|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
|  |  |  | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | |  | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | |
|  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NO. DE VISITAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | |
| **1**. ¿NACIÓ CON: PESO BAJO (MENOS DE 5 LB Y MEDIA O MENOS DE 2.5 KILOS)? | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **2**. ¿PRESENTO PREMATURIDAD AL NACER? | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **3**. ¿A QUÉ EDAD ESTACIONAL CORRESPONDE LA PREMATURIDAD AL NACER? | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| **4**. ¿EL NIÑO O NIÑA PRESENTÓ ALGUNA ENFERMEDAD AL NACER? | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **5**. ¿QUÉ TIPO DE ENFERMEDAD PRESENTO AL NACER? | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **6**. ¿EL NIÑO O NIÑA SE ALIMENTA DE SENO Y SÓLO SENO? | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **7**. EDAD DEL NIÑO O NIÑA (EDAD QUE EL NIÑO O NIÑA CUMPLE ESTE MES) | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| **8.** ¿EL ACOMPAÑANTE/A, VISITÓ A ESTE NIÑO O NIÑA EN ESTE MES? | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **9**. ¿EL NIÑO O NIÑA ESTÁ DECLARADO (TIENE ACTA DE NACIMIENTO)? | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **10**. ¿EL NIÑO O NIÑA TIENE CÉDULA DE SALUD? | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **11**. ¿A LOS CUANTOS DÍAS FUE LLEVADO EL NIÑO Ó NIÑA A SU PRIMERA CONSULTA? | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| **12.** ¿EL NIÑO O NIÑA FUE PESADO EN ESTE MES? (ANOTAR EL PESO EN KILOS) | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **13**. ¿EL NIÑO O NIÑA ESTÁ DEBAJO DE LA CURVA DE BAJO PESO PARA LA EDAD (-2)? | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **14**. ¿EL NIÑO O NIÑA ESTÁ ARRIBA DE LA CURVA DE SOBREPESO PARA LA EDAD (+2)? | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **15**. ¿EL NIÑO O NIÑA TUVO ENFERMEDAD DE VÍAS RESPIRATORIA EN ESTE MES? | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **16**. ¿EL NIÑO O NIÑA TUVO DIARREA EN ESTE MES? | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **17**. ¿EL NIÑO O NIÑA TUVO DIARREA, TOMO SUERO Y LA MADRE INSISTIÓ CON LA ALIMENTACIÓN DURANTE LA DIARREA? | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **18.** IDENTIFICÓ ALGÚN SIGNO DE PELIGRO EN EL NIÑO Ó LA NIÑA | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **19.** EL NIÑO Ó NIÑA NECESITA EVALUACIÓN Ó ATENCIÓN ESPECIAL | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **20.** ¿EL NIÑO O NIÑA FUE LLEVADO AL CENTRO O PUESTO DE SALUD Y FUE ATENDIDO? | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |
| **21**. ¿EL NIÑO O NIÑA ESTÁ CON LA VACUNA COMPLETA, AL DÍA, PARA SU EDAD? | | si | no | si | no | si | no | si | no | si | | no | si | no | si | no | si | no | si | no | | si | no |



HOJA DE ACOMPAÑAMIENTO DEL NIÑO O NIÑA MENOR DE 1 AÑO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del niño o niña\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Nombre de la madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apodo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Nombre del padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apodo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Edad\_\_\_\_\_\_ Nacionalidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de cedula/ pasaporte\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escolaridad: | | | |
| Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Lugar donde se atiende:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro Medico: No ( ) SI ( ) Régimen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| El niño/a nació el:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ peso al nacer\_\_\_\_\_\_\_\_ Libras\_\_\_\_\_\_\_ Kilos\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Riesgos en el hogar** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Violencia | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| Criadero de mosquito | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| Cañada | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| Exposición química | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| Vertedero próximo | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| Letrina | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | No |
| **Alertas** | **Descripción de alertas** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5**. ¿Qué tipo de enfermedad presento al nacer? |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **15**. ¿El niño o niña tuvo enfermedad de vías respiratoria en este mes? |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **18.** Identificó algún signo de peligro en el niño ó la niña |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **19.** El niño ó niña necesita evaluación ó atención especial |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |