



E.S.E. SALUD YOPAL
844003225
ATENCION DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

PAG: 1 de 5
KYRR 2024-10-18 14:44

FECHA:	22/01/2024	HORA:	08:16	N° HISTORIA CLINICA:	000001222143296-JL000002
INSTITUCIÓN:	E.S.E. SALUD YOPAL			PROMOCION Y PREVENCIÓN	
MUNICIPIO:	YOPAL	GRP SANG:	O	RH:	+
NOMBRE:	LOPEZ ESPINOZA ISAAC ZABDIEL	CONSULTA INICIAL:		CONTROL:	
ENTIDAD:	CAPRESOCA EPS	EDAD:	1 Años	SEXO:	Masculino
ACOMPANANTE:	MARIA ESPINIZA	FECHA NACIMIENTO:	2022/11/25		
DIRECCIÓN:	CL 38 44A 05	PARENTESCO:	MADRE		
		TELEFONO:	3133050679		

MOTIVO DE CONSULTA:
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PRIMERA VEZ

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:
TECEDENTES PERINATALES EMBARAZO DESEADO? I PATOL. EMBARAZO : MADRE NO REFIERE PATOLOGIAS PARTO: NO REFIERE PATOL. PUERPERIO: NO REFIERE LUGAR NACIMIENTO: YOPAL - HOGAR APGAR 1 MIN: 09 APGAR 5 MIN: 09 APGAR 10 MIN: 09 ATENCION PERINAT? N REANIMACION? N GRUPO SANG MADRE: O RH:+ SEROLOGIA MADRE : NO REACTIVA PATOLOGIAS DEL RECIEN NACIDO SANO? S HEMORRAGIAS? N INFECCIONES? N DEFORMAC CONGENI? N HIPOGLICEMIA? N APNEA?N ICTERICIA? N BRONCOASPIRACION? N NEUROLÓGICAS? N MEMB. HIALINA? N LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTECEDENTES FAMILIARES NRO DE HERMANOS: 03 HERMANOS MUERTOS MENORES 5 AÑOS: 00 VIVOS 03 PATOLOGIAS FAMILIARES MADRE NO REFIERE MEDICOS: PREMATUREZ (36 SEMANAS) ALERGICOS: MADRE NO REFIERE

ANTECEDENTES ALERGICOS:

ENFERMEDAD ACTUAL:
SEGUN DECRETO LEGISLATIVO 538 DEL 2020, EL CODIGO DE ETICA MEDICA, SE REALIZA CONSULTA MEDICA PRESENCIAL CON TODAS LAS MEDIDAS DE PROTECC ION PERSONAL INCLUYENDO LAVADO DE MANOS , LIMPIEZA CON ALCOHOL GLICERINADO AL 70%, USO DE MÑSC ARA REGULAR SEGUN LA REGLAMENTACION VIGENTE, PARA GARANTIZAR SEGURIDAD TANTO DEL PERSONAL MEDIC O COMO DEL PACIENTE, MANTENIENDO TIEMPOS PRUDENTES DE EXPOSICION Y AISLAMIENTO SOCIAL ENFERMEDAD ACTUAL: INGRESA PACIENTE MASCULINO DE 1 AÑO Y 1 MES DE EDAD PARA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, TRAÍDO POR LA MADRE (MARIA DE LOS ANGELES ESPINOZA HERNANDEZ), QUIEN REFIERE QUE EL MENOR HA PRESENTADO BUEN ESTADO DE SALUD EN GENERAL, REFIERE ES EL PRIMER CONTROL DE CYD POR NO DISPONIBILIDAD DE TIEMPO. VIVE EN ZONA URBANA (BARRIO ALCARAVA, NO SE SABE DIRECCION), CELULAR:3133050679, MADRE NACIONALIDAD VENEZOLANA, 25 AÑOS, ESCOLARIDAD DE LA MADRE: CUARTO AÑO, ESTADO CIVIL DE LA MADRE: SOLTERA.

