

FICHA CLÍNICA PARA LACTANTE, NIÑA Y NIÑO
(DE 29 DÍAS A < 10 AÑOS)

FECHA día mes año			HORA hora min		NUMERO DE EXPEDIENTE				
--------------------------	--	--	--------------------	--	----------------------	--	--	--	--

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO					DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD				
DISTRITO MUNICIPAL DE SALUD					CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO CCS <input type="radio"/> PS <input type="radio"/> CS <input type="radio"/> CAP <input type="radio"/> CAIMI <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>				

IDENTIFICACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO

NOMBRES					APELLIDOS				
DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO					MUNICIPIO DE NACIMIENTO				
DOMICILIO					DEPARTAMENTO				
MUNICIPIO					TERRITORIO				
SECTOR					COMUNIDAD				

FECHA DE NACIMIENTO día mes año		EDAD años meses días		SEXO F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	ESCOLARIDAD Estudia actualmente <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No Deserción escolar <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Último grado aprobado _____ Años repetidos, ¿cuántos? _____		PUEBLO <input type="radio"/> Maya <input type="radio"/> Garífuna <input type="radio"/> Xinca <input type="radio"/> Mestizo <input type="radio"/> Otro		COMUNIDAD LINGÜÍSTICA (ver codificación al final de la ficha)		MIGRANTE Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Origen _____		NOMBRE DEL/LA RESPONSABLE		NO. DE TELÉFONO	
NÚMERO CUI DE LA NIÑA O NIÑO				PARENTESCO		DPI										

SIGNOS O SÍNTOMAS DE PELIGRO

No puede beber, tomar pecho o ingerir alimentos

Vomita todo

Tiene dificultad respiratoria

Esta letárgico o inconsciente

Presenta convulsiones

Otro, especifique _____

EN CASO DE SIGNOS O SÍNTOMAS DE PELIGRO/CONDICIÓN GRAVE:
tomar signos vitales, estabilizar, registrar y llenar boleta de referencia

MOTIVO DE CONSULTA

REFERIDO Si No

ESPECIFIQUE

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Área reservada para la historia de la enfermedad actual.

ANTECEDENTES

<p>PERINATALES</p> <p>PESO AL NACER: _____ lb _____ onz</p> <p>COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> especificar _____</p> <p>LONGITUD cm: _____</p> <p>PARTO: Vaginal <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/></p> <p>USO DE FORCEPS: Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>PARTO: Institucional <input type="radio"/> Comunitario <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especificar _____</p> <p>ATENDIDO POR: Médico/a <input type="radio"/> Enfermero/a <input type="radio"/> Aux. Enf. <input type="radio"/> Comadrona <input type="radio"/> Otro, especifique _____</p>		<p>MÉDICOS</p> <p>Problemas de crecimiento <input checked="" type="radio"/></p> <p>Problemas nutricionales <input checked="" type="radio"/></p> <p>Problemas de desarrollo <input checked="" type="radio"/></p> <p>Enfermedades transmisibles <input checked="" type="radio"/></p> <p>Enfermedades crónicas <input checked="" type="radio"/></p> <p>Enfermedades vectoriales <input checked="" type="radio"/></p> <p>Alergias <input checked="" type="radio"/></p> <p>Traumas <input checked="" type="radio"/></p> <p>Cirugías <input checked="" type="radio"/></p> <p>Discapacidad <input checked="" type="radio"/></p> <p>Intoxicaciones <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uso de medicamentos <input checked="" type="radio"/></p> <p>Otros, especifique _____</p>			<p>FAMILIARES</p> <p>Diabetes <input checked="" type="radio"/></p> <p>Hipertensión <input checked="" type="radio"/></p> <p>Cáncer <input checked="" type="radio"/></p> <p>Enfermedades transmisibles <input checked="" type="radio"/></p> <p>Problemas psicológicos <input checked="" type="radio"/></p> <p>Problemas judiciales <input checked="" type="radio"/></p> <p>Consumo de sust. psicoactivas <input checked="" type="radio"/></p> <p>Violencia <input checked="" type="radio"/></p> <p>Otras, especifique _____</p>		
---	--	--	--	--	--	--	--

