Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD	Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR- 053
	GESTION DE LA SALUD PÚBLICA	Versión: 07
	Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitaria	Fecha de aprobación: 31 de Enero de 2025

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

DATOS BÁSICOS

INSTITUCIÓN: ESE Centro de Salud Fusca — FECHA (DD/MM/AÑO) 26/2/2026 — MUNICIPIO: Fusca

VEREDA O DIRECCIÓN: Herrero — TIPO DE USUARIO C__ S__ V__ P__ E__ NO AFILIADO X — ASEGURADOR:

Educación en Aseguramiento	SI	NO
	X	

Canalización en Aseguramiento	SI	NO

NOMBRES Y APELLIDOS: Arleth Kristtel Ulloa Longa Medina — FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AÑO) 13/5/23 — EDAD: AÑOS 2 MESES 9 DÍAS 16

MENOR ESCOLARIZADO: SI | NO | NO APLICA — GRADO DE ESCOLARIDAD: TRANS | 1ERO | 2DO | 3ERO | 4TO | 5TO | 6TO | OTRO — CUAL? Ninguno

Educación en entorno escolar	SI	NO

Canalización educación	SI	NO
		X

SEXO / GÉNERO: MUJER | HOMBRE | INTERSEXUAL — M | TRANSGENERO | NO DEFINIDO — RC__ TI__ MENOR SIN IDENTIFICACIÓN__

DOCUMENTO DE IDENTIDAD — OTRO: X CÚAL? Extranjero NÚMERO: 607860 2

Educación en Identificación	SI	NO
	X	

Canalización por Identificación	SI	NO

PROCEDENCIA: URBANA [ ] RURAL [ ] RURAL DISPERSO [X] CENTRO POBLADO [ ]

TIPO DE POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO: SI | NO X — POBLACIÓN VULNERABLE: SI X | NO — MENOR CON DISCAPACIDAD: SI | NO X

PALENQUERO [ ] ROM/GITANO [ ] AFRO [ ] RAIZAL [ ] NEGRO [ ] INDÍGENA [ ] OTRO [X]
CÚAL? _____

VICTIMA CONFLICTO ARMADO [ ] DESMOVILIZADO [ ] INMIGRANTE [X] OTRO [ ]
CÚAL? _____

VISUAL: limitación visual (ciega o con baja visión). [ ]
MOTORA: está relacionada con la alteración motriz (ósteoarticular, muscular y/o nervioso). [ ]
COGNITIVA: dificultad de las funciones cognitivas ya sea entrada, elaboración y respuesta del aprendizaje. [ ]
MENTAL: son las que están relacionadas con las restricciones en procesos psicosociales. [ ]
AUDITIVA: Alteración de Estructuras y Funciones Sensoriales Auditivas. [ ]

CON UNA SOLA LIMITACIÓN: SI | NO
CON DEFICIENCIAS MÚLTIPLES: Dos o mas limitaciones: SI | NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Yovanna Medina — PARENTESCO: Madre — DIRECCIÓN: Herrero — TELÉFONO: 3014319935

VALORACIÓN DEL MENOR

EVALUAR Y COMPLETAR LA INFORMACION MARCANDO CON UNA X O ESCRIBIENDO, SEGÚN CORRESPONDA

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI X

	SI	NO	NO APLICA
NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO (PRIMERA INFANCIA)			X
NO PUEDE TOMAR LÍQUIDO (INFANCIA)		X	
VOMITA TODO		X	
CONVULSIONES		X	
INCONSCIENTE		X	
LETÁRGICO		X	

Educación en Signos Generales de Peligro	SI	NO
	X	

Canalización en Signos Generales de Peligro	SI	NO
		X

SALUD BUCAL

¿N° DE VALORACIONES ODONTOLÓGICAS EN EL ÚLTIMO AÑO? 0

¿CUANTAS VECES HACE HIGIENE ORAL AL DÍA? 0____ 1 X 2____ 3____ 4 o más ____

¿CON QUÉ HACE LA HIGIENE ORAL? CREMA X CEPILLO X ENJUAGUE____ GASA____
SEDA ____ CUANTAS VECES 1____ 2____ 3____ 4 o más ____
OTRO, CUAL? _____

¿LE SUPERVISA EL CEPILLADO DE DIENTES? SI X NO ____

RECUERDE

*Remocion de placa bacteriana: semestral a partir del 1 año hasta los 19 años.
*Aplicación de sellantes: a partir de los 3 años de edad hasta los 15 años (según criterio)
*Consultas de Odontología Semestral a partir de los 6 meses de edad.
*Aplicación de barniz de Fluor: Apartir del 1 año de vida hasta los 17 años (semestralmente)

