



ENCUESTA A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO, DESARROLLO Y VACUNAS EN MENORES DE UN AÑO – 2015

Decreto Legislativo N° 604 Ley de Organización de Funciones del INEI
Decreto Supremo N° 043-2001-PCM del Secreto Estadístico
y Confidencialidad de la Información



Código RENAES

ENCRE01

I. LOCALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA		B. UBICACIÓN CENSAL		GPS	
1. REGIÓN		6. ÁREA	Urbana 1 Rural..... 2	LONGITUD	LATITUD
2. DEPARTAMENTO		7. ZONA			
3. PROVINCIA		8. MANZANA			
4. DISTRITO		9. FRENTE			
5. CENTRO POBLADO		10. AER N°	Inicial: Final:		

11. Dirección del establecimiento de salud: (para tipo de vía seleccione solo un código)

Tipo de vía: Avenida.....1 Jirón.....2 Calle.....3 Pasaje.....4 Carretera.....5 Prolongación.....6 Otro.....7

Nombre de vía	Puerta N°	Block	Int.	Piso	Mz.	Lote	Km.	Teléfono

Referencia de la dirección

II. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. Nombre oficial del establecimiento de salud: (verifique la Resolución de Categorización respectiva)

Tipo de establecimiento: Puesto de salud.....1 Centro de salud.....2 Hospital.....3 (según el tipo de establecimiento, seleccione un código)

Nombre:

2. Dirección Regional de Salud (DIRESA), Dirección de Salud (DISA) o Gerencia Regional de Salud (GERESA):

3. Red:

4. Micro Red:

5. ¿El establecimiento de salud es centro base de: Red?.....1 Micro Red?.....2 NO ES CENTRO BASE.....3

6. Categoría del establecimiento de salud (según reciente evaluación):

I - 1.....1 I - 2.....2 I - 3.....3 I - 4.....4 II - I.....5

III. ENTREVISTA

Visitas al establecimiento de salud	Evaluador/a Externo/a					
	Fecha	Hora		Próxima visita		Resultado de la visita (*)
		De	A	Fecha	Hora	
1°						
2°						
3°						
4°						
5°						
6°						

RESULTADO FINAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Fecha:

Resultado:

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO

1. Completa 2. Incompleta 3. Otro (Especifique)

IV. FUNCIONARIOS/AS DE LA ENCUESTA

Cargo	DNI	Nombre y apellidos
Evaluador/a Externo/a		
Coordinador/a Departamental		
Supervisor/a Nacional		

V. DATOS GENERALES DEL/DE LA JEFE/A DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Nombres y apellidos del/de la informante:	¿Es el/la jefe/a del establecimiento de salud? <i>Sí.....1</i> → PASE A 2 <i>No.....2</i>
--	--

1.	¿Cuáles son los nombres y apellidos del/de la jefe/a del establecimiento de salud?	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
2.	¿Cuál es su profesión? <i>(Seleccione solo un código)</i>	<i>Médico cirujano..... 1</i> <i>Odontólogo/a.....4</i> <i>Obstetra..... 2</i> <i>Técnico/a en enfermería5</i> <i>Enfermero/a..... 3</i> <i>Otra6</i> <i>(Especifique)</i>	
3.	¿Cuál es su condición laboral? <i>(Seleccione solo un código)</i>	<i>Nombrado/a..... 1</i> <i>SERUMS.....3</i> <i>Contratado/a..... 2</i> <i>Otra4</i> <i>(Especifique)</i>	

VI. CAPACIDAD RESOLUTIVA PARA EL CONTROL DE CRECIMIENTO, DESARROLLO, VACUNAS Y SESIONES DEMOSTRATIVAS EN PREPARACIÓN DE ALIMENTOS EN MENORES DE UN AÑO

A. CONSULTORIO DE LA NIÑA Y EL NIÑO

Nombre y apellido del/de la informante del servicio:	¿Es responsable del servicio? <i>Sí.....1</i> <i>No.....2</i>	Consultorio N°
---	---	-----------------------

1.	¿El establecimiento de salud cuenta con un ambiente exclusivo para el control de crecimiento, desarrollo y vacunas de la niña y el niño? <i>(Verifique el lugar físico)</i>	<i>Sí..... 1</i> <i>No..... 2</i>
2.	¿El establecimiento de salud cuenta con el Padrón Nominado de menores de 5 años? <i>(Verifique la existencia del documento físico o digital)</i>	<i>Sí..... 1</i> <i>No 2</i> → PASE A 5

3.	Evaluador/a Externo/a: Identifique y seleccione los criterios con que cuenta el Padrón Nominado:		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Criterios del Padrón Nominado</th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Nombre del establecimiento de salud.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>b. Código RENAES.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>c. Apellidos y nombres del/de la menor.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>d. Fecha de nacimiento.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>e. N° de DNI o CUI.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>f. Sexo.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>g. Tipo de seguro.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>h. Número de afiliación.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>i. Dirección de domicilio.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> Si tiene los 9 criterios CONTINUE con pregunta 4. Censo del padrón nominado, caso contrario PASE A 5 </div>	Criterios del Padrón Nominado	Sí	No	a. Nombre del establecimiento de salud.....	1	2	b. Código RENAES.....	1	2	c. Apellidos y nombres del/de la menor.....	1	2	d. Fecha de nacimiento.....	1	2	e. N° de DNI o CUI.....	1	2	f. Sexo.....	1	2	g. Tipo de seguro.....	1	2	h. Número de afiliación.....	1	2	i. Dirección de domicilio.....	1	2
Criterios del Padrón Nominado	Sí	No																															
a. Nombre del establecimiento de salud.....	1	2																															
b. Código RENAES.....	1	2																															
c. Apellidos y nombres del/de la menor.....	1	2																															
d. Fecha de nacimiento.....	1	2																															
e. N° de DNI o CUI.....	1	2																															
f. Sexo.....	1	2																															
g. Tipo de seguro.....	1	2																															
h. Número de afiliación.....	1	2																															
i. Dirección de domicilio.....	1	2																															

4. Realice el censo de menores de 5 años registrados en el Padrón Nominado, desde mes año hasta mes año :	4.A Total de nacimientos según periodo de referencia																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="text-align: left;">Años</th> <th colspan="6">N° de nacimientos</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Meses</th> <th>2010</th> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>2015</th> </tr> <tr><td>ENERO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FEBRERO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MARZO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ABRIL</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MAYO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>JUNIO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>JULIO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AGOSTO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SEPTIEMBRE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OCTUBRE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NOVIEMBRE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DICIEMBRE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Años	N° de nacimientos						Meses	2010	2011	2012	2013	2014	2015	ENERO							FEBRERO							MARZO							ABRIL							MAYO							JUNIO							JULIO							AGOSTO							SEPTIEMBRE							OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Periodo de referencia</th> <th style="text-align: center;">N° de nacimientos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> a. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 5 años, de mes año a mes año </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> b. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 12 meses, de mes año a mes año </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> c. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 3 meses, de mes año a mes año </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Periodo de referencia	N° de nacimientos	a. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 5 años, de mes año a mes año		b. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 12 meses, de mes año a mes año		c. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 3 meses, de mes año a mes año	
Años	N° de nacimientos																																																																																																										
Meses	2010	2011	2012	2013	2014	2015																																																																																																					
ENERO																																																																																																											
FEBRERO																																																																																																											
MARZO																																																																																																											
ABRIL																																																																																																											
MAYO																																																																																																											
JUNIO																																																																																																											
JULIO																																																																																																											
AGOSTO																																																																																																											
SEPTIEMBRE																																																																																																											
OCTUBRE																																																																																																											
NOVIEMBRE																																																																																																											
DICIEMBRE																																																																																																											
Periodo de referencia	N° de nacimientos																																																																																																										
a. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 5 años, de mes año a mes año																																																																																																											
b. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 12 meses, de mes año a mes año																																																																																																											
c. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 3 meses, de mes año a mes año																																																																																																											