PSICOSOCIALES

<p>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/></p> <p>Apoyo Social <input type="radio"/></p> <p>Cobertura IGSS <input checked="" type="radio"/></p> <p>Problemas más frecuentes Especificar _____</p>		<p>VIVE CON</p> <p>Ambos padres <input type="radio"/> Otro, especifique _____</p> <p>Uno de los padres <input checked="" type="radio"/> Familiar <input type="radio"/></p>		<p>PROBLEMAS EN LA ESCUELA</p> <p>Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> especificar _____</p> <p>TRABAJO INFANTIL</p> <p>Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> especificar _____</p>		<p>ESTADO DE ÁNIMO</p> <p>Triste <input checked="" type="radio"/> Ansioso <input checked="" type="radio"/> Ideas suicidas <input checked="" type="radio"/></p> <p>Alegre <input type="radio"/> Violento/a <input checked="" type="radio"/></p> <p>¿Es peligroso? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/></p>	
--	--	---	--	--	--	--	--

ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACIÓN SEGÚN EDAD*

<p>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/></p> <p>LM exclusiva (<6 meses) <input type="radio"/></p> <p>Alimentación mixta (<6 meses) <input checked="" type="radio"/></p> <p>LM de 6 meses a 2 años o más <input type="radio"/></p>		<p>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/></p> <p>Alimentación complementaria en >6 meses <input type="radio"/></p> <p>Alimentación adecuada a su edad <input checked="" type="radio"/></p> <p>Comidas por día _____</p>		<p>CONSUMO DE</p> <p>Cereales <input type="radio"/> Carnes <input type="radio"/> Grasas <input type="radio"/></p> <p>Verduras <input type="radio"/> Lácteos <input type="radio"/> Agua pura <input type="radio"/></p> <p>Frutas <input type="radio"/> Azúcares <input type="radio"/></p>			<p>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/></p> <p>Actividad física <input type="radio"/> Horas al día: _____</p> <p>Videojuegos <input checked="" type="radio"/> Otras actividades: _____</p> <p>TV <input checked="" type="radio"/> Horas de sueño al día: _____</p> <p>Higiene <input type="radio"/></p>	
--	--	--	--	---	--	--	---	--

CÓDIGOS SEGÚN COMUNIDAD LINGÜÍSTICA

Cod 1 Achi'	Cod 2 Akateka	Cod 3 Awakateka	Cod 4 Ch'orti'	Cod 5 Chalchiteka	Cod 6 Chuj	Cod 7 Itzá	Cod 8 Ixil	Cod 9 Jakalteca
Cod 10 Kaqchikel	Cod 11 K'iche'	Cod 12 Mam	Cod 13 Mopan	Cod 14 Poqomam	Cod 15 Pocomchi'	Cod 16 Q'anjob'al	Cod 17 Q'eqchi'	Cod 18 Sakapulteka
Cod 19 Sipakapensa	Cod 20 Tektiteka	Cod 21 Tz'utujil	Cod 22 Uspanteka					