Educación en Salud Bucal	SI	NO
	X	

Canalización en Salud Bucal	SI	NO
		X

INFECCIÓN RESPIRATORIA - TUBERCULOSIS-COVID 19

	SI	NO
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS?		X
N° DE DÍAS QUE LLEVA CON TOS		
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?		X
HUNDIMIENTO DE COSTILLAS (TIRAJES SUBCOSTALES-INTERCOSTALES-SUPRAESTERNALES)		X
RUIDOS ANORMALES AL RESPIRAR		X
Nº DE RESPIRACIONES POR MINUTO		
TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA		X

PARAMETROS NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA SEGÚN EDAD

MENOR DE 2 MESES :	Normal de 20 a 60
DE 2 MESES A 11 MESES:	Normal de 20 a 50
DE 12 MESES A 5 AÑOS:	Normal de 20 a 40
DE 6 AÑOS A 8 AÑOS:	Normal de 20 a 30
DE 9 A 11 AÑOS:	Normal de 15 a 25

	SI	NO
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS CON TB?		X
¿PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES?		X
¿EL NIÑO/NIÑA HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS Y/O COVID 19 POSITIVO?		X
¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD RESPIRATORIA?		X
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA		X

Educación en IRA-TB-COVID19	SI	NO
	X	

Canalización en IRA-TB-COVID19	SI	NO
		X

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) - DESHIDRATACION (DHT)

	SI	NO
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?		X
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DIARREA		
¿HAY SANGRE EN LAS HECES?		X

NUMERO DE DEPOSICIONES EN LAS ULTIMAS 24 HORAS: [ ]

¿TIENE EL NIÑO O NIÑA VOMITO: SI | NO X

¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA? SI | NO X

PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN	SI	NO
		X
BOCA SECA		X
FONTANELA HUNDIDA		X
BEBE ÁVIDAMENTE		X
PLIEGUE CUTÁNEO - MAYOR 2 SEG		X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON:
* EDA Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* VOMITO Y RIESGO DE DESHIDRATACIÓN
* SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN SIN EDA Y SIN VOMITO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA: SI | NO X

Educación en EDA	SI	NO
	X	

Canalización en EDA	SI	NO
		X

FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 34°C)

	SI	NO
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA FIEBRE?		X
FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES		X
FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES A 2 AÑOS		X
FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS (Aplica para primera infancia e infancia)		X

REDIRECCIONAR URGENTE AL SERVICIO DE SALUD EN CASO DE ENCONTRAR MENORES CON RIESGO DE FIEBRE:
* FIEBRE MAYOR DE 38°C EN MENORES DE 3 MESES
* FIBRE MAYOR DE 39°C SIN FOCO APARENTE EN MENORES ENTRE 3 MESES 2 AÑOS
* FIEBRE DE DIFICIL CONTROL MAYOR A 3 DIAS.

Educación en FIEBRE	SI	NO
	X	

Canalización en FIEBRE	SI	NO
		X

Powered by CamScanner

DENGUE

VIVE O VISITÓ ZONA ENDÉMICA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS — SI / NO
SABE DE ALGUIEN QUE HAYA SUFRIDO DE DENGUE EN EL ULTIMO MES — SI / NO

TIENE DEPÓSITOS DE AGUA — SI / NO
A. SIN TAPA — SI / NO
B. CON PRESENCIA DE LARVAS — SI / NO
EL MENOR DUERME BAJO TOLDILLO — SI / NO

Educación en DENGUE — SI / NO

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SÍNTOMAS: — SI / NO

- DOLOR RETRO-OCULAR
- MIALGIAS
- ARTRALGIAS
- CEFALEA
- DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTINUO
- SANGRADOS (Mucosa, piel, sangrado nasal, orina o deposición)

Canalización en DENGUE — SI / NO

LEISHMANIASIS

HA TENIDO ANTECEDENTE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA O MUCOSA EN ÚLTIMO AÑO — SI / NO
LA LEISHMANIASIS FUE TRATADA — SI / NO
HA ASISTIDO A LOS SEGUIMIENTOS POS TRATAMIENTO — SI / NO
SABE DE ALGUIEN DE LA COMUNIDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES HAYA TENIDO LEISHMANIASIS — SI / NO