5.	El mes de ^{mes anterior} ¿el personal de salud que realizó la atención de crecimiento, desarrollo y vacunas, registró en el Formato HIS (Sistema de Información en Salud) las actividades diarias realizadas? (Verifique el formato HIS)	Sí..... 1 No 2		
6.	El mes de ^{mes anterior} ¿el personal de salud que realizó la atención de crecimiento, desarrollo y vacunas, registró en el Formato Único de Atención del Seguro Integral de Salud, las actividades diarias realizadas? (Verifique el FUA)	Sí..... 1 No 2		
7.	¿El consultorio de la niña y el niño tiene:			
	RECURSO	CÓDIGO SIGA	DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO SIGA	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN
a.	Equipos e instrumentales (Verifique)			
1.	1 Balanza pediátrica	602208560005	"1" Balanza pediátrica mecánica sobremesa?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
		602208560023	"1" Balanza pediátrica de mesa digital?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
2.	1 Estetoscopio pediátrico	495100060021	"1" Estetoscopio "pediátrico" de dos cambios?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
3.	1 Cinta métrica para medidas antropométricas	497000020267	"1" Cinta métrica para medidas antropométricas de 2 cm x 1.50 m?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
4.	1 Infantómetro	602250000001	"1" Infantómetro? (de 85 a 110 cm)	Sí 1 No... 2 No operativo 3
5.	1 Tallímetro de madera	64620005	"1" Tallímetro de madera? (máximo 2.0 metros)	Sí 1 No... 2 No operativo 3
6.	1 Campanilla de bronce	317500100331	"1" Campanilla de bronce?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
7.	1 Termómetro clínico	49510010	"1" Termómetro clínico?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
b.	Insumos y materiales fungibles (Verifique)			
1.	Algodón	49570007	Algodón hidrófilo?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
2.	Jabón antiséptico	58360022	Jabón clorhexidina 0.05 g/100 ml (0.05%)?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
		58360022	Jabón clorhexidina gluconato 2g/100 ml (2%)?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
		58360022	Jabón clorhexidina 5 g/100 ml (5%)?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
		58330073	Jabón líquido triclosan?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
3.	2 Bajalenguas de madera	495700110002	"2" Bajalenguas de madera?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
4.	Carné de atención	475100050283	Carné de atención integral de salud de la niña?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
		475100050284	Carné de atención integral de salud del niño?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
5.	Plan de atención e historia clínica	475100051886	"Formato plan de atención integral e historia clínica completa de la niña/niño?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
c.	Implementos para el lavado de manos (Verifique)			
1.	Lavamanos, balde o bidón de plástico		Lavamanos?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
		64610006	Balde de plástico "de 8 litros o más"?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
		64610007	Bidón de plástico "de 8 litros o más"?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
2.	Jabón	13920010	Jabón?	Sí 1 No... 2 No operativo 3
3.	Papel toalla	13920016	Papel toalla?	Sí 1 No... 2 No operativo 3

B. CADENA DE FRÍO	
-------------------	--

Nombre y apellido del/de la informante del servicio:	¿Es responsable del servicio? Sí 1 No 2
--	---

1.	¿El establecimiento de salud cuenta con un ambiente exclusivo para cadena de frío? (Verifique el lugar físico)	Sí.....1	No.....2			
2.	¿El área de cadena de frío dispone de:					
a.	Sistema de refrigeración y elementos complementarios (Verifique)					
1.	1 Refrigeradora o refrigeradora y congeladora para vacunas	11226039	“1” Refrigeradora “eléctrica a compresión” para vacunas tipo ICE LINED “horizontal”?	Sí 1	No... 2	No operativo 3
		11226039	“1” Refrigeradora y congeladora “eléctrica a compresión” para vacunas tipo ICE LINED “horizontal”?	Sí 1	No... 2	No operativo 3
		112261880011	“1” Refrigeradora y congeladora de absorción a gas propano o resistencia eléctrica para vacunas “horizontal /vertical”?	Sí 1	No... 2	No operativo 3
		11225557	“1” Refrigerador a y congeladora fotovoltaica (solar) para vacunas “horizontal”?	Sí 1	No... 2	No operativo 3
2.	1 Termo porta vacunas	536498310001	“1” Termo para transporte de biológicos y vacunas?	Sí 1	No... 2	No operativo 3
3.	1 Juego de paquetes fríos para termo porta vacunas	512000281055	Paquetes fríos para termo?	Sí 1	No... 2	No operativo 3
4.	1 Caja transportadora	53221074	“1” Caja transportadora de vacunas?	Sí 1	No... 2	No operativo 3
5.	Juego de paquetes fríos para caja transportadora	512000281407	Paquetes fríos para caja transportadora de vacunas?	Sí 1	No... 2	No operativo 3
6.	1 Termómetro para termo porta vacunas	511000110099	“1” Termómetro de alcohol vertical de rango -20°C a +50°C?	Sí 1	No... 2	No operativo 3
7.	1 Data logger	672288020001	“1” Registrador de datos data logger?	Sí 1	No... 2	No operativo 3
b.	Inmunobiológicos (Verifique)					
1.	Vacuna Pentavalente	584300120003	Vacuna “Pentavalente” (DPT, HIB y VHB) inyectable por 1 dosis?	Sí 1	No... 2	No operativo 3
2.	Vacuna contra Neumococo	584300010004	Vacuna contra Neumococo inyectable por 1 dosis?	Sí 1	No... 2	No operativo 3
3.	Vacuna contra Rotavirus	584300220001	Vacuna contra Rotavirus PLV por 1 dosis?	Sí 1	No... 2	No operativo 3

C. FARMACIA GENERAL O CENTRAL

Nombre y apellido del/de la informante del servicio:	¿Es responsable del servicio? Sí 1 No 2
--	---

1.	¿La farmacia general o central para la atención integral de la niña y el niño tiene: (Verifique)			
	RECURSO	CÓDIGO SIGA	DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO SIGA	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN
	a. Sulfato ferroso oral	582800230013	“Sulfato ferroso” heptahidrato “(equivalente hierro elemental)” 15 mg de Fe/5 ml jarabe 180 ml? (Sulfato ferroso 75 mg/5 ml jarabe 180 ml)	Sí 1 No... 2 No operativo 3
582800230005		“Sulfato ferroso” heptahidrato 25 mg/ml solución “gotas” 30 ml?	Sí 1 No... 2 No operativo 3	

2.	b.	Multimicronutrientes	585700010030	Otras combinaciones de multivitaminas polvo 1 g?	Sí 1	No... 2	No operativo 3
	c.	Jeringa descartable o retractable de 1 ml	495700350043	Jeringa descartable 1 ml con aguja 23 G x 1”?	Sí 1	No... 2	No operativo 3
				Jeringa retractable de 1 ml con aguja 25 G x 1”?	Sí 1	No... 2	No operativo 3
	¿La farmacia general o central para el control prenatal tiene:						
a.	RECURSO		CÓDIGO SIGA	DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO SIGA	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN		
	Suplementos (Verifique)						
	1.	Ácido fólico	582800250001	Ácido fólico 500 mcg “tableta” (0.5 mg)?	Sí 1	No 2	No operativo 3
	2.	Ácido fólico + sulfato ferroso	582800240001	Ácido fólico + “sulfato ferroso” heptahidrato (equivalente de hierro elemental) 400 “mcg” + 60 mg “tableta”?	Sí 1	No 2	No operativo 3
	3.	Carbonato de calcio	585200200001	“Carbonato de calcio” equivalente 500 mg calcio “tableta”?	Sí 1	No 2	No operativo 3

D. PROMOCIÓN DE LA SALUD
(Sesiones demostrativas en preparación de alimentos)

Nombre y apellido del/de la informante del servicio:	¿Es responsable del servicio? Sí 1 No 2
---	--

1. ¿El establecimiento de salud realiza sesiones demostrativas en preparación de alimentos, de manera: <i>(Seleccione solo un código)</i>	<table style="width:100%"> <tr> <td>Quincenal?</td> <td>1</td> <td>Semestral?.....</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mensual?.....</td> <td>2</td> <td>Otra?.....</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Bimestral?</td> <td>3</td> <td align="center" colspan="2"><i>(Especifique)</i></td> </tr> <tr> <td>Trimestral?</td> <td>4</td> <td>NO REALIZA</td> <td>7 →</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">PASE A 4</div>	Quincenal?	1	Semestral?.....	5	Mensual?.....	2	Otra?.....	6	Bimestral?	3	<i>(Especifique)</i>		Trimestral?	4	NO REALIZA	7 →
Quincenal?	1	Semestral?.....	5														
Mensual?.....	2	Otra?.....	6														
Bimestral?	3	<i>(Especifique)</i>															
Trimestral?	4	NO REALIZA	7 →														

2. ¿Quién financió la compra de los alimentos perecibles utilizados en la última sesión demostrativa en preparación de alimentos? <i>(Seleccione uno o más códigos)</i>	<table style="width:100%"> <tr> <td>DIRESA/DISA/RED/MICRO RED...</td> <td>1</td> <td>Personal de salud.....</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Establecimiento de salud.....</td> <td>2</td> <td>Participantes.....</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Municipalidad.....</td> <td>3</td> <td>Otro</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="4"><i>(Especifique)</i></td> </tr> </table>	DIRESA/DISA/RED/MICRO RED...	1	Personal de salud.....	4	Establecimiento de salud.....	2	Participantes.....	5	Municipalidad.....	3	Otro	6	<i>(Especifique)</i>			
DIRESA/DISA/RED/MICRO RED...	1	Personal de salud.....	4														
Establecimiento de salud.....	2	Participantes.....	5														
Municipalidad.....	3	Otro	6														
<i>(Especifique)</i>																	

3. ¿Cuenta con el formato lista de participantes de la última sesión demostrativa en preparación de alimentos? <i>(Verifique la lista de participantes)</i>	Sí.....1 No.....2
--	----------------------