*VER NORMA

ACCIONES PREVENTIVAS

RANGO DE EDAD	EDAD RECOMENDADA	ESQUEMA RECOMENDADO VACUNAS Y DOSIS				ANTROPOMETRÍA MONITOREO DE CRECIMIENTO										VITAMINAS Y MICRONUTRIENTES ESPOLVOREADOS (VME)		DESPARASITACIÓN		
						Cantidad de controles	Peso/Talla				Talla/Edad			Peso/Edad			Registre fecha según N° de dosis (debe ser cada 6 meses)		Registre fecha según N° de dosis (debe ser cada 6 meses)	
							Normal	Desnutrición moderada	Desnutrición severa	Sobrepeso	Obesidad	Normal	Retardo moderado	Retardo severo	Normal	Peso bajo moderado	Peso bajo severo	1A. ENTREGA	2A. ENTREGA	1A. DOSIS
< 1 AÑO	0 MES	Hep B	Primeras 24 horas de vida o lo antes posible antes de 1 mes de edad			1er. control	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●				
		BCG	RN, lo antes posible, antes de cumplir 1 año de edad				●	●	●	●	●	●	●	●	●	●				
	1er. MES					2do. control	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
	2do. MES	Polio 1	Penta 1	Rotavirus 1	Neumo 1	3er. control	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
	3er. MES					4to. control	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
	4to. MES	Polio 2	Penta 2	Rotavirus 2	Neumo 2	5to. control	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
	5to. MES					6to. control	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
	6to. MES	Polio 3	Penta 3			7mo. control	●	●	●	●	●	●	●	●	●			Vitamina A 100 000 UI		
	7mo. MES					8vo. control	●	●	●	●	●	●	●	●	●			VME:		
	8vo. MES			Influenza 1era. y 2da. en jornada		9no. control	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
	9no. MES					10mo. control	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
10mo. MES					11o. control	●	●	●	●	●	●	●	●	●						
11o. MES					12o. control	●	●	●	●	●	●	●	●	●						
1 AÑO A < 2 AÑOS	12 MESES	SPR 1	Neumo R 1			1	●	●	●	●	●	●	●	●	●			Vitamina A 100 000 UI		
	13 MESES					2	●	●	●	●	●	●	●	●	●			VME:		
	14 MESES					3	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
	15 MESES					4	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
	16 MESES					5	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
	17 MESES					6	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
	18 MESES	SPR 2	Polio R1	DPT R1		7	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
	19 MESES					8	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
	20 MESES					9	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
	21 MESES					10	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
	22 MESES					11	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
23 MESES					12	●	●	●	●	●	●	●	●	●						
2 AÑOS A < 3 AÑOS	Influenza 1era. y un mes después 2da. según antecedente vacunal, en jornada				1	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
					2	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
					3	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
3 AÑOS A < 4 AÑOS					1	●	●	●	●	●	●	●	●	●						
					2	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
4 AÑOS A < 5 AÑOS	4 AÑOS	Polio R2	DPT R2		1	●	●	●	●	●	●	●	●	●						
					2	●	●	●	●	●	●	●	●	●						
ESQUEMA ATRASADO Únicamente se administran estas dosis si no fueron administradas en la edad recomendada, según esquema					ÍNDICE DE MASA CORPORAL						HIERRO Registre fecha según entrega, (debe ser cada 3 meses)				DESPARASITACIÓN Registre fecha según N° de dosis (debe ser cada 6 meses)					
RANGO DE EDAD	VACUNA Y DOSIS				Frecuencia	Normal	Desnutrición moderada	Desnutrición severa	Sobrepeso	Obesidad	1A. DOSIS	2A. DOSIS	3A. DOSIS	4A. DOSIS	1A. DOSIS	2A. DOSIS				
5 AÑOS A < 6 AÑOS	Polio 1	Penta 1 (<7 años)			1er. control		●	●	●	●										
		Penta 2 (<7 años)			2do. control		●	●	●	●										
6 AÑOS A < 7 AÑOS	1 AÑO A < 10 AÑOS	Penta 3 (<7 años)			1er. control		●	●	●	●										
De haber quedado pendiente alguna dosis de Pentavalente en menores de 7 años, pueden completar administrando vacuna Td y Vacuna Hepatitis B pediátrica según la dosis que corresponda.*				2do. control		●	●	●	●											
Td + hepatitis B, 1ra. dosis (7 a <10 años)			1er. control		●	●	●	●												
Td + hepatitis B, 2da. Dosis (7 a <10 años)			2do. control		●	●	●	●												
7 AÑOS A < 8 AÑOS	Polio 2	Td + hepatitis B, 3ra. Dosis (7 a <10 años)			1er. control		●	●	●	●										
Td + hepatitis B, 1ra. dosis (7 a <10 años)			2do. control		●	●	●	●												
8 AÑOS A < 9 AÑOS	Polio 3	Td + hepatitis B, 2da. Dosis (7 a <10 años)			1er. control		●	●	●	●										
		Td + hepatitis B, 3ra. Dosis (7 a <10 años)			2do. control		●	●	●	●										
9 AÑOS A < 10 AÑOS	2 AÑOS A DE < 10 AÑOS	SPR 1	DPT R1 (< 7 años)		1er. control		●	●	●	●										
			De haber quedado pendiente alguna dosis de Pentavalente en menores de 7 años, pueden completar administrando vacuna Td y Vacuna Hepatitis B pediátrica según la dosis que corresponda.*					●	●	●	●									
	SPR 2		Td (7 a <10 años)																	
5 AÑOS A DE < 10 AÑOS	Polio R2	DPT R2 (< 7 años)			2do. control		●	●	●	●										
		Td R2 (7 a <10 años)																		

OBSERVACIONES: si no cumple con algunas de las ACCIONES PREVENTIVAS, refiera a clínica de vacunación para iniciar, continuar y/o completar esquema de vacunación o a clínica de control de peso y talla para evaluación nutricional.

SIGNOS VITALES

Temperatura C° [][] grados		Frecuencia Cardíaca _____ por min.		P/A _____ mmHg		Frecuencia Respiratoria _____ por min.		ASPECTO GENERAL Normal <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No Describir _____	
ANTROPOMETRÍA: MONITOREO DEL CRECIMIENTO EN < 5 AÑOS	PESO [][][] Kg		PESO [][][] Lb		LONGITUD / TALLA [][][] cm		PERÍMETRO CEFÁLICO [][][] cm		IMC MAYORES DE 5 AÑOS SEGÚN NORMAS _____ Normal <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Desnutrición moderada <input checked="" type="radio"/> Desnutrición severa <input checked="" type="radio"/> Sobrepeso <input checked="" type="radio"/> Obesidad <input checked="" type="radio"/>
	PESO/TALLA		TALLA/EDAD		PESO/EDAD				
	Normal <input type="radio"/> Desnutrición moderada <input checked="" type="radio"/> Desnutrición severa <input checked="" type="radio"/> Sobrepeso <input checked="" type="radio"/> Obesidad <input checked="" type="radio"/>		Normal <input type="radio"/> Retardo moderado <input checked="" type="radio"/> Retardo severo <input checked="" type="radio"/>		Normal <input type="radio"/> Peso bajo moderado <input checked="" type="radio"/> Peso bajo severo <input checked="" type="radio"/>				

EXAMEN FÍSICO

SITIO ANATÓMICO	NORMAL	SITIO ANATÓMICO	NORMAL	SITIO ANATÓMICO	NORMAL	SITIO ANATÓMICO	NORMAL	OTROS HALLAZGOS
Piel, fáneras y mucosas	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Salud bucal	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Abdomen	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Extremidades	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Especifique:
Cabeza	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Cuello y tiroides	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Genitourinario	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Neurológicos	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	
Ojos	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Torax	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Columna	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Oídos	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Cardiopulmonar	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Cadera	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			

DESCRIBA HALLAZGOS ANORMALES

DESCRIBA HALLAZGOS ANORMALES

EN CASO DE VIOLENCIA		NÚMERO DE CASO		MALTRATO INFANTIL		NÚMERO DE CASO	
FECHA DE NOTIFICACIÓN	HORA DE NOTIFICACIÓN	[] [] [] []		FECHA DE NOTIFICACIÓN	NÚMERO DE CASO	[] [] [] []	
[] [] [] []	[] [] [] []			[] [] [] []	[] [] [] []		

IMPRESIÓN CLÍNICA (DIAGNÓSTICO), CODIFICACIÓN Y TRATAMIENTO

IMPRESIÓN CLÍNICA (DIAGNÓSTICO)	CIE-10	CONDUCTA/TRATAMIENTO	IMPRESIÓN CLÍNICA (DIAGNÓSTICO)	CIE-10	CONDUCTA/TRATAMIENTO

OTROS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

OTROS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

LABORATORIOS A REALIZAR SEGÚN NORMAS, RESULTADOS Y OTROS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (DESCRIBIR)

LABORATORIOS A REALIZAR SEGÚN NORMAS, RESULTADOS Y OTROS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (DESCRIBIR)

ORIENTACIÓN INTEGRAL

ORIENTACIÓN INTEGRAL

OBSERVACIONES: IMPORTANTE QUE CONSIDERE INCLUIR LAS RECOMENDACIONES U ORIENTACIÓN SOBRE ESTIMACIÓN, SEGÚN LA NORMA.

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR	FECHA PRÓXIMA CITA