TIENE LESIONES CUTÁNEAS DE MÁS DE DOS SEMANAS SE EVOLUCIÓN — SI / NO
LAS LESIONES TIENEN HISTORIA DE TRAUMA — SI / NO

LAS LESIONES CUTÁNEAS SON:
- REDONDEADAS
- BORDES ABULTADOS
- CENTRO GRANULOMATOSO
- LESIONES NODULARES
- LESIONES SATELITALES

TENGA EN CUENTA SI ENCUENTRA RESPUESTAS POSITIVAS O LEISHMANIA NO TRATADA DEBE SER REFERIDO A CONSULTA MEDICA PARA DIAGNÓSTICO DE MANERA PRIORITARIA

Educación en LEISHMANIASIS — SI / NO
Canalización en LEISHMANIASIS — SI / NO

CHAGAS

¿SABE QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CHAGAS? — SI / NO
¿CONOCE AL INSECTO QUE TRANSMITE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (CHINCHE, CHIPO O PITO)? — SI / NO
¿HA VISTO ESTE INSECTO EN SU VIVIENDA O EN SUS ALREDEDORES? — SI / NO
¿SABE SI ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA HA TENIDO ENFERMEDAD DE CHAGAS? — SI / NO

Unicamente para menores de 5 años

Educación en CHAGAS — SI / NO

RIESGO PARA CÁNCER INFANTIL

DOLOR DE CABEZA RECIENTE QUE AUMENTA — SI / NO
EL DOLOR DE CABEZA DESPIERTA AL NIÑ@ — SI / NO
N° DE DÍAS QUE EL NIÑ@ TIENE DOLOR DE CABEZA
EL DOLOR DE CABEZA SE ACOMPAÑA DE OTRO SÍNTOMA COMO VOMITO — SI / NO

HA TENIDO DOLOR DE HUESOS EN EL ULTIMO MES — SI / NO
DOLOR DE HUESOS INTERRUMPE LAS ACTIVIDADES DEL NIÑ@ — SI / NO
EL DOLOR DE HUESOS HA IDO EN AUMENTO — SI / NO
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES HA TENIDO CAMBIOS COMO FATIGA, PERDIDA DE APETITO O PESO Y FIEBRE MAYOR A 7 DIAS — SI / NO

Educación en CÁNCER INFANTIL — SI / NO
Canalización en CÁNCER INFANTIL — SI / NO

PROBLEMAS DE OÍDO

¿EL NIÑO O NIÑA TIENE PROBLEMAS DE OÍDO? — SI / NO
TIENE SUPURACIÓN DE OÍDO — SI / NO
N° DE EPISODIOS PREVIOS
HACE CÚANTOS DÍAS
TUMEFACCIÓN/DOLOR ATRÁS DE LA OREJA — SI / NO
¿EN EL ÚLTIMO AÑO HA PRESENTADO PROBLEMAS DE OIDO? — SI / NO
TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA — SI / NO

Educación en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO
Canalización en PROBLEMAS DE OIDO — SI / NO

NUTRICIÓN

SIGNOS CLINICOS DNT

EL NIÑO O NIÑA PRESENTA

- PALIDÉZ PALMAR — SI / NO
- PALIDÉZ CONJUNTIVAL — SI / NO
- EDEMA — SI / NO
- CARA DE LUNA LLENA — SI / NO
- DERMATITIS O LESIONES EN LA PIEL (AREA DE PAÑAL, CUELLO O AXILAS) — SI / NO
- CABELLO CON SIGNO DE BANDERA — SI / NO
- DELGADEZ EXTREMA — SI / NO

PERÍMETRO BRAQUIAL — (TENGA EN CUENTA QUE ESTA MEDIDA ES OBLIGATORIA PARA NIÑOS DE 6 MESES A 5 AÑOS Y SE DEBE HACER CON CINTA MÉTRICA)

MEDIDA: 16.5 — EN CENTÍMETROS

Unicamanete para menores entre 6 meses a 5 años

PERÍMETRO BRAQUIAL MENOR O IGUAL 11,5 CM. (AUMENTO DEL RIESGO DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN)

LACTANCIA MATERNA

¿EL NIÑO O NIÑA TOMA SENO? — SI / NO
¿LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? — SI / NO
¿RECIBIO EDUCACION PARA DAR INICIO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA — SI / NO
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA? 6 meses — EN MESES / EN DIAS
¿HASTA QUE EDAD TUVO LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA? 6 meses — EN MESES / EN DIAS