Edad gestacional al nacer: 36 Semanas Peso al nacer: 2000 Talla al nacer: 45

TEMP	FC	FR	TALLA	PESO	PC	P.TORA	P.ABD	P.BRAQ	P.MUÑE	IMC	T.ART	TSH
36.50 °C	090 x min	032x min	074 cm	7.9 Kg	47.0			13.5		14.43	095/040	NORMAL

Sv02

098

EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL?		SI:	NO: <input checked="" type="checkbox"/>	NO EXISTE PELIGRO EN GENERAL
No puede beber o tomar el pecho	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Letárgico ó inconsistente	<input checked="" type="checkbox"/> NO	
Vomita todo	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Convulsiones	<input checked="" type="checkbox"/> NO	
OBSERVACIONES:				
TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?		SI:	NO: <input checked="" type="checkbox"/>	
Desde hace <u>00</u> días	Respiración por minuto:	Respiración Rápida: <u> </u>		
Primer episodio de sibilancias: SI: NO: <input checked="" type="checkbox"/>	Tiraje subcostal: <u> </u>	SaO2M<95%(905 altura >2.500msnm)		
Sibilancias Recurrentes: SI: NO: <input checked="" type="checkbox"/>	Estridor: <u> </u>	Sibilancias: <u> </u>		
Cuadro gripal últimos 3 días: SI: NO: <input checked="" type="checkbox"/>	Apnea: <u> </u>	Incapacidad para hablar o beber: <u> </u>		
Antecedente prematuridad: SI: NO: <input checked="" type="checkbox"/>	Somnoliento confuso o agitado: <u> </u>			
TIENE DIARREA?		SI:	NO: <input checked="" type="checkbox"/>	
Desde hace <u>00</u> días	Letargico o comatoso: <u> </u>			
Hay sangre en las heces: SI: NO: <input checked="" type="checkbox"/>	Ojos hundidos: <u> </u>			
Tiene vómito? SI: NO: <input checked="" type="checkbox"/>	si se le ofrece agua: <u> </u>			
# Vómitos en las ultimas 4h? <u>00</u>	Pliegue cutáneo: <u> </u>			
# Deposiciones en las últimas 24h? <u>00</u>	Qué alimentos ha recibido:			
# Deposiciones en las ultimas 4h? <u>00</u>				
Qué líquidos ha recibido?				



E.S.E. SALUD YOPAL
844003225
ATENCION DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

PAG: 2 de 5
KYRR 2024-10-18 14:44

FECHA:	22/01/2024	HORA:	08:16	N° HISTORIA CLINICA:	000001222143296-JL000002
INSTITUCIÓN:	E.S.E. SALUD YOPAL			PROMOCION Y PREVENCIÓN	
MUNICIPIO:	YOPAL	GRP SANG:	O	RH:	+
NOMBRE:	LOPEZ ESPINOZA ISAAC ZABDIEL	CONSULTA INICIAL:		CONTROL:	
ENTIDAD:	CAPRESOCA EPS	EDAD:	1 Años	SEXO:	Masculino
ACOMPANANTE:	MARIA ESPINZA	FECHA NACIMIENTO:	2022/11/25		
DIRECCIÓN:	CL 38 44A 05	PARENTESCO:	MADRE		
		TELEFONO:	3133050679		

TIENE FIEBRE?	SI:	NO:	X	NO TIENE FIEBRE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA
Desde hace 00 días				
Si>5 días. Todos los días	SI:	NO:	X	
Manifestaciones focales de otras enfermedades:				
Extremidades frias y cianoticas?				
Vive o visitó en los ultimos 15 días				
Zona dengue (altura <2.200m)	SI:	NO:	X	
Zona malaria: Urbana_ Rural_				
Disminución diuresis	SI:	NO:	X	
LABORATORIOS:CH leucopenia < 4000:				
Parcial de orina compatible con infección:				
Trombocitopenia (menor 100.000)?				
Rigidez de nuca:				
Manifestación de sangrado:				
Respuesta social:				
Piel palida moteada ceniza o azul?				
Rash o eritema que no cede?				
Cefalea:				
Mialgias:				
Artralgias:				
Dolor retroocular:				
Postración:				
P.torniquete (+)				
Lipotimia:				
Hepatomegalia:				
Pulso rápido y debil:				
Llenado capilar>2seg:				
Ascitis:				
Compromiso neurologico:				
Gota fruesa positiva:				
TGO o TGP mayor igual 1.000?				
Aumento hematocrito 20%				

