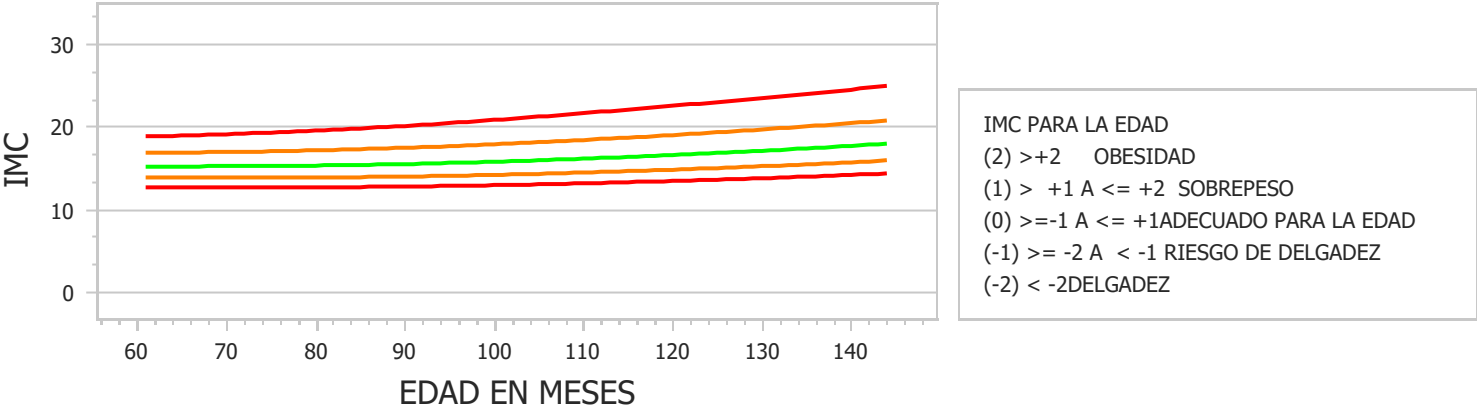
TALLA PARA LA EDAD DE 2 A 5 AÑOS



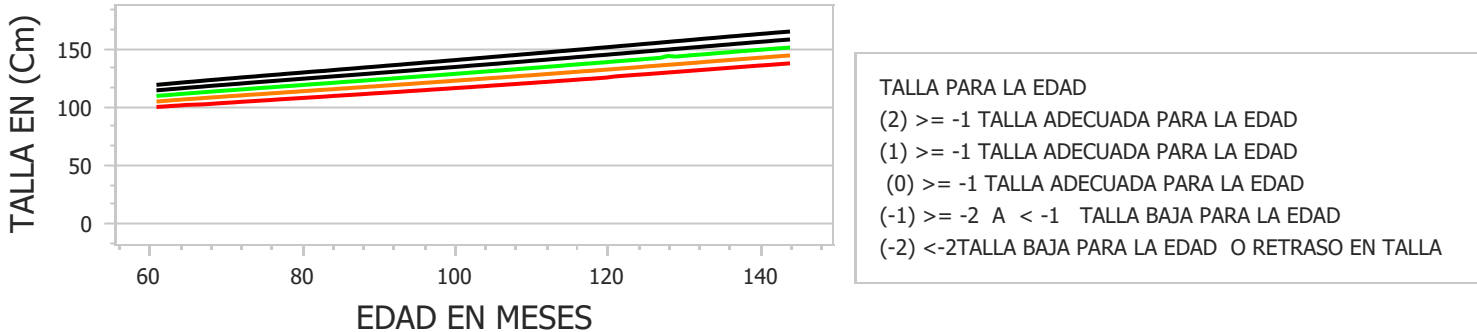
PERIMETRO CEFALICO DE 2 A 5 AÑOS



IMC PARA LA EDAD DE 5 A 12 AÑOS



TALLA PARA LA EDAD DE 5 A 12 AÑOS





Profesional: SALAS LAFFITA DAILYS
Cédula: 749150
Tipo Medico: Medico_General

Usuario: 1032378043
Nombre reporte : HCRPHistoBase

SUBREDSO CONSULTA DE NUTRICION
NIÑOS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual : jueves, 14 agosto 2025
Pagina 1/1

FECHA DE FOLIO: 13/08/2025 4:07:22 p. m. N° FOLIO: 116

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1141375042 Tipo_doc: RegistroCivil IDENTIFICACION: 1141375042 EDAD: 5 Años / 0 Meses / 6 Días
NOMBRE PACIENTE: KAMILA JOSE CHACON VARGAS FECHA DE NACIMIENTO: 7/08/2020 12:00:00 a. m. SEXO: Femenino
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Subsidiado
DIRECCION: Calle 38 D 82 - 53 sur TELEFONO: 3027864653 PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 13331806 FECHA DE INGRESO: 13/08/2025 2:50:43 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: Otra CAUSA EXTERNA: Enfermedad_general
RESPONSABLE: a a a a DIRECCION RESPONSABLE: a TELEFONO RESPONSABLE: a

☒ CONTROL ☒ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Nivel Educativo 1.PREESCOLAR Etnia 6.NINGUNO DE LOS ANTERIORES Discapacidad:

Responsable del paciente: KAREN VARGAS Responsable SI Tel: 3027864653

Ocupación 999 - PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO Ocupacion del paciente OCUPACION Orientacion Sexual Religion:

Núcleo familiar : VIVE CON LOS PADRES HERMANA Y ABUELA Procedencia :

ENFERMERDAD ACTUAL : PACIENTE DE 5 AÑOS DE EDAD LA MADRE REFIERE SER REMITIDA PARA CONTROL DE NUTRICION POR BAJO PESO
MOTIVO DE CONSULTA: NINGUNA

ANTECEDENTES:

Patológicos: NO REFIERE
Quirúrgicos: NO REFIERE
Traumatológicos: CAIDA DE ESCALERA TRAUMA EN EL COSTADO NO CONSULTO AL MEDICO
Hospitalizaciones: NO REFIERE
Transfusionales: NO REFIERE
Farmacológicos: VIT D3
Tóxicos: NO REFIERE
Alérgicos: NO REFIERE
Ginecológicos: NO REFIERE
Familiares: MATERNOS HIPOTIROIDISMO HTA , DM2

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: PESO ACTUAL: 15,80 kg PESO IDEAL: Kg TALLA ACTUAL: 111,5 m TALLA IDEAL: m
Indice de Masa Corporal Actual: 12,70 Indice de Masa Corporal Ideal: Perimetro Cefalico Actual Cm Perimetro Cefalico Ideal

INDICACIONES ANTROPOMETRICAS:

PESO/EDAD: CLASIFICACION: *****MENORES DE 2 AÑOS***** TALLA/EDAD: CLASIFICACION:
PESO/TALLA: CLASIFICACION: Perimetro Cefalico/Edad: Indice de Masa Corporal/Edad

INTERPRETACION NUTRICIONAL:

DX NUTRICIONAL PACIENTE DE 5 AÑOS DE EDAD CON DESNUTRICION MODERADA Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD , PESO 15.8 KG , TALLA 11.5 CM IMC 12.7 IMC /E Z; -2.04 , T/E Z: 0.40 , NO AUMENTO NADA DE PESO DESDE EL ULTIMO CONTROL HACE 4 MESES , SE SIGUE PRESCRIBIENDO DIETA HHIPERPROTEICA HIPERCALORICA Y COMPLEMENTO NUTRICIONAL FREBINI 2 VECES AL DIA POR 30 DIAS

PARACLINICOS: Hemoglobina gr. Hematocrito % Nitrogeno Ureico GLICEMIA: GLICEMIA POST:
Colesterol Total Colesterol de Alta Densidad Colesterol de Baja Densidad TRIGLICÉRIDOS:
proteinas Totales Albumina Hormona estimulante de la Tiroides Triyodotironina Tiroxina
Creatinina: Tiroxina libre: Transferrina :

LACTANCIA MATERNA: Recibió leche materna: Recibe leche materna: EXCLUSIVA (Meses): COMPLEMENTARIA (Meses):
PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA: Complementación en menores de 3 años Causa del destete :
EDUCACION EN LACTANCIA MATERNA: Dechos de la mujer - niños y niñas

Profesional: MORENO CARDENAS HORTENSIA
Cédula: 51750833
Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1032378043

CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN :

¿Dónde come? Casa Apetito : Bueno Deglución : Normal Masticación : Buena Ingesta : Normal
Alergia alimentaria : NO ¿Cual? :
Intolerancia Alimentaria : NO ¿Cual? :
Complementos y/o suplementos: NO ¿Cual? : Frecuencia :

ANAMNESIS ALIMENTARIA:

ALIMENTOS RECHAZADOS:

BROCOLI

HABITO INTESTINAL:

NORMAL

RECORDATORIO GLOBAL CADA 24 HORAS:

DESAYUNO: HUEVO PERICO PLATANO MADURO YOGUR
NUEVES: MANDARINA
ALMUERZO: SOPA DE CONCHITA , VISCERAS FRITAS ARROZ CON FIDEOS YUCA , ENSALADA JUGO DE GUAYABA
ONCES: KUMIS DEDITOS DE MAIZ CON BIENESTARINA PERA
COMIDA: ARROZ POLLO GUISADO CON PAPAP PLATANO MADURO

ALIMENTOS PREFERIDOS:

FRUTAS

FRECUENCIA DE CONSUMOS:

FRECUENCIA DE CONSUMO	DIARIO	2-3 V/SEM	4-6 V/SEM	OCASIONAL	NUNCA
		[HCCL04N04]			

PRESCRIPCION DEL TRATAMIENTO:

DIETA APTA PARA LA EDAD

PLAN :

DIETA APTA PARA LA EDAD

CONTROL :

2 MESES

EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL :

DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal
Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCIÓN Y VIGILANCIA DE LA DIETA	Presuntivo	True

Observaciones:

DEMANDA INDUCIDA

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

DERECHOS

DEBERES

Profesional: MORENO CARDENAS HORTENSIA
Cédula: 51750833
Especialidad NUTRICION Y DIETETICA

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]