

# HOJA DE EVALUACIÓN EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR ATENCIÓN DEL NIÑO /NIÑA DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: \_\_\_\_\_  
No.Expediente \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) Sexo: ( ) \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg. Temperatura \_\_\_\_\_ °C Talla: \_\_\_\_\_

¿Qué problema tiene el niño/niña? \_\_\_\_\_ Consulta Primera ☐ Seguimiento ☐ Control ☐

Encierre con un círculo los signos y síntomas presentes al momento de la evaluación.

CLASIFICAR																																																							
<b>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No puede beber o tomar el pecho?</li> <li>• ¿Vomita todo lo que ingiere?</li> <li>• ¿Tiene convulsiones?</li> <li>• ¿Esta letárgico o inconsciente?</li> </ul> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<b>ENFERMEDAD MUY GRAVE</b>																																																						
<b>¿TIENE EL NIÑO/NIÑA TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuanto tiempo hace? _____ días</li> <li>• Contar las respiraciones por minuto</li> <li>• _____ respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida?</li> <li>• Observar si hay tiraje subcostal.</li> <li>• Escuchar si hay estridor.</li> <li>• Escuchar si hay sibilancias.</li> </ul> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<b>• NEUMONÍA G./ENF. MUY GRAVE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neumonía.</li> <li>• No tiene neumonía.</li> <li>• Tos o resfriado.</li> </ul>																																																						
<b>¿TIENE EL NIÑO/NIÑA DIARREA?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuanto tiempo hace? _____ días</li> <li>• ¿Hay sangre en las heces?</li> </ul> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<b>• DESHIDRATACIÓN GRAVE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene deshidratación.</li> <li>• No tiene deshidratación.</li> </ul> <b>• DIARREA PERSISTENTE GRAVE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrea persistente.</li> <li>• Disenteria.</li> </ul>																																																						
<b>¿TIENE EL NIÑO/NIÑA PROBLEMA DE OÍDO?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene dolor de oído?</li> <li>• ¿Tiene supuración del oído?</li> <li>• En caso afirmativo ¿cuánto tiempo hace? _____ días.</li> <li>• Determine si hay: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supuración del oído</li> <li>- Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja</li> </ul> </li> </ul> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<b>• MASTOIDITIS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otitis media.</li> <li>• Otitis media crónica.</li> <li>• No tiene otitis media.</li> </ul>																																																						
<b>¿TIENE EL NIÑO/NIÑA UN PROBLEMA DE GARGANTA ?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene dolor de garganta?</li> <li>• Determine la presencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gánglios dolorosos y crecidos en el cuello.</li> <li>- Exudado blanco (pus) en la garganta.</li> <li>- Enrojecimiento de la garganta.</li> </ul> </li> </ul> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faringoamigdalitis estreptococcica.</li> <li>• Faringoamigdalitis viral</li> <li>• No tiene faringoamigdalitis</li> </ul>																																																						
<b>¿TIENE EL NIÑO/NIÑA FIEBRE?</b> (Determinada por: Historia al tacto o temperatura de 37.5 °C o más). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procede o ha estado en los últimos 5 días en zona de riesgo de malaria?</li> <li>• ¿Hace cuanto tiempo que tiene fiebre? _____ días.</li> <li>• Si es por mas de 7 días: ¿Ha tenido fiebre todos los días?</li> <li>• Determine si tiene: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rigidez de nuca</li> <li>- Petequias o equimosis</li> <li>- Hemorragias gingivales.</li> <li>- Erupción maculopapular generalizada y</li> <li>- Tos o coriza, conjuntivitis y linfadenopatías.</li> </ul> </li> </ul> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<b>• ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malaria.</li> <li>• Enfermedad febril.</li> </ul> <b>DENGUE GRAVE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sospechoso de sarampión.</li> <li>• Otra enfermedad febril eruptiva.</li> </ul>																																																						
<b>DETERMINAR SI TIENE ANEMIA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determine si tiene palidez palmar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Intensa?</li> <li>- ¿Leve?</li> <li>- No tiene palidez.</li> </ul> </li> </ul>	<b>ANEMIA GRAVE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia leve.</li> <li>• No tiene anemia</li> </ul>																																																						