4. ¿El establecimiento de salud para el desarrollo de las sesiones demostrativas en preparación de alimentos, cuenta con:				
	RECURSO	CÓDIGO SIGA	DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO SIGA	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN
a.	Documento técnico (Verifique)			
1.	Documento Técnico de Sesiones Demostrativas		Documento Técnico de Sesiones Demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
b.	Materiales (Verifique)			
1.	Recetario de las preparaciones de alimentos para menores de un año		Recetario de las preparaciones de alimentos para menores de un año?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
2.	Set de platos	169900180070	"04" Platos tendidos de plástico (23 cm)?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
		169900180073	"12" Platos de postre de plástico (19 cm)?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
3.	Set de cubiertos	169400010009	"06" Cucharas de acero inoxidable?	Sí 1 No ... 2 No operativo ... 3
		169400070001	"03" Tenedores de acero inoxidable de mesa?	Sí 1 No ... 2 No operativo ... 3
4.	Set de tapers	503700100014	"10" Envases con tapa tipo taper x 1 litro?	Sí 1 No ... 2 No operativo ... 3
5.	1 Tabla de picar	16940025	"1" Tabla de picar?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
6.	1 Cuchillo de cocina	16940005	"1" Cuchillo de acero inoxidable para cocina?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
7.	Lavamanos, balde o bidón de plástico		Lavamanos?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
		64610006	Balde de plástico "de 8 litros o más"?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
		64610007	Bidón de plástico "de 8 litros o más"?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
8.	Jabón para lavado de manos	13920010	Jabón?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
9.	Toalla de mano o papel toalla para el secado de manos	135000370002	Toalla de mano?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
		13920016	Papel toalla?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3

OBSERVACIONES	

E1. DETALLE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
1	1.1. Personal de enfermería
2	2.1. Personal de enfermería
3	3.1. Personal de enfermería
4	4.1. Personal de enfermería
5	5.1. Personal de enfermería
6	6.1. Personal de enfermería
7	7.1. Personal de enfermería
8	8.1. Personal de enfermería
9	9.1. Personal de enfermería
10	10.1. Personal de enfermería
11	11.1. Personal de enfermería
12	12.1. Personal de enfermería
13	13.1. Personal de enfermería
14	14.1. Personal de enfermería
15	15.1. Personal de enfermería
16	16.1. Personal de enfermería
17	17.1. Personal de enfermería
18	18.1. Personal de enfermería
19	19.1. Personal de enfermería
20	20.1. Personal de enfermería
21	21.1. Personal de enfermería
22	22.1. Personal de enfermería
23	23.1. Personal de enfermería
24	24.1. Personal de enfermería
25	25.1. Personal de enfermería
26	26.1. Personal de enfermería
27	27.1. Personal de enfermería
28	28.1. Personal de enfermería
29	29.1. Personal de enfermería
30	30.1. Personal de enfermería
31	31.1. Personal de enfermería
32	32.1. Personal de enfermería
33	33.1. Personal de enfermería
34	34.1. Personal de enfermería
35	35.1. Personal de enfermería
36	36.1. Personal de enfermería
37	37.1. Personal de enfermería
38	38.1. Personal de enfermería
39	39.1. Personal de enfermería
40	40.1. Personal de enfermería
41	41.1. Personal de enfermería
42	42.1. Personal de enfermería
43	43.1. Personal de enfermería
44	44.1. Personal de enfermería
45	45.1. Personal de enfermería
46	46.1. Personal de enfermería
47	47.1. Personal de enfermería
48	48.1. Personal de enfermería
49	49.1. Personal de enfermería
50	50.1. Personal de enfermería
51	51.1. Personal de enfermería
52	52.1. Personal de enfermería
53	53.1. Personal de enfermería
54	54.1. Personal de enfermería
55	55.1. Personal de enfermería
56	56.1. Personal de enfermería
57	57.1. Personal de enfermería
58	58.1. Personal de enfermería
59	59.1. Personal de enfermería
60	60.1. Personal de enfermería
61	61.1. Personal de enfermería
62	62.1. Personal de enfermería
63	63.1. Personal de enfermería
64	64.1. Personal de enfermería
65	65.1. Personal de enfermería
66	66.1. Personal de enfermería
67	67.1. Personal de enfermería
68	68.1. Personal de enfermería
69	69.1. Personal de enfermería
70	70.1. Personal de enfermería
71	71.1. Personal de enfermería
72	72.1. Personal de enfermería
73	73.1. Personal de enfermería
74	74.1. Personal de enfermería
75	75.1. Personal de enfermería
76	76.1. Personal de enfermería
77	77.1. Personal de enfermería
78	78.1. Personal de enfermería
79	79.1. Personal de enfermería
80	80.1. Personal de enfermería
81	81.1. Personal de enfermería
82	82.1. Personal de enfermería
83	83.1. Personal de enfermería
84	84.1. Personal de enfermería
85	85.1. Personal de enfermería
86	86.1. Personal de enfermería
87	87.1. Personal de enfermería
88	88.1. Personal de enfermería
89	89.1. Personal de enfermería
90	90.1. Personal de enfermería
91	91.1. Personal de enfermería
92	92.1. Personal de enfermería
93	93.1. Personal de enfermería
94	94.1. Personal de enfermería
95	95.1. Personal de enfermería
96	96.1. Personal de enfermería
97	97.1. Personal de enfermería
98	98.1. Personal de enfermería
99	99.1. Personal de enfermería
100	100.1. Personal de enfermería

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
N° Ord.	<p>¿Cuáles son los nombres y apellidos de cada uno/a de los/as enfermeros/as que trabajan en el establecimiento de salud?</p> <p style="text-align: center;"><i>(Mes anterior)</i></p>	<p>¿Cuál es el número de su Documento Nacional de Identidad (DNI)?</p> <p style="text-align: center;"><i>(Verifique)</i></p> <p style="text-align: center;"><i>(Ingrese en los recuadros correspondientes)</i></p>	<p>¿Cuál es su condición laboral?</p> <p style="text-align: center;"><i>(Mes anterior)</i></p> <p>Nombrado/a 1</p> <p>Contratado/a 2</p> <p>SERUMS 3</p> <p>Otra 4</p> <p style="text-align: center;"><i>(Especifique)</i></p> <p style="text-align: center;">(Seleccione solo un código)</p>	<p>En el mes de^{mes} ¿en qué servicios o áreas ha laborado:</p> <p style="text-align: center;"><i>(Mes anterior)</i></p> <p>Consultorio de la niña y el niño? 1</p> <p>Consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED)? 2</p> <p>Consultorio de vacunas? 3</p> <p>Promoción de la salud (PROMSA)? 4</p> <p>Consultorio externo en atención prenatal? 5</p> <p>Consultorio externo de medicina?... 6</p> <p>Atención inmediata del recién nacido en sala de partos o alojamiento conjunto? 7</p> <p>Emergencia general? 8</p> <p>Hospitalización general? 9</p> <p>Sala de partos? 10</p> <p>Otro servicio? 11</p> <p style="text-align: center;"><i>(Especifique)</i></p> <p>NINGUNO 12</p> <p style="text-align: center;">(Seleccione uno o más códigos)</p>	<p style="text-align: center;">Solo para los códigos del 1 al 5 de la pregunta 4.</p> <p style="text-align: center;">5.</p> <p>Las últimas dos semanas del mes anterior, del lunes al domingo <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> día mes día mes </div> <p style="text-align: center;">¿En qué turnos y días laboró?</p> <p style="text-align: center;">(Marque "X" o "–", según corresponda)</p> <p style="text-align: center;">X : Programado – : No programado</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center; background-color: #cccccc;">Seleccione los códigos de servicio según periodo de referencia: últimas dos semanas del mes anterior</p> <p>CRED 2</p> <p>Vacunas 3</p> <p>PROMSA 4</p> <p>Consultorio externo en atención prenatal... 5</p> <p>NINGUNO 6</p> </div> <div style="border: 2px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>Pase al ingreso del siguiente profesional</p> </div> </p>	<p style="text-align: center;">6.</p> <p>¿Qué tipo de atención realizó:</p> <p style="text-align: center;"><i>(Mes anterior)</i></p> <p>Control de crecimiento y desarrollo (CRED)? 1</p> <p>Vacunas? 2</p> <p>Consejería en lactancia materna exclusiva y/o alimentación complementaria? 3</p> <p>Sesiones demostrativas en preparación de alimentos? 4</p> <p>Sesiones demostrativas en lavado de manos? 5</p> <p>Control prenatal? 6</p> <p>Otra atención? 7</p> <p style="text-align: center;"><i>(Especifique)</i></p> <p style="text-align: center;">(Seleccione uno o más códigos)</p>

[illegible]