Unicamente para menores de 2 años

USO DE CHUPO O BIBERÓN — SI / NO

¿ HA PRESENTADO PROBLEMAS DE MALNUTRICION? — SI / NO

- OBESIDAD — SI / NO
- SOBREPESO — SI / NO
- RIESGO SOBREPESO — SI / NO
- RIESGO DNT — SI / NO
- DNT — SI / NO

TUVO TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO POR MEDICINA — SI / NO

Educación en Nutrición — SI / NO
Canalización por Nutrición — SI / NO

EVALUE LA ADHERENCIA DEL PROGRAMA DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD

N° DE CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL ULTIMO AÑO: 1

EL NIÑO RECIBIO CONSULTA DE VALORACION INTEGRAL DE LACTANCIA MATERNA (consulta obligatoria entre el 8 y 30 dias de nacido, no es el control del puerperio)Unicamente para menores de 1 año — SI / NO

MICRONUTRIENTES

- EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES EN POLVO (Para niñ@s entre 6 y 24 meses) — SI / NO
- EL NIÑO RECIBE MICRONUTRIENTES : SULFATO FERROSO, VITAMINA A ,(Para niñ@s entre24 y 59 meses) — SI / NO
- RECIBIÓ DESPARASITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES (a partir de 1 año de vida, cada 6 meses) — SI / NO

CONSULTAS PARA PRIMERA INFANCIA		
MEDICINA GENERAL	1 MES 4-5 MESES 12-18 MESES	24-29 MESES 3 AÑOS 5 AÑOS
ENFERMERÍA	2-3 MESES 6-8 MESES 9-11 MESES	18-23 MESES 30-35 MESES 4 AÑOS

CONSULTAS PARA INFANCIA	
MEDICINA GENERAL	6,8 Y 10 AÑOS
ENFERMERÍA	7, 9 Y 11 AÑOS
TAMIZAJE ANEMIA MUJERES HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	10 Y 11 AÑOS

SALUD VISUAL MAYORES DE 3 AÑOS 1 VEZ AL AÑO

Educación Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO
Canalización Valoración Integral de Salud (CYD) — SI / NO

CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

PAUTAS DE CRIANZA

¿CONSIDERA USTED, QUE SU HIJ@ ES LE CUESTA SEGUIR ORDENES? — SI / NO

¿USTED COMPARTE TIEMPO DE CALIDAD CON SU HIJO? COMO? — SI / NO

- JUEGO — NO
- DIALOGO — NO
- ACOMPAÑAMIENTO — NO

¿CUANDO EXISTEN PROBLEMAS EN LA FAMILIA COMO LOS SOLUCIONA?

- DIALOGO — SI / NO
- ESTABLECEN ACUERDOS — NO
- LOS EVITAN — NO
- GRITAN — SI / NO
- SE GOLPEAN — SI / NO

RIESGO DE MALTRATO

EL NIÑ@ PRESENTA SEÑALES FÍSICAS: — SI / NO

- CICATRICES — NO
- QUEMADURAS — NO
- FRACTURAS INEXPLICABLES — NO
- QUEJAS CRÓNICAS DE DOLOR — NO
- MARCAS DE MORDEDURAS — NO
- HEMATOMA SIN CAUSA APARENTE — NO

EL NIÑ@ PRESENTA LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS: — SI / NO

- DIFICULTAD PARA SOCIALIZAR — NO
- LLANTO FRECUENTE — NO
- AGRESIVO — NO
- DISTRAIDO — NO
- PASIVIDAD — NO
- DEMANDA EXCESIVA DE ATENCION — SI
- TEMOR A LOS PADRES O ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA — NO

RIESGO DE CONSUMO DE SPA

EL MENOR A CONSUME BEBIDAS ARTESANALES FERMENTADAS (CHICHA, MASATO, GUARAPO, CHIRINCHE O PIRRIN) — SI / NO

OTRO, CUAL?_____

DEBE TENER EN CUENTA SI EL MENOR ESTA BAJO DE PESO, NO TIENE LAS VACUNAS, NO HA IDO A VALORACION INTEGRAL Y PRESENTA CUALQUIERA DE ESTAS SITUACIONES PREGUNTAR EL PORQUE Y REGISTRAR EN OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

DENTRO DEL ENTORNO HOGAR SE REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ECONOMICA | SI | NO | CUAL? _____ (VER_LISTADO_ACTIVIDADES_ECONOMICAS)

CLASIFIQUE LOS RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL HOGAR EXISTENTES.