<b>DETERMINAR EL ESTADO NUTRICIONAL Y CRECIMIENTO</b> <div> <div> <b>DETERMINE EL ESTADO NUTRICIONAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emaciación visible ó</li> <li>- Edema en ambos pies ó</li> <li>- Desnutrición aguda moderada por gráfica</li> <li>- Desnutrición aguda severa por gráfica</li> <li>- Obesidad</li> </ul> </div> <div> <b>INTERPRETACION DEL CRECIMIENTO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendencia de crecimiento adecuado</li> <li>- En proceso de adelgazamiento o emaciación.</li> <li>- Tendencia inadecuada de longitud o talla.</li> <li>- En proceso de adelgazamiento o emaciacióncon tendencia inadecuada de longitud o talla.</li> <li>- Ganancia excesiva de peso.</li> <li>- Ganancia excesiva de peso con tendencia inadecuada de longitud o talla.</li> </ul> </div> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daño nutricional grave</li> <li>• Obesidad</li> <li>• Baja talla o baja talla sévera</li> <li>• Sobre peso</li> <li>• Normal</li> <li>• Crecimiento Inadecuado persistente (en dos controles sucesivos)</li> <li>• Crecimiento inadecuado</li> <li>• Crecimiento adecuado</li> <li>• Sin tendencia</li> </ul>																																																						
<b>EVALUAR LA ALIMENTACION SI TIENE CRECIMIENTO INADECUADO, ANEMIA O ES MENOR DE 2 AÑOS</b> <p><b>Menor de 6 meses</b></p> <p>1. ¿Usted le da pecho al niño/a SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Le da otros alimentos o líquidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2. Si le da pecho ¿Cuántas veces en 24 horas? _____ veces ¿Por cuánto tiempo? minutos _____</p> <p>3. ¿Problemas de succión, agarre? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Problemas de posición para el amamantamiento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Le da otros alimentos o líquidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>Mayor de 6 meses</b></p> <p>1. ¿Cuáles alimentos le da a su niño? _____</p> <p>2. ¿Cuántas veces por día? _____ veces</p> <p>3. ¿Qué usa para darle de comer? _____</p> <p>4. ¿De qué tamaño son las proporciones que le da? _____</p> <p>5. ¿Recibe el niño/a su propia ración? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Quién le da de comer y cómo? _____</p> <p>7. Durante ésta enfermedad, ¿Hay algún cambio en la alimentación del niño/a SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si hay cambio, ¿Cuál? _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No lactancia materna</li> <li>• Baja frecuencia y poco tiempo de lactancia materna</li> <li>• Da otros alimentos</li> <li>• Problemas de frecuencia y cantidad de alimentación</li> <li>• Problemas de calidad de alimentacion</li> <li>• Uso de biberón</li> <li>• No alimentación Activa</li> <li>• Desgano</li> <li>• No hay problemas de alimentación</li> </ul>																																																						
<b>EVALUAR EL DESARROLLO</b> Si las condiciones generales del niño/niña son satisfactorias (no clasificación roja o amarilla). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar una alteración por situación base.</li> <li>• Ausencia de un logro que debería estar cumplido.</li> </ul>	<b>DISCAPACIDAD</b> <p>Probable alteración del desarrollo.</p> <p>No tiene alteración del desarrollo.</p>																																																						
<b>VERIFICAR ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN</b> <p>Checkar las dosis puestas y circular las que se deben poner hoy</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>Nacimiento</th> <th>2 Meses</th> <th>4 Meses</th> <th>6 Meses</th> <th>12 Meses</th> <th>18 Meses</th> <th>1 a 4 años</th> <th>4 años</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>VACUNA</b></td> <td>BCG</td> <td>Sabin-1</td> <td>Sabin-2</td> <td>Sabin-3</td> <td>S.R.P</td> <td>D.P.T.</td> <td>S.R.</td> <td>D.P.T.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Hepatitis B</td> <td>Pentavalente-1</td> <td>Pentavalente-2</td> <td>Pentavalente-3</td> <td>Sarampión Rubéola</td> <td>Refuerzo</td> <td>En Campaña</td> <td>Refuerzo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Pediátrico</td> <td>Rotavirus -1</td> <td>Rotavirus -2</td> <td></td> <td></td> <td>Sabin</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Neumococo- 1</td> <td>Neumococo- 2</td> <td>Neumococo- 3</td> <td>y paperas</td> <td>Refuerzo</td> <td></td> <td>"A"</td> </tr> <tr> <td colspan="2">*Pentavalente = DPT + Hep B + Hib</td> <td colspan="7">*Vitamina "A" cada 6 meses a partir de los seis meses de edad.</td> </tr> </tbody> </table>	EDAD	Nacimiento	2 Meses	4 Meses	6 Meses	12 Meses	18 Meses	1 a 4 años	4 años	<b>VACUNA</b>	BCG	Sabin-1	Sabin-2	Sabin-3	S.R.P	D.P.T.	S.R.	D.P.T.		Hepatitis B	Pentavalente-1	Pentavalente-2	Pentavalente-3	Sarampión Rubéola	Refuerzo	En Campaña	Refuerzo		Pediátrico	Rotavirus -1	Rotavirus -2			Sabin					Neumococo- 1	Neumococo- 2	Neumococo- 3	y paperas	Refuerzo		"A"	*Pentavalente = DPT + Hep B + Hib		*Vitamina "A" cada 6 meses a partir de los seis meses de edad.							<p>Fecha próxima Vacuna: _____</p>
EDAD	Nacimiento	2 Meses	4 Meses	6 Meses	12 Meses	18 Meses	1 a 4 años	4 años																																															
<b>VACUNA</b>	BCG	Sabin-1	Sabin-2	Sabin-3	S.R.P	D.P.T.	S.R.	D.P.T.																																															
	Hepatitis B	Pentavalente-1	Pentavalente-2	Pentavalente-3	Sarampión Rubéola	Refuerzo	En Campaña	Refuerzo																																															
	Pediátrico	Rotavirus -1	Rotavirus -2			Sabin																																																	
		Neumococo- 1	Neumococo- 2	Neumococo- 3	y paperas	Refuerzo		"A"																																															
*Pentavalente = DPT + Hep B + Hib		*Vitamina "A" cada 6 meses a partir de los seis meses de edad.																																																					
<b>EVALUAR OTROS PROBLEMAS:</b>																																																							

[illegible]

- Salud**  
Gobierno de la República