



Salud

Gobierno de la República



HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ADJUNTO PARA REFERENCIA COMUNITARIA:

Información Adicional para Niños Menores de 5 Años

Fecha:

Nombre del Paciente:

☐ Todavía sin nombre Hijo/a de:

Dirección del Paciente:

Teléfono:

(Ejemplo, número asignado por el ESFAM durante el mapeo)

Tiene Carné de Vacunas:

SI ☐

NO ☐

No Sabe ☐

(REFIÉRALO CON SU CARNÉ DE VACUNAS)

Está en Control de Niño Sano:

SI ☐

NO ☐

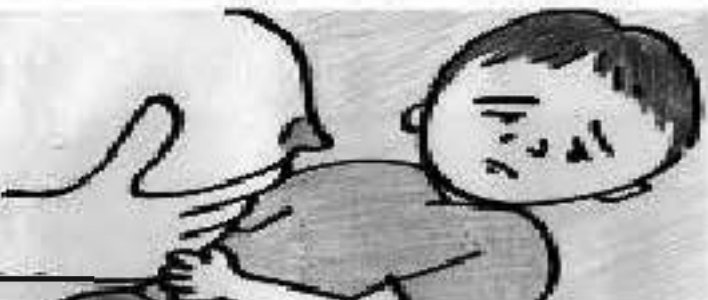
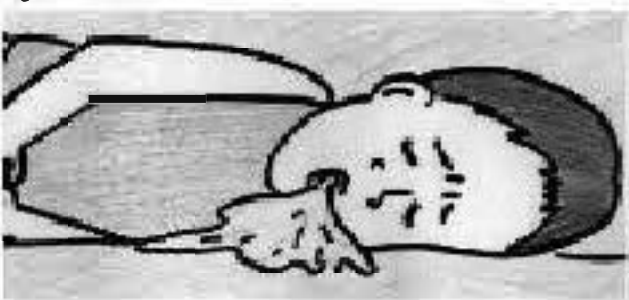