E2. DETALLE DEL PERSONAL MÉDICO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD						No existe personal médico en el establecimiento de salud.....1																																																																																																																																																																																		
Nº Ord.	1. ¿Cuáles son los nombres y apellidos de cada uno/a de los/as médicos que trabajan en el establecimiento de salud? (Mes anterior)		2. ¿Cuál es el número de su Documento Nacional de Identidad (DNI)? (Verifique) (Ingrese en los recuadros correspondientes)		3. ¿Cuál es su condición laboral? (Mes anterior) Nombrado/a1 Contratado/a2 SERUMS.....3 Otra.....4 (Especifique) (Seleccione solo un código)		4. ¿Cuál es su especialidad? Pediatría1 Gineco2 obstetricia2 Medicina3 interna3 Cirugía4 Otra.....5 (Especifique) NINGUNA6 (Verifique el Registro Nacional de Especialidad-RNE)		5. En el mes de..... ¿en qué servicios o áreas ha laborado: (Mes anterior) Consultorio de la niña y el niño?.....1 Consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED)?2 Consultorio de vacunas?.....3 Promoción de la salud (PROMSA)?4 Consultorio externo en atención prenatal?5 Consultorio externo de medicina? ..6 Atención inmediata del recién nacido en sala de partos o alojamiento conjunto?7 Emergencia general?8 Hospitalización general?9 Sala de partos?10 Otro servicio?11 (Especifique) NINGUNO12 (Seleccione uno o más códigos)		Solo para los códigos del 1 al 5 de la pregunta 5. 6. Las últimas dos semanas del mes anterior, del lunes al domingo día mes día mes ¿En qué turnos y días laboró? (Marque "X" o "–", según corresponda) X : Programado – : No programado <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Seleccione los códigos de servicio según periodo de referencia: últimas dos semanas del mes anterior CRED..... 2 Vacunas..... 3 PROMSA..... 4 Consultorio externo en atención prenatal... 5 NINGUNO..... 6 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> Pase al ingreso del siguiente profesional </div>														7. ¿Qué tipo de atención realizó: (Mes anterior) Control de crecimiento y desarrollo (CRED)?1 Vacunas?2 Consejería en lactancia materna exclusiva y/o alimentación complementaria?3 Sesiones demostrativas en preparación de alimentos?4 Sesiones demostrativas en lavado de manos? ...5 Control prenatal?6 Otra atención?7 (Especifique) (Seleccione uno o más códigos)																																																																																																																																																															
	NOMBRES		APELLIDOS		Nº DNI		Código		Código		Código		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Cód.</th> <th rowspan="2">Turno</th> <th colspan="7">Penúltima semana</th> <th colspan="7">Última semana</th> <th rowspan="2">Código</th> </tr> <tr> <th>L</th><th>M</th><th>M</th><th>J</th><th>V</th><th>S</th><th>D</th> <th>L</th><th>M</th><th>M</th><th>J</th><th>V</th><th>S</th><th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">2</td> <td>M</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>T</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">3</td> <td>M</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>T</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">4</td> <td>M</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>T</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">5</td> <td>M</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>T</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>														Cód.	Turno	Penúltima semana							Última semana							Código	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	2	M																T															3	M																T															4	M																T															5	M																T													
Cód.	Turno	Penúltima semana							Última semana							Código																																																																																																																																																																								
		L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D																																																																																																																																																																									
2	M																																																																																																																																																																																							
	T																																																																																																																																																																																							
3	M																																																																																																																																																																																							
	T																																																																																																																																																																																							
4	M																																																																																																																																																																																							
	T																																																																																																																																																																																							
5	M																																																																																																																																																																																							
	T																																																																																																																																																																																							
1																																																																																																																																																																																								
2													2	M																																																																																																																																																																										
													T																																																																																																																																																																											
													3	M																																																																																																																																																																										
													T																																																																																																																																																																											
													4	M																																																																																																																																																																										
													T																																																																																																																																																																											
													5	M																																																																																																																																																																										
													T																																																																																																																																																																											

E2. DETALLE DEL PERSONAL MÉDICO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

[illegible]

[illegible]

E4. DETALLE DEL PERSONAL TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD						No existe personal técnico en el establecimiento de salud.....1																						
Nº Ord.	1. ¿Cuáles son los nombres y apellidos de cada uno/a de los/as técnicos/as que trabajan en el establecimiento de salud? (Mes anterior)		2. ¿Cuál es el número de su Documento Nacional de Identidad (DNI)? (Verifique) (Ingrese en los recuadros correspondientes)		3. ¿Cuál es su condición laboral? (Mes anterior) Nombrado/a 1 Contratado/a ... 2 Otra 3 (Especifique) (Seleccione solo un código)		4. ¿Cuál es su profesión? Técnico/a en enfermería 1 Técnico/a en farmacia 2 Técnico/a en laboratorio 3 Otra 4 (Especifique) (Seleccione solo un código)		5. En el mes de ¿en qué servicios o áreas ha laborado: (Mes anterior) Consultorio de la niña y el niño? 1 Consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED)? 2 Consultorio de vacunas? 3 Promoción de la salud (PROMSA)? 4 Consultorio externo en atención prenatal? 5 Consultorio externo de medicina? ... 6 Atención inmediata del recién nacido en sala de partos o alojamiento conjunto? 7 Emergencia general? 8 Hospitalización general? 9 Sala de partos? 10 Farmacia? 11 Laboratorio? 12 Otro servicio? 13 (Especifique) NINGUNO 14 (Seleccione uno o más códigos)		6. Solo para los códigos del 1 al 5 de la pregunta 5. Las últimas dos semanas del mes anterior, del lunes al domingo día mes día mes ¿En qué turnos y días laboró? (Marque "X" o "–", según corresponda) X : Programado – : No programado <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Seleccione los códigos de servicio según periodo de referencia: últimas dos semanas del mes anterior CRED 2 Vacunas 3 PROMSA 4 Consultorio externo en atención prenatal... 5 NINGUNO 6 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> Pase al ingreso del siguiente profesional </div>													7. ¿Qué tipo de atención realizó: (Mes anterior) Control de crecimiento y desarrollo (CRED)? 1 Vacunas? 2 Consejería en lactancia materna exclusiva y/o alimentación complementaria? 3 Sesiones demostrativas en preparación de alimentos? 4 Sesiones demostrativas en lavado de manos? ... 5 Control prenatal? 6 Otra atención? 7 (Especifique) (Seleccione uno o más códigos)				
	NOMBRES		APELLIDOS		Nº DNI		Código		Código		Código		Cód.	Turno	Penúltima semana							Última semana						
														L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	
1												2	M															
													T															
													3	M														
														T														
													4	M														
T																												
2												2	M															
													T															
													3	M														
														T														
													4	M														
T																												

E4. DETALLE DEL PERSONAL TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
1	1.1. Personal de salud
2	2.1. Personal de salud
3	3.1. Personal de salud
4	4.1. Personal de salud
5	5.1. Personal de salud
6	6.1. Personal de salud
7	7.1. Personal de salud
8	8.1. Personal de salud
9	9.1. Personal de salud
10	10.1. Personal de salud
11	11.1. Personal de salud
12	12.1. Personal de salud
13	13.1. Personal de salud
14	14.1. Personal de salud
15	15.1. Personal de salud
16	16.1. Personal de salud
17	17.1. Personal de salud
18	18.1. Personal de salud
19	19.1. Personal de salud
20	20.1. Personal de salud
21	21.1. Personal de salud
22	22.1. Personal de salud
23	23.1. Personal de salud
24	24.1. Personal de salud
25	25.1. Personal de salud
26	26.1. Personal de salud
27	27.1. Personal de salud
28	28.1. Personal de salud
29	29.1. Personal de salud
30	30.1. Personal de salud
31	31.1. Personal de salud
32	32.1. Personal de salud
33	33.1. Personal de salud
34	34.1. Personal de salud
35	35.1. Personal de salud
36	36.1. Personal de salud
37	37.1. Personal de salud
38	38.1. Personal de salud
39	39.1. Personal de salud
40	40.1. Personal de salud
41	41.1. Personal de salud
42	42.1. Personal de salud
43	43.1. Personal de salud
44	44.1. Personal de salud
45	45.1. Personal de salud
46	46.1. Personal de salud
47	47.1. Personal de salud
48	48.1. Personal de salud
49	49.1. Personal de salud
50	50.1. Personal de salud
51	51.1. Personal de salud
52	52.1. Personal de salud
53	53.1. Personal de salud
54	54.1. Personal de salud
55	55.1. Personal de salud
56	56.1. Personal de salud
57	57.1. Personal de salud
58	58.1. Personal de salud
59	59.1. Personal de salud
60	60.1. Personal de salud
61	61.1. Personal de salud
62	62.1. Personal de salud
63	63.1. Personal de salud
64	64.1. Personal de salud
65	65.1. Personal de salud
66	66.1. Personal de salud
67	67.1. Personal de salud
68	68.1. Personal de salud
69	69.1. Personal de salud
70	70.1. Personal de salud
71	71.1. Personal de salud
72	72.1. Personal de salud
73	73.1. Personal de salud
74	74.1. Personal de salud
75	75.1. Personal de salud
76	76.1. Personal de salud
77	77.1. Personal de salud
78	78.1. Personal de salud
79	79.1. Personal de salud
80	80.1. Personal de salud
81	81.1. Personal de salud
82	82.1. Personal de salud
83	83.1. Personal de salud
84	84.1. Personal de salud
85	85.1. Personal de salud
86	86.1. Personal de salud
87	87.1. Personal de salud
88	88.1. Personal de salud
89	89.1. Personal de salud
90	90.1. Personal de salud
91	91.1. Personal de salud
92	92.1. Personal de salud
93	93.1. Personal de salud
94	94.1. Personal de salud
95	95.1. Personal de salud
96	96.1. Personal de salud
97	97.1. Personal de salud
98	98.1. Personal de salud
99	99.1. Personal de salud
100	100.1. Personal de salud