CAÍDAS _X_ INTOXICACIONES _____ QUEMADURAS _____ ELECTROCUCIÓN _____ ASFIXIA _____ AHOGAMIENTO _____ TRANSITO _____ OTRO _____ ¿CUAL? _____

EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS	SI	NO
EXPOSICIÓN DIRECTA (CONTACTO DIRECTO CON EL PLAGUICIDA)	SI	NO
EXPOSICIÓN INDIRECTA (LAVADO DE ROPA O UTENSILIOS QUE CONTENGAN EL PLAGUICIDA)	SI	NO
Educación en Riesgos de Accidentes en el Hogar	SI	NO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAI

SI CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN MARQUE CON (X)SEGÚN CORRESPONDA

CUENTA CON CARNET DE VACUNAS	SI	NO

SI NO CUENTA CON CARNET DE VACUNAS O ES POBLACION SIN ANTECEDENTE VACUNAL SE DEBE CANALIZAR DE MANERA PRIORITARIA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

RN			2 MESES			4 MESES			6 MESES			7 MESES			12MESES O 1 AÑO		
BCG (Única Dosis)	SI	NO	PENTAVALENTE (Primera Dosis)	SI	NO	PENTAVALENTE (Segunda Dosis)	SI	NO	PENTAVALENTE (Tercera Dosis)	SI	NO	2da DOSIS DE INFLUENZA	SI	NO	SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)	SI	NO
			POLIO (Primera Dosis)	SI	NO	POLIO (Segunda Dosis)	SI	NO	POLIO (Tercera Dosis)	SI	NO				VARICELA (Primera Dosis)	SI	NO
HEPATITIS B (Recién Nacido)	SI	NO	ROTAVIRUS (Primera Dosis)	SI	NO	ROTAVIRUS (Segunda Dosis)	SI	NO	INFLUENZA ESTACIONAL (Primera Dosis)	SI	NO				NEUMOCOCO (Refuerzo)	SI	NO
			NEUMOCOCO (Primera Dosis)	SI	NO	NEUMOCOCO (Segunda Dosis)	SI	NO							HEPATITIS A (Única Dosis)	SI	NO

18 MESES			5 AÑOS			NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 17 AÑOS, UNICA DOSIS		
DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) bala para los menores que hayan cumplido 18 meses antes de 1 de enero de 2023 (Primer Refuerzo)	SI	NO	DPT (Difteria, Tetanos, Tosferina) (Segundo Refuerzo)	SI	NO	Virus del Papiloma Humano (VPH) (Única Dosis)	SI	NO
PENTAVALENTE aplica a partir del 1 de enero año 2023) (Primer Refuerzo)	SI	NO	POLIO (Segundo Refuerzo)	SI	NO			
			VARICELA Refuerzo	SI	NO			
POLIO(Primer Refuerzo)	SI	NO						
FIEBRE AMARILLA (Única Dosis)	SI	NO						
SRP(Sarampión Rubeola, Paperas)* (Refuerzo)	SI	NO						

VACUNAS ADICIONALES

COVID-19 A PARTIR DE 6 MESES		
1ra Dosis	SI	NO
2da Dosis	SI	NO

INFLUENZA ANUAL (HASTA LOS 35 MESES)	SI	NO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD	SI	NO

Educación en PAI	SI	NO

Canalización en PAI	SI	NO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD NIÑAS Y NIÑOS SUS FAMILIAS Y CUIDADORES BASADOS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud	CURSO DE VIDA	CONOCIMIENTO EN EL TEMA - CUIDADOR	EDUCACIÓN AL CUIDADOR
Promover hábitos de higiene corporal	PI-I		
Educar para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)	PI-I		
Educar para mantener la salud auditiva y comunicativa	PI-I		
Educar para mantener la salud y ergonomía visual y postural	PI-I		
Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas.	PI-I		
Educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.	I		
Promover el cuidado a cuidadores	I		
Promover pautas de higiene del sueño	PI-I		
Promover la alimentación saludable	PI-I		
Educar en derechos sexuales	PI-I		
Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales	PI-I		
Promover el ejercicio del derecho a la salud	PI-I		

CURSO DE VIDA — PI: Primera Infancia — I: Infancia

OBSERVACIONES

Se da educacion sobre aseguramiento y se le explica a la madre la importancia de tener el tema asegurado

INFORMACION GENERAL

TIPO DE DOCUMENTO CC CE N° 1072719835

Nombre de quien realiza la valoración: Lina Ovalo

Firma de la Persona que recibe la visita Yorjana Y

Correo electrónico: _____

EVALUADO POR

PIC ☐ CONCURRENCIA ☑ OTRO ☐ CUAL: _____

Powered by CamScanner