TIENE PROBLEMA DE OIDO?	SI:	NO:	X	OTITIS MEDIA CRONICA
Tiene dolor de oido:	SI:	NO:	X	
Tiene supuración:	SI:	NO:	X	
Hace 00 días				
N° episodios previos en ultimos 6 Meses:				
N° episodios previos en ultimos 12 Meses:				
Tumoración dolorosa detrás de la oreja:				
Tímpano Rojo y Abombado:				

TIENE PROBLEMA DE GARGANTA?	SI:	NO:	X	
Tiene dolor de garganta:	SI:	NO:	X	
Amigdalas eritematosas exudado blancoamarillo:				
Ganglios del cuello crecidos y dolorosos:				
OBSERVACIONES:				

EN SEGUIDA VERIFICAR LA SALUD BUCAL				ENFERMEDA DENTAL Y GINGIVAL
-Ha visitado al odontologo en los ultimos 6 meses?				
-Usa el biberon durante toda la noche?				
-Tienen los padres, hermanos o el cuidador caries o enfermedad periodontal?				
-Ha tenido algun golpe (trauma) en la cara o boca?				
-Cambio de color evidente del diente?				
-Movilidad, desplazamiento, extrusion, intrusion del diente?				
-Lesion de la encia o mucosa bucales?				
-perdida del diente?				
-caries cavitacionales?				
-presencia de placa bacteriana?				
-cepilla los dientes del niño?				
-Inflamación dolorosa con algun grado de edema facial?				
-Inflamacion dolorosa del labio que no involucra surcos?				
-Enrojecimiento e inflamacion generalizada de la encia?				
-Enrojecimiento e inflamacion dolorosa localizada de la encia (gingivitis)?				
-Deformidad de encia o paladar (abceso)?				
-dolor dental?				
-fractura evidente de diente?				
-Presencia de manchas blancas o cafes?				
-Presencia de vesiculas, ulceras o placas en labios encias lengua o paladar?				
-Presencia de exudado purulento?				

VERIFICAR EL CRECIMIENTO	-3	-2	-1	0	1	2	3	cal	
Signos de emanciacion visible	SI:	NO:	X						
Edema en ambos pies	SI:	NO:	X						
Peso para edad:									
Talla para edad:									
Peso para la talla:									
Tendencia peso:									
OBSERVACION: N									
palidez palmar: NO TIENE									
palidez conjuntiva: NO TIENE									
EXAMEN FISICO (auscultacion cardiaca y abdominal) Y EVALUAR OTROS PROBLEMAS:									
AL EXAMEN FÍSICO CABEZA NORMOCEFALICA, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HMEDA, ADECUADA HIGIENE ORAL, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS NI MASAS; TÓRAX SIMÉTRICO, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN SOBREGREGADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, NO ES SINTOMATICO RESPIRATORIO; ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO IMPRESIONA DOLOR A LA PALPACIÓN, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS, NO MASAS; GENITOURINARIO NORMOCONFIGURADO EXTERNAMENTE, NO SÍNTOMAS, ADECUADA HIGIENE; EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN ALTERACIONES NO EDEMAS LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS, PIEL INTEGRAL, NO ES SINTOMATICO DE PIEL; SISTEMA NERVIOSO SIN DEFICIT APARENTE; NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE MALTRATO FISICO Y/O VIOLENCIA SEXUALLEVE PALIDEZ MUCOCUTANEA.									
EVALUAR PROBLEMAS EN EL DESARROLLO?									
NO Realiza actividades para su edad?									
0/0									

DESNUTRICION SEVERA



E.S.E. SALUD YOPAL
844003225
ATENCION DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

PAG: 3 de 5

KYRR 2024-10-18 14:44

FECHA:	22/01/2024	HORA:	08:16	N° HISTORIA CLINICA:	000001222143296-JL000002
INSTITUCIÓN:	E.S.E. SALUD YOPAL			PROMOCION Y PREVENCIÓN	
MUNICIPIO:	YOPAL	GRP SANG:	O	RH:	+
NOMBRE:	LOPEZ ESPINOZA ISAAC ZABDIEL	CONSULTA INICIAL:		CONTROL:	
ENTIDAD:	CAPRESOCA EPS	EDAD:	1 Años	SEXO:	Masculino
ACOMPANANTE:	MARIA ESPINZA	FECHA NACIMIENTO:	2022/11/25		
DIRECCIÓN:	CL 38 44A 05	PARENTESCO:	MADRE		
		TELEFONO:	3133050679		

VERIFICAR ANTECEDENTES VACUNACION			
Recien nacido			
BCG?	<u>SI</u>	HEPATITIS B?	-
A los dos meses		PENTA1?	
PENTA1?		<u>SI</u>	VIP1
NEUMOCOCO1		<u>SI</u>	ROTAVIRUS1?
ROTAVIRUS1?		<u>SI</u>	
A los 4 meses			
PENTA2?	<u>SI</u>	VOP2?	<u>SI</u>
NEUMOCOCO2?	<u>SI</u>	ROTAVIRUS2?	<u>SI</u>
A los 6 meses			
PENTA3?	<u>SI</u>	VIP3?	<u>SI</u>
INFLUENZA?		<u>SI</u>	
A los 7 meses			
INFLUENZA2?	-		
A los 12 meses			
SARAMPION 1?	<u>SI</u>	A los 18 meses	
VARICELA?	<u>SI</u>	DPT1?	<u>NO</u>
HEPATITIS A?	-	VIP4?	<u>NO</u>
FAMAR?	<u>NO</u>	PENTA4?	-
5 Años		Influenza 6 a 23 meses ?	
DPT 2?	<u>NO</u>	VIP 5?	<u>NO</u>
SARAMPION2?	<u>NO</u>	VARICELA 5?	-

VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS SUGESTIVOS DE MALTRATO?			
Como corrige a su hijo?			
Como solucione los conflictos?			
Como se produjeron las lesiones?			
Cuando se produjeron las lesiones?			
Lesiones fisicas graves?	-	lesiones en craneo?	-
Lesiones cutaneas graves?	-	Quemaduras?	-
Hallazgo de traumas menores al Examen Fisico?	-	Fracturas?	-
Relato por el niño o testigo de maltrato fisico, o historia sospechosa?	-		
Incoherencia del Relato con las lesiones, edad y nivel de desarrollo?	-		
Fallas en la crianza que Sugieren maltrato?	-		
Comportamiento de Padres o cuidadores con actitudes compatibles con maltrato Fisico?	-		
MALTRATO EMOCIONAL NEGLIGENCIA O ABANDONO			
Relato de maltrato emocional o negligencia?			
Expresion de problemas emocionales en el niño?			
Comportamiento inadecuado del cuidador?			
Patrones de crianza autoritaria o negligente?			
Exposicion del niño a violencia intrafamiliar?			
Niño descuidado de salud?			
Niño descuidado en su higiene o presentacion?			
Niño en situacion de calle?			
Acciones de proteccion de asistencia alimentaria y educacion hacia el niño deficientes o ausentes			

OBSERVAR SI EXISTEN CRITERIOS DE ABUSO SEXUAL?			
Sangrado Vaginal o anal traumatico por violencia?			
Relato por el niño o testigos de violencia sexual?			
Diagnostico de sifilis,gonorrea o VIH?			
Signos de trauma genital con sospecha de manipulacion o penetracion?			
Hallazgo de semen de cualquier parte del cuerpo con historia de violencia sexual?			
Evidentes expresiones de actividad sexual inapropiadas para la edad?			
SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL			
Diagnostico de clamidad o tricomoniasis?	-	Diagnostico de condilomatosis genital-anal?	-
Cuerpos extraños en la vagina o en ano?	-	Expresion de comportamientos sexualizados?	-
Dolor o molestias en el area genital no explicados por causas comunes?			
Temor a los adultos, rechazo al padre o u otros familiares o a las personas cuidadoras ?			

Edad del primer alimento diferente a la leche materna. Edad en meses (Alimento o bebida): 00

Durante el día de ayer o anoche:

1.Recibio alguno de los siguientes liquidos agua, agua aromatica, jugo, te:



E.S.E. SALUD YOPAL
844003225
ATENCION DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

PAG: 4 de 5
KYRR 2024-10-18 14:44

FECHA:	22/01/2024	HORA:	08:16	N° HISTORIA CLINICA:	000001222143296-JL000002
INSTITUCIÓN:	E.S.E. SALUD YOPAL			PROMOCION Y PREVENCIÓN	
MUNICIPIO:	YOPAL	GRP SANG:	O	RH:	+
NOMBRE:	LOPEZ ESPINOZA ISAAC ZABDIEL			CONSULTA INICIAL:	
ENTIDAD:	CAPRESOCA EPS			EDAD:	1 Años
ACOMPANANTE:	MARIA ESPINIZA			FECHA NACIMIENTO:	2022/11/25
DIRECCIÓN:	CL 38 44A 05			PARENTESCO:	MADRE
				TELÉFONO:	3133050679

2. Recibo leche de fórmula:
3. Recibo leche (vaca, cabra,...) líquida, en polvo, fresca o en bolsa:
4. Recibo algún alimento como sopa espesa, pure, papilla o seco:

ESCRIBIR LAS RECOMENDACIONES Y ORIENTACIONES DADAS SOBRE
1. CUANDO VOLVER DE INMEDIATO AL SERVICIO (Signos de Alarma):
NO PUEDE BEBER NI TOMAR PECHO VOMITA TODO EMPEORA O NO SE VE BIEN APARECE FIEBRE

2. CUANDO VOLVER A CONSULTA DE CONTROL:
EN 4 M

3. CUANDO VOLVER A CONSULTA DE NIÑO SANO CONSULTA Y DESARROLLO:
ESES MEDICI

4. REFERIDO A CONSULTA DE:
NA GENERAL 18 PRA

5. MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECÍFICAS:
CTICAS DE VIDA SALUDABLE LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA DAR ALIMENTOS RI COS EN ZINC HIERRO VITAMINA A ESTABL

6. RECOMENDACIONES DE UN BUEN TRATO:
EZCA REGLAS CLARAS APLIQUE SIEMPRE LAS MISMAS REGLAS NO CASTIGUE AL NIÑO DOS VECESLA MISMA FALTA ESCUCHE LOS MOTIVOS DEL NIÑO ANTESDE REPENDERLO CUANDO UN HIJO COMETE UNFALTA EXPLIQUELE POR QUE LO QUE HIZO ESTUVO MAL JAMAS DIGA A UN HIJO QUE ES TONTO O BRUTN

7. RECIBIO VITAMINA A EN LOS ULTIMOS 6 MESES SI: NO: ☒
PRÓXIMA DOSIS: NN

8. RECIBIO ABENDAZOL EN LOS ULTIMOS 6 MESES SI: NO: ☒

9. RECIBIO HIERRO EN LOS ULTIMOS 6 MESES SI: NO: ☒
CUANDO:

Finalidad: AT.ALTER.CREC. & DESARR.<10
Sintomático Respiratorio: NO
Sintomático piel: NO
Victima de maltrato: NO
Victima de Violencia: NO
Enfermedad mental: NO
Enfermedad its: NO

CAUSA: NO APLICA

DIAGNOSTICOS

Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA
Z761	CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DEL NIÑO

TRATAR

PESO//TALLA -2.02 EN EL RANGO DESNUTRICION AGUDA MODERADA TALLA//EDAD 8.09 DATOS EXTREMOS ALTOS TALLA ADECUADA PARA LA EDAD PCEF//EDAD 6.94 DATOS EXTREMOS ALTOS FACTOR DE RIESGO PARA EL NEURO DESARROLLO MACRO ANÁLISIS: PACIENTE MASCULINO DE 1 AÑO Y 3 MESES DE EDAD EN PRIMERA CONSULTA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN COMPAÑÍA DE LA MADRE QUIEN REFIERE QUE EL MENOR PRESENTO CUADRO RESPIRATORIO ALTO HACE 15 DIAS, AMENJO EN CASA CON ACETAMINOFEN CON MEJORIA DE SINTOMAS, NIEGA DEPOSICIONES DIARREICAS, NIEGA EMESISI, NIEGA PICOS FEBRILES ACTUALES. ACTUALMENTE PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, OTOSCOPIA NORMAL, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS. SEGÚN PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS CON DESNUTRICION AGUDA MODERADA. SE BRINDA EDUCACION EN FACTORES PROTECTORES Y PROMOCION DE LAS PRACTICAS CLAVES AIEPI, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, PREVENCIÓN DEL MALTRATO FÍSICO Y VIOLENCIA SEXUAL, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR, HIGIENE



E.S.E. SALUD YOPAL
844003225
ATENCION DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

PAG: 5 de 5
KYRR 2024-10-18 14:44

FECHA:	22/01/2024	HORA:	08:16	N° HISTORIA CLINICA:	000001222143296-JL000002
INSTITUCIÓN:	E.S.E. SALUD YOPAL			PROMOCION Y PREVENCION	
MUNICIPIO:	YOPAL	GRP SANG:	O	RH:	+
NOMBRE:	LOPEZ ESPINOZA ISAAC ZABDIEL			CONSULTA INICIAL:	
ENTIDAD:	CAPRESOCA EPS			EDAD:	1 Años
ACOMPANANTE:	MARIA ESPINIZA			FECHA NACIMIENTO:	2022/11/25
DIRECCIÓN:	CL 38 44A 05			PARENTESCO:	MADRE
				TELEFONO:	3133050679


ORAL, TAREAS PARA EL DESARROLLO, ADECUADA ALIMENTACION PARA LA EDAD, ESTIMULACION TEMPRANA, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES DEBE CONSULTAR (FIEBRE PERSISTENTE, EL NIÑO LUCE MAL, CONVULSIONA, ESTA SOMNOLIENTO O IRRITABLE, SI NO PUEDE BEBER O COMER, SI TIENE DIARREA CON SANGRE, SI TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR). MADRE REFIERE YA REALIZARON TAMIZAJE AUDITIVO Y VISUAL, PENDIENTE TAMIZAJE DE CADERAS, POR DESNUTRICION AGUDA MODERADA DEJO ORDEN FTL CADA 12 HORAS POR 30 DIAS (SE GENERA MIPRES NUMERO 20240122166037772190), CONTROL POR MEDICINA GENERAL EN 15 DIAS PARA EVALUAR EVOLUCION, SOLICITO VALORACION PRIORITARIA POR NUTRICION, PEDIATRIA Y SOLICITO PARA CLINICOS DE EXTENSION, DEJO ORDEN PARA RADIOGRAFIA DE CADERAS COPARATIVAS, SOLICITO INICIAR CONTROLES DE HIGIENE ORAL, SE VERIFICA CARNET VACUNAS PAI COMPLETO PARA LA EDAD, PROXIMO CONTROL EN CYDE EN 6 MESES, SE DILIGENCIA CARNET DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

AGUDEZA VISUAL: NO APLICA
DISCAPACIDAD: NO

EVALUACIÓN DEL RIESGO COVID-19

Transito o viaje en los ultimos 14 dias por un pais o region con circulacion viral confirmada de COVID 19? NO
En los ultimos 14 dias ha estado en contacto con alguna persona que haya sido diagnosticada con Coronavirus? NO
Es personal de la salud u otro ambito hospitalario con contacto estrecho de caso confirmado o probable para Covid-19? NO
Fiebre: NO
Tos: NO
Disnea: NO
Malestar general: NO
Rinorrea: NO
Odinofagia: NO
Ha viajado dentro del pais?
A donde viajo?
Qué tiempo en dias duró ese viaje?
Ha viajado fuera del pais?
A donde viajó?
Qué tiempo en dias duró ese viaje?

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS:	QUINTERO AVELLA MARIA PAULA
ESPECIALIDAD:	MEDICINA GENERAL
REGISTRO No:	1116554722



ESTADO SALIDA: VIVO (A)

CIERRE HISTORIA CLINICA: QUINTERO AVELLA MARIA PAULA 20240122