N° Ord.	<p>1. ¿Cuáles son los nombres y apellidos de cada uno/a de los/as técnicos/as que trabajan en el establecimiento de salud?</p> <p>(Mes anterior)</p>	<p>2. ¿Cuál es el número de su Documento Nacional de Identidad (DNI)?</p> <p>(Verifique)</p> <p>(Ingrese en los recuadros correspondientes)</p>	<p>3. ¿Cuál es su condición laboral?</p> <p>(Mes anterior)</p> <p>Nombrado/a 1</p> <p>Contratado/a ... 2</p> <p>Otra 3</p> <p>(Especifique)</p> <p>(Seleccione solo un código)</p>	<p>4. ¿Cuál es su profesión?</p> <p>Técnico/a en enfermería 1</p> <p>Técnico/a en farmacia 2</p> <p>Técnico/a en laboratorio 3</p> <p>Otra 4</p> <p>(Especifique)</p> <p>(Seleccione solo un código)</p>	<p>5. En el mes de mes ¿en qué servicios o áreas ha laborado:</p> <p>(Mes anterior)</p> <p>Consultorio de la niña y el niño? 1</p> <p>Consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED)? 2</p> <p>Consultorio de vacunas? 3</p> <p>Promoción de la salud (PROMSA)? 4</p> <p>Consultorio externo en atención prenatal? 5</p> <p>Consultorio externo de medicina? ... 6</p> <p>Atención inmediata del recién nacido en sala de partos o alojamiento conjunto? 7</p> <p>Emergencia general? 8</p> <p>Hospitalización general? 9</p> <p>Sala de partos? 10</p> <p>Farmacia? 11</p> <p>Laboratorio? 12</p> <p>Otro servicio? 13</p> <p>(Especifique)</p> <p>NINGUNO 14</p> <p>(Seleccione uno o más códigos)</p>	<p>Solo para los códigos del 1 al 5 de la pregunta 5.</p> <p>6. Las últimas dos semanas del mes anterior, del lunes al domingo día mes día mes</p> <p>¿En qué turnos y días laboró?</p> <p>(Marque "X" o "—", según corresponda)</p> <p>X : Programado — : No programado</p> <div> <div> <p>Seleccione los códigos de servicio según periodo de referencia: últimas dos semanas del mes anterior</p> <p>CRED 2</p> <p>Vacunas 3</p> <p>PROMSA 4</p> <p>Consultorio externo en atención prenatal... 5</p> <p>NINGUNO 6</p> </div> <div> <p>Pase al ingreso del siguiente profesional</p> </div> </div>		<p>7. ¿Qué tipo de atención realizó:</p> <p>(Mes anterior)</p> <p>Control de crecimiento y desarrollo (CRED)? 1</p> <p>Vacunas? 2</p> <p>Consejería en lactancia materna exclusiva y/o alimentación complementaria? 3</p> <p>Sesiones demostrativas en preparación de alimentos? 4</p> <p>Sesiones demostrativas en lavado de manos? ... 5</p> <p>Control prenatal? 6</p> <p>Otra atención? 7</p> <p>(Especifique)</p> <p>(Seleccione uno o más códigos)</p>
------------	--	---	---	---	--	---	--	--

[illegible]

VII. VERIFICACIÓN DIRECTA DE LA ATENCIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A. ATENCIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1.	Evaluador/a Externo/a: ¿Se realizó atención del control de crecimiento y desarrollo durante su permanencia en el establecimiento de salud?	Sí.....1 No.....2 →	PASE A CAPÍTULO VIII
2.	Nombre y apellido del/de la responsable de la atención:		
	a. ¿Cuál es su profesión? <i>(Seleccione solo un código)</i>	Enfermero/a.....1 Obstetra.....4 Técnico/a en enfermería.....2 Otra.....5 Médico cirujano.....3 <i>(Especifique)</i>	
	b. ¿Asistió Ud. a alguna capacitación sobre control de crecimiento y desarrollo, en los últimos 12 meses, de a? <div style="text-align: center; font-size: small;">mes mes</div>	Sí.....1 → No.....2	
	b.1 ¿Recibió alguna constancia o certificado por la capacitación? Sí.....1 No.....2		
3.	Datos de la muestra		
	<div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">a. Total de niñas y niños a evaluar</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">b. Muestra de niñas y niños</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; position: relative; margin: 0 auto;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 100%; height: 100%; background: linear-gradient(to top right, transparent 49%, #ccc 49%, #ccc 51%, transparent 51%);"></div> </div>	
4.	Datos de la historia clínica <i>(Transcriba de la historia clínica)</i>		
	a. Fecha de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> dd / mm / aa </div> </div>	b. Nombre del/de la menor <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	c. Sexo del/de la menor Masculino.....1 Femenino.....2
	d. Número de DNI o CUI del/de la menor N° DNI o CUI <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 20px; text-align: center; font-size: small;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> </div> </div> NO TIENE.....1		
	e. Número de DNI de la madre/tutor del/de la menor <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> </div> </div> NO TIENE.....1	f. Fecha de nacimiento del/de la menor <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> dd / mm / aa </div> </div>	g. Edad del/de la menor <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> años / meses / días </div> </div>
	h. Número de control de crecimiento y desarrollo <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> NO TIENE.....1		
5.	Tiempo de duración de la atención del control de crecimiento y desarrollo <i>(Utilice reloj)</i>		
	a. Hora de inicio de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> hh / mm </div> </div>	b. Solo cuando se interrumpe la atención	
		b.1 Hora de inicio del corte <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> hh / mm </div> </div>	b.2 Hora final del corte <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> hh / mm </div> </div>
		b.3 Hora de reinicio de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> hh / mm </div> </div>	c. Hora final de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> hh / mm </div> </div>
		b.1 Hora de inicio del corte <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> hh / mm </div> </div>	b.2 Hora final del corte <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> hh / mm </div> </div>
		b.3 Hora de reinicio de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> hh / mm </div> </div>	c. Hora final de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> hh / mm </div> </div>
6.	Observación de la atención del control de crecimiento y desarrollo		
	Evaluador/a Externo/a: OBSERVE DETALLADAMENTE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PERSONAL DE SALUD Y SELECCIONE EL CÓDIGO DE CALIFICACIÓN, SEGÚN CORRESPONDA:		
	ACTIVIDADES		CÓDIGO DE CALIFICACIÓN
a.	Atención previa		
	1. Realiza el lavado de manos antes de atender a la niña o el niño		Sí.....1 No.....2

	ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN		
	2. Saluda a la madre o cuidador/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Saluda a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	4. Verifica si la niña o niño tiene su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Código Único de Identificación (CUI)	Sí.....1	No.....2	
	5. Verifica si la niña o niño tiene seguro de salud	Sí.....1	No.....2	
	6. Pregunta a la madre o cuidador/a sobre el estado de salud de la niña o niño desde su último control	Sí.....1	No.....2	
	7. Pregunta a la madre o cuidador/a si la niña o niño presenta señales generales de peligro (no puede lactar, presenta vómitos, convulsiones, estado letárgico o comatoso, según la edad del/de la menor)	Sí.....1	No.....2	
	8. Indaga signos de maltrato infantil aplicando la ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil	Sí.....1	No.....2	
	9. Registra los hallazgos de maltrato infantil en la ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil de la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
b.	Funciones vitales:			
	1. Realiza el control de frecuencia cardíaca a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	2. Realiza el control de frecuencia respiratoria a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de temperatura a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	4. Registra el control de funciones vitales en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
c.	Evaluación nutricional:			
	1. Realiza la nivelación de la balanza	Sí.....1	No.....2	
	2. Realiza el control de peso a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de talla a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	4. Realiza el control de perímetro cefálico a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	5. Registra las medidas antropométricas en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	6. Grafica las medidas peso y talla en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	7. Evalúa el crecimiento y estado nutricional (evaluación y monitoreo del crecimiento) registrando los datos en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	8. Evalúa el crecimiento y estado nutricional (evaluación y monitoreo del crecimiento) registrando los datos en el carné de atención integral de la niña o niño según la edad del/de la menor	Sí.....1	No.....2	
	9. Interroga según la guía para la evaluación de la alimentación	Sí.....1	No.....2	
	10. Registra la condición del crecimiento y estado nutricional en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	11. Indica la realización de descarte de anemia (dosaje de hemoglobina) a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	12. Registra la indicación de descarte de anemia (dosaje de hemoglobina) en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	13. Indica la suplementación de micronutrientes a la niña o niño (sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas", etc.)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	14. Monitorea suplementación de micronutrientes a la niña o niño (sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas", etc.)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	15. Registra la suplementación de micronutrientes en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	16. Indica la realización de descarte de parasitosis a la niña o niño (a partir de un año de edad: examen de heces seriado, test de Graham)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	17. Registra la indicación de descarte de parasitosis en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	18. Indica desparasitación profiláctica a la niña o niño (a partir de los dos años de edad: mebendazol o albendazol)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	19. Registra la desparasitación profiláctica en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
d.	Evaluación física:			
	1. Realiza el examen físico céfalocaudal a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	2. Registra el resultado del examen físico céfalocaudal a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Evalúa el desarrollo psicomotor de la niña o niño (utilizando el test peruano de evaluación del desarrollo del niño, según la edad del/de la menor)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	4. Registra el desarrollo psicomotor de la niña o niño en el test peruano de la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	5. Registra el diagnóstico del desarrollo psicomotor de la niña o niño	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3

ACTIVIDADES		CÓDIGO DE CALIFICACIÓN
e.	Consejería, orientación y registros:	
1.	Brinda orientación y/o consejería de lactancia materna exclusiva a la madre o cuidador/a	Sí1 No.....2 No aplica.....3
2.	Registra los acuerdos de la orientación y/o consejería de lactancia materna exclusiva en la historia clínica (verifica el registro de acuerdos en la historia clínica)	Sí1 No.....2 No aplica.....3
3.	Brinda orientación y/o consejería nutricional (alimentación complementaria, lactancia materna prolongada, alimentación balanceada)	Sí.....1 No.....2 No aplica.....3
4.	Registra los acuerdos de la orientación y/o consejería nutricional (alimentación complementaria, lactancia materna prolongada, alimentación balanceada) en la historia clínica (verifica el registro de acuerdos en la historia clínica)	Sí.....1 No.....2 No aplica.....3
5.	Brinda orientación y/o consejería sobre el crecimiento del/de la menor	Sí.....1 No.....2
6.	Brinda orientación y/o consejería en lavado de manos	Sí.....1 No.....2
7.	Brinda orientación y/o consejería, según el diagnóstico encontrado en el/la menor (higiene bucal, higiene corporal, prevención y manejo EDAS, IRAS, anemia, pediculosis, etc.)	Sí.....1 No.....2
8.	Realiza interconsulta, según el diagnóstico encontrado en el/la menor (higiene bucal, higiene corporal, prevención y manejo EDAS, IRAS, anemia, pediculosis, etc.)	Sí.....1 No.....2
9.	Registra en la historia clínica la orientación y/o consejería, según el diagnóstico encontrado en el/la menor	Sí.....1 No.....2
10.	Registra la atención en el registro diario de atención y otras actividades de salud (HIS)	Sí.....1 No.....2
11.	Registra la atención en el Formato Único de Atención del Seguro Integral de Salud (SIS) (de ser el menor afiliado al Seguro Integral de Salud)	Sí.....1 No.....2 No aplica.....3
12.	Realiza la cita para el siguiente control (anota en el plan de atención o en la historia clínica)	Sí.....1 No.....2
13.	Realiza la atención en lengua originaria: andina o amazónica (al menos una actividad) en caso que la madre/tutor hable en una lengua diferente al castellano.	Sí.....1 No.....2 No aplica.....3

VII. VERIFICACIÓN DIRECTA DE LA ATENCIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A. ATENCIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1.	Evaluador/a Externo/a: ¿Se realizó atención del control de crecimiento y desarrollo durante su permanencia en el establecimiento de salud?	Sí.....1 No.....2 →	PASE A CAPÍTULO VIII									
2.	Nombre y apellido del/de la responsable de la atención:											
	a. ¿Cuál es su profesión? <i>(Selecciones solo un código)</i>	Enfermero/a.....1 Obstetra.....4 Técnico/a en enfermería.....2 Otra.....5 Médico cirujano.....3 <i>(Especifique)</i>										
	b. ¿Asistió Ud. a alguna capacitación sobre control de crecimiento y desarrollo, en los últimos 12 meses, de a? <div style="text-align: center; font-size: small;">mes mes</div>	Sí.....1 → b.1 ¿Recibió alguna constancia o certificado por la capacitación? No.....2 Sí.....1 No.....2										
3.	Datos de la muestra											
	a. Total de niñas y niños a evaluar <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	b. Muestra de niñas y niños <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px auto; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 50%; height: 50%; border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div>										
4.	Datos de la historia clínica <i>(Transcriba de la historia clínica)</i>											
	a. Fecha de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="text-align: center; font-size: small;">dd / mm / aa</div>	b. Nombre del/de la menor <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin: 5px auto; width: 100px;"></div>	c. Sexo del/de la menor Masculino.....1 Femenino.....2									
	d. Número de DNI de la madre/tutor del/de la menor <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="text-align: center; font-size: small;">Nº DNI</div> NO TIENE.....1	f. Fecha de nacimiento del/de la menor <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="text-align: center; font-size: small;">dd / mm / aa</div>	g. Edad del/de la menor <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="text-align: center; font-size: small;">años / meses / días</div>									
	d. Número de DNI o CUI del/de la menor Nº DNI o CUI <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> NO TIENE.....1		h. Número de control de Crecimiento y Desarrollo <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin: 5px auto; width: 100px;"></div> NO TIENE.....1									
5.	Tiempo de duración de la atención del control de crecimiento y desarrollo <i>(Utilice reloj)</i>											
	a. Hora de inicio de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="text-align: center; font-size: small;">hh / mm</div>	b. Solo cuando se interrumpe la atención <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr> <th style="width: 25%;">b.1 Hora de inicio del corte</th> <th style="width: 25%;">b.2 Hora final del corte</th> <th style="width: 25%;">b.3 Hora de reinicio de la atención</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </td> <td style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </td> <td style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">hh / mm</td> <td style="text-align: center;">hh / mm</td> <td style="text-align: center;">hh / mm</td> </tr> </table>		b.1 Hora de inicio del corte	b.2 Hora final del corte	b.3 Hora de reinicio de la atención	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	hh / mm	hh / mm	hh / mm
b.1 Hora de inicio del corte	b.2 Hora final del corte	b.3 Hora de reinicio de la atención										
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>										
hh / mm	hh / mm	hh / mm										
	c. Hora final de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div style="text-align: center; font-size: small;">hh / mm</div>											
6.	Observación de la atención del control de crecimiento y desarrollo											
	Evaluador/a Externo/a: <u>OBSERVE</u> DETALLADAMENTE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PERSONAL DE SALUD Y <u>SELECCIONE</u> EL CÓDIGO DE CALIFICACIÓN, SEGÚN CORRESPONDA:											
a.	ACTIVIDADES		CÓDIGO DE CALIFICACIÓN									
	Atención previa											
	1. Realiza el lavado de manos antes de atender a la niña o el niño	Sí.....1 No.....2										

	ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN		
	2. Saluda a la madre o cuidador/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Saluda a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	4. Verifica si la niña o niño tiene su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Código Único de Identificación (CUI)	Sí.....1	No.....2	
	5. Verifica si la niña o niño tiene seguro de salud	Sí.....1	No.....2	
	6. Pregunta a la madre o cuidador/a sobre el estado de salud de la niña o niño desde su último control	Sí.....1	No.....2	
	7. Pregunta a la madre o cuidador/a si la niña o niño presenta señales generales de peligro (no puede lactar, presenta vómitos, convulsiones, estado letárgico o comatoso, según la edad del/de la menor)	Sí.....1	No.....2	
	8. Indaga signos de maltrato infantil aplicando la ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil	Sí.....1	No.....2	
	9. Registra los hallazgos de maltrato infantil en la ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil de la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
b.	Funciones vitales:			
	1. Realiza el control de frecuencia cardiaca a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	2. Realiza el control de frecuencia respiratoria a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de temperatura a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	4. Registra el control de funciones vitales en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
c.	Evaluación nutricional:			
	1. Realiza la nivelación de la balanza	Sí.....1	No.....2	
	2. Realiza el control de peso a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de talla a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	4. Realiza el control de perímetro cefálico a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	5. Registra las medidas antropométricas en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	6. Grafica las medidas peso y talla en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	7. Evalúa el crecimiento y estado nutricional (evaluación y monitoreo del crecimiento) registrando los datos en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	8. Evalúa el crecimiento y estado nutricional (evaluación y monitoreo del crecimiento) registrando los datos en el carné de atención integral de la niña o niño según la edad del/de la menor	Sí.....1	No.....2	
	9. Interroga según la guía para la evaluación de la alimentación	Sí.....1	No.....2	
	10. Registra la condición del crecimiento y estado nutricional en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	11. Indica la realización de descarte de anemia (dosaje de hemoglobina) a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	12. Registra la indicación de descarte de anemia (dosaje de hemoglobina) en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	13. Indica la suplementación de micronutrientes a la niña o niño (sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas", etc.)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	14. Monitorea suplementación de micronutrientes a la niña o niño (sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas", etc.)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	15. Registra la suplementación de micronutrientes en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	16. Indica la realización de descarte de parasitosis a la niña o niño (a partir de un año de edad: examen de heces seriado, test de Graham)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	17. Registra la indicación de descarte de parasitosis en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	18. Indica desparasitación profiláctica a la niña o niño (a partir de los dos años de edad: mebendazol o albendazol)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	19. Registra la desparasitación profiláctica en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
d.	Evaluación física:			
	1. Realiza el examen físico cefalocaudal a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	2. Registra el resultado del examen físico cefalocaudal a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Evalúa el desarrollo psicomotor de la niña o niño (utilizando el test peruano de evaluación del desarrollo del niño, según la edad del/de la menor)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	4. Registra el desarrollo psicomotor de la niña o niño en el test peruano de la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	5. Registra el diagnóstico del desarrollo psicomotor de la niña o niño	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3

ACTIVIDADES		CÓDIGO DE CALIFICACIÓN
e.	Consejería, orientación y registros:	
1.	Brinda orientación y/o consejería de lactancia materna exclusiva a la madre o cuidador/a	Sí1 No.....2 No aplica.....3
2.	Registra los acuerdos de la orientación y/o consejería de lactancia materna exclusiva en la historia clínica (verifica el registro de acuerdos en la historia clínica)	Sí1 No.....2 No aplica.....3
3.	Brinda orientación y/o consejería nutricional (alimentación complementaria, lactancia materna prolongada, alimentación balanceada)	Sí.....1 No.....2 No aplica.....3
4.	Registra los acuerdos de la orientación y/o consejería nutricional (alimentación complementaria, lactancia materna prolongada, alimentación balanceada) en la historia clínica (verifica el registro de acuerdos en la historia clínica)	Sí.....1 No.....2 No aplica.....3
5.	Brinda orientación y/o consejería sobre el crecimiento del/de la menor	Sí.....1 No.....2
6.	Brinda orientación y/o consejería en lavado de manos	Sí.....1 No.....2
7.	Brinda orientación y/o consejería, según el diagnóstico encontrado en el/la menor (higiene bucal, higiene corporal, prevención y manejo EDAS, IRAS, anemia, pediculosis, etc.)	Sí.....1 No.....2
8.	Realiza interconsulta, según el diagnóstico encontrado en el/la menor (higiene bucal, higiene corporal, prevención y manejo EDAS, IRAS, anemia, pediculosis, etc.)	Sí.....1 No.....2
9.	Registra en la historia clínica la orientación y/o consejería, según el diagnóstico encontrado en el/la menor	Sí.....1 No.....2
10.	Registra la atención en el registro diario de atención y otras actividades de salud (HIS)	Sí.....1 No.....2
11.	Registra la atención en el Formato Único de Atención del Seguro Integral de Salud (SIS) (de ser el menor afiliado al Seguro Integral de Salud)	Sí.....1 No.....2 No aplica.....3
12.	Realiza la cita para el siguiente control (anota en el plan de atención o en la historia clínica)	Sí.....1 No.....2
13.	Realiza la atención en lengua originaria: andina o amazónica (al menos una actividad) en caso que la madre/tutor hable en una lengua diferente al castellano.	Sí.....1 No.....2 No aplica.....3

VII. VERIFICACIÓN DIRECTA DE LA ATENCIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A. ATENCIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1.	Evaluador/a Externo/a: ¿Se realizó atención del control de crecimiento y desarrollo durante su permanencia en el establecimiento de salud?	Sí.....1 No.....2 →	PASE A CAPÍTULO VIII
2.	Nombre y apellido del/de la responsable de la atención:		
	a. ¿Cuál es su profesión? <i>(Seleccione solo un código)</i>	Enfermero/a.....1 Obstetra.....4 Técnico/a en enfermería.....2 Otra.....5 Médico cirujano.....3 <i>(Especifique)</i>	
	b. ¿Asistió Ud. a alguna capacitación sobre control de crecimiento y desarrollo, en los últimos 12 meses, de a? <div style="text-align: center; font-size: small;">mes mes</div>	Sí.....1 No.....2	b.1 ¿Recibió alguna constancia o certificado por la capacitación? Sí.....1 No.....2
3.	Datos de la muestra		
	<div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">a. Total de niñas y niños a evaluar</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">b. Muestra de niñas y niños</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; position: relative; margin: 0 auto;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 100%; height: 100%; background: linear-gradient(to bottom right, transparent 49%, #ccc 49%, #ccc 51%, transparent 51%);"></div> </div>	
4.	Datos de la historia clínica <i>(Transcriba de la historia clínica)</i>		
	a. Fecha de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; text-align: center;">dd</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">/</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">mm</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">/</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">aa</div> </div>	b. Nombre del/de la menor <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	c. Sexo del/de la menor Masculino.....1 Femenino.....2
	d. Número de DNI o CUI del/de la menor N° DNI o CUI <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> NO TIENE.....1		
	e. Número de DNI de la madre/tutor del/de la menor <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; text-align: center;">N° DNI</div> </div> NO TIENE.....1	f. Fecha de nacimiento del/de la menor <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; text-align: center;">dd</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">/</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">mm</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">/</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">aa</div> </div>	g. Edad del/de la menor <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; text-align: center;">años</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">/</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">meses</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">/</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">días</div> </div>
	h. Número de control de crecimiento y desarrollo NO TIENE.....1		
5.	Tiempo de duración de la atención del control de crecimiento y desarrollo <i>(Utilice reloj)</i>		
	a. Hora de inicio de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; text-align: center;">hh</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">/</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">mm</div> </div>	b. Solo cuando se interrumpe la atención	
		b.1 Hora de inicio del corte <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; text-align: center;">hh</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">/</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">mm</div> </div>	b.2 Hora final del corte <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; text-align: center;">hh</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">/</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">mm</div> </div>
		b.3 Hora de reinicio de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; text-align: center;">hh</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">/</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">mm</div> </div>	
		c. Hora final de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 20px; text-align: center;">hh</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">/</div> <div style="width: 20px; text-align: center;">mm</div> </div>	
6.	Observación de la atención del control de crecimiento y desarrollo		
Evaluador/a Externo/a: <u>OBSERVE</u> DETALLADAMENTE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PERSONAL DE SALUD Y <u>SELECCIONE</u> EL CÓDIGO DE CALIFICACIÓN, SEGÚN CORRESPONDA:			
a.	ACTIVIDADES		CÓDIGO DE CALIFICACIÓN
	Atención previa		
	1. Realiza el lavado de manos antes de atender a la niña o el niño		Sí.....1 No.....2

	ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN		
	2. Saluda a la madre o cuidador/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Saluda a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	4. Verifica si la niña o niño tiene su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Código Único de Identificación (CUI)	Sí.....1	No.....2	
	5. Verifica si la niña o niño tiene seguro de salud	Sí.....1	No.....2	
	6. Pregunta a la madre o cuidador/a sobre el estado de salud de la niña o niño desde su último control	Sí.....1	No.....2	
	7. Pregunta a la madre o cuidador/a si la niña o niño presenta señales generales de peligro (no puede lactar, presenta vómitos, convulsiones, estado letárgico o comatoso, según la edad del/de la menor)	Sí.....1	No.....2	
	8. Indaga signos de maltrato infantil aplicando la ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil	Sí.....1	No.....2	
	9. Registra los hallazgos de maltrato infantil en la ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil de la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
b.	Funciones vitales:			
	1. Realiza el control de frecuencia cardíaca a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	2. Realiza el control de frecuencia respiratoria a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de temperatura a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	4. Registra el control de funciones vitales en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
c.	Evaluación nutricional:			
	1. Realiza la nivelación de la balanza	Sí.....1	No.....2	
	2. Realiza el control de peso a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de talla a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	4. Realiza el control de perímetro cefálico a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	5. Registra las medidas antropométricas en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	6. Grafica las medidas peso y talla en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	7. Evalúa el crecimiento y estado nutricional (evaluación y monitoreo del crecimiento) registrando los datos en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	8. Evalúa el crecimiento y estado nutricional (evaluación y monitoreo del crecimiento) registrando los datos en el carné de atención integral de la niña o niño según la edad del/de la menor	Sí.....1	No.....2	
	9. Interroga según la guía para la evaluación de la alimentación	Sí.....1	No.....2	
	10. Registra la condición del crecimiento y estado nutricional en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	11. Indica la realización de descarte de anemia (dosaje de hemoglobina) a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	12. Registra la indicación de descarte de anemia (dosaje de hemoglobina) en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	13. Indica la suplementación de micronutrientes a la niña o niño (sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas", etc.)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	14. Monitorea suplementación de micronutrientes a la niña o niño (sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas", etc.)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	15. Registra la suplementación de micronutrientes en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	16. Indica la realización de descarte de parasitosis a la niña o niño (a partir de un año de edad: examen de heces seriado, test de Graham)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	17. Registra la indicación de descarte de parasitosis en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	18. Indica desparasitación profiláctica a la niña o niño (a partir de los dos años de edad: mebendazol o albendazol)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	19. Registra la desparasitación profiláctica en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
d.	Evaluación física:			
	1. Realiza el examen físico céfalocaudal a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	2. Registra el resultado del examen físico céfalocaudal a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Evalúa el desarrollo psicomotor de la niña o niño (utilizando el test peruano de evaluación del desarrollo del niño, según la edad del/de la menor)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	4. Registra el desarrollo psicomotor de la niña o niño en el test peruano de la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	5. Registra el diagnóstico del desarrollo psicomotor de la niña o niño	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3

ACTIVIDADES		CÓDIGO DE CALIFICACIÓN
e.	Consejería, orientación y registros:	
1.	Brinda orientación y/o consejería de lactancia materna exclusiva a la madre o cuidador/a	Sí1 No.....2 No aplica.....3
2.	Registra los acuerdos de la orientación y/o consejería de lactancia materna exclusiva en la historia clínica (verifica el registro de acuerdos en la historia clínica)	Sí1 No.....2 No aplica.....3
3.	Brinda orientación y/o consejería nutricional (alimentación complementaria, lactancia materna prolongada, alimentación balanceada)	Sí.....1 No.....2 No aplica.....3
4.	Registra los acuerdos de la orientación y/o consejería nutricional (alimentación complementaria, lactancia materna prolongada, alimentación balanceada) en la historia clínica (verifica el registro de acuerdos en la historia clínica)	Sí.....1 No.....2 No aplica.....3
5.	Brinda orientación y/o consejería sobre el crecimiento del/de la menor	Sí.....1 No.....2
6.	Brinda orientación y/o consejería en lavado de manos	Sí.....1 No.....2
7.	Brinda orientación y/o consejería, según el diagnóstico encontrado en el/la menor (higiene bucal, higiene corporal, prevención y manejo EDAS, IRAS, anemia, pediculosis, etc.)	Sí.....1 No.....2
8.	Realiza interconsulta, según el diagnóstico encontrado en el/la menor (higiene bucal, higiene corporal, prevención y manejo EDAS, IRAS, anemia, pediculosis, etc.)	Sí.....1 No.....2
9.	Registra en la historia clínica la orientación y/o consejería, según el diagnóstico encontrado en el/la menor	Sí.....1 No.....2
10.	Registra la atención en el registro diario de atención y otras actividades de salud (HIS)	Sí.....1 No.....2
11.	Registra la atención en el Formato Único de Atención del Seguro Integral de Salud (SIS) (de ser el menor afiliado al Seguro Integral de Salud)	Sí.....1 No.....2 No aplica.....3
12.	Realiza la cita para el siguiente control (anota en el plan de atención o en la historia clínica)	Sí.....1 No.....2
13.	Realiza la atención en lengua originaria: andina o amazónica (al menos una actividad) en caso que la madre/tutor hable en una lengua diferente al castellano.	Sí.....1 No.....2 No aplica.....3

VIII. VERIFICACIÓN TÉCNICA DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIONES COMPLETAS EN EL SERVICIO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A. CONTROL CRED COMPLETO PARA SU EDAD

Evaluador/a Externo/a:				3. Información de la muestra de historias clínicas			
1. ¿La historia clínica SIS a verificar se encuentra en el establecimiento de salud?		2. ¿La historia clínica a verificar es estandarizada?		a. Número de ID del/de la asegurado/a		b. Número de niños y niñas menores de 12 meses que se encuentran afiliados/as al SIS	
Sí.....1 No.....2		Sí.....1 No.....2		<input type="text"/> Número de ID		<input type="text"/> Número de menores	
4. Identificación de la historia clínica del/de la menor en el establecimiento de salud							
a. Número de historia clínica en el establecimiento de salud		b. Número de DNI o CUI del/de la menor		c. Sexo del/de la menor		d. Número de DNI de la madre/tutor del/de la menor	
<input type="text"/> Número de historia clínica		N° DNI o CUI <input type="text"/> NO TIENE.....1		Masculino.....1 Femenino.....2		N° DNI o CUI <input type="text"/> NO TIENE.....1	
5. Datos generales del/de la menor							
a. Fecha de verificación		b. Fecha de nacimiento del/de la menor		c. Fecha de corte (según fecha de nacimiento del/de la menor)		d. Edad del/de la menor a la fecha de corte	
<input type="text"/> dd / mm / aa		<input type="text"/> dd / mm / aa		<input type="text"/> dd / mm / aa		<input type="text"/> meses / días	
6. Controles de crecimiento y desarrollo							
Evaluador/a Externo/a: Ingrese la fecha (dd/mm/aa), código y/o número del registro de la actividad realizada, de no estar registrada la información, digite el código que corresponda, según sea el caso.							

Edad	Atención del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)			
	Historia Clínica de Atención integral de la niña y el niño		Formato Único de Atención del Seguro Integral de Salud	
	Fecha en historia clínica	Fecha en FUA	Número de FUA	Código de prestación de servicio
Recién Nacido 7 días				
Recién Nacido 15 días				
1 mes				
2 meses				
3 meses				
4 meses				
5 meses				
6 meses				
7 meses				
8 meses				
9 meses				
10 meses				
11 meses				
OBSERVACIONES				

VIII. VERIFICACIÓN TÉCNICA DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIONES COMPLETAS EN EL SERVICIO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A. CONTROL CRED COMPLETO PARA SU EDAD

Evaluador/a Externo/a:				3. Información de la muestra de historias clínicas						
1. ¿La historia clínica SIS a verificar se encuentra en el establecimiento de salud?		2. ¿La historia clínica a verificar es estandarizada?		a. Número de ID del/de la asegurado/a		b. Número de niños y niñas menores de 12 meses que se encuentran afiliados/as al SIS				
Sí.....1 No.....2		Sí.....1 No.....2		<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Número de ID		<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Número de menores				
4. Identificación de la historia clínica del/de la menor en el establecimiento de salud										
a. Número de historia clínica en el establecimiento de salud			b. Número de DNI o CUI del/de la menor			c. Sexo del/de la menor		d. Número de DNI de la madre/tutor del/de la menor		
<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Número de historia clínica			N° DNI o CUI <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> NO TIENE.....1			Masculino.....1 Femenino.....2		N° DNI o CUI <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> NO TIENE.....1		
5. Datos generales del/de la menor										
a. Fecha de verificación			b. Fecha de nacimiento del/de la menor			c. Fecha de corte (según fecha de nacimiento del/de la menor)			d. Edad del/de la menor a la fecha de corte	
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> dd / mm / aa			<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> dd / mm / aa			<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> dd / mm / aa			<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> meses / días	
6. Controles de crecimiento y desarrollo										
Evaluador/a Externo/a: Ingrese la fecha (dd/mm/aa), código y/o número del registro de la actividad realizada, de no estar registrada la información, digite el código que corresponda, según sea el caso.										

Edad	Atención del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)			
	Historia Clínica de Atención integral de la niña y el niño		Formato Único de Atención del Seguro Integral de Salud	
	Fecha en historia clínica	Fecha en FUA	Número de FUA	Código de prestación de servicio
Recién Nacido 7 días				
Recién Nacido 15 días				
1 mes				
2 meses				
3 meses				
4 meses				
5 meses				
6 meses				
7 meses				
8 meses				
9 meses				
10 meses				
11 meses				
OBSERVACIONES				

Código de dato faltante

No existe información.....1 Registro sin fecha2
 Registro con letra ilegible.....3

VIII. VERIFICACIÓN TÉCNICA DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIONES COMPLETAS EN EL SERVICIO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A. CONTROL CRED COMPLETO PARA SU EDAD

Evaluador/a Externo/a:				3. Información de la muestra de historias clínicas						
1. ¿La historia clínica SIS a verificar se encuentra en el establecimiento de salud?		2. ¿La historia clínica a verificar es estandarizada?		a. Número de ID del/de la asegurado/a		b. Número de niños y niñas menores de 12 meses que se encuentran afiliados/as al SIS				
Sí.....1 No.....2		Sí.....1 No.....2		<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Número de ID		<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Número de menores				
PASE A LA SIGUIENTE HISTORIA CLÍNICA										
4. Identificación de la historia clínica del/de la menor en el establecimiento de salud										
a. Número de historia clínica en el establecimiento de salud			b. Número de DNI o CUI del/de la menor			c. Sexo del/de la menor		d. Número de DNI de la madre/tutor del/de la menor		
<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Número de historia clínica			N° DNI o CUI <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> NO TIENE.....1			Masculino.....1 Femenino.....2		N° DNI o CUI <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> NO TIENE.....1		
5. Datos generales del/de la menor										
a. Fecha de verificación			b. Fecha de nacimiento del/de la menor			c. Fecha de corte (según fecha de nacimiento del/de la menor)			d. Edad del/de la menor a la fecha de corte	
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> dd / mm / aa			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> dd / mm / aa			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> dd / mm / aa			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> meses / días	
6. Controles de crecimiento y desarrollo										
Evaluador/a Externo/a: Ingrese la fecha (dd/mm/aa), código y/o número del registro de la actividad realizada, de no estar registrada la información, digite el código que corresponda, según sea el caso.										

Edad	Atención del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)			
	Historia Clínica de Atención integral de la niña y el niño		Formato Único de Atención del Seguro Integral de Salud	
	Fecha en historia clínica	Fecha en FUA	Número de FUA	Código de prestación de servicio
Recién Nacido 7 días				
Recién Nacido 15 días				
1 mes				
2 meses				
3 meses				
4 meses				
5 meses				
6 meses				
7 meses				
8 meses				
9 meses				
10 meses				
11 meses				
OBSERVACIONES				

Código de dato faltante

No existe información.....1 Registro sin fecha2
 Registro con letra ilegible.....3

Calendario 2015

ENERO						
L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

FEBRERO						
L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	

MARZO						
L	M	M	J	V	S	D
30	31					1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

ABRIL						
L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

MAYO						
L	M	M	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

JUNIO						
L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

JULIO						
L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

AGOSTO						
L	M	M	J	V	S	D
31					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

SEPTIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

OCTUBRE						
L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

NOVIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	D
30						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

DICIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Calendario 2016

ENERO						
L	M	M	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

FEBRERO						
L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29						

MARZO						
L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

ABRIL						
L	M	M	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

MAYO						
L	M	M	J	V	S	D
30	31					1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

JUNIO						
L	M	M	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

JULIO						
L	M	M	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

AGOSTO						
L	M	M	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

SEPTIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

OCTUBRE						
L	M	M	J	V	S	D
31					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

NOVIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

DICIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

El/la jefe/a del establecimiento de salud deja constancia que toda la información registrada en este cuestionario ha sido recopilada por el/la Evaluador/a Externo/a responsable de la ENCREC 2015, dando conformidad de la misma.

Sello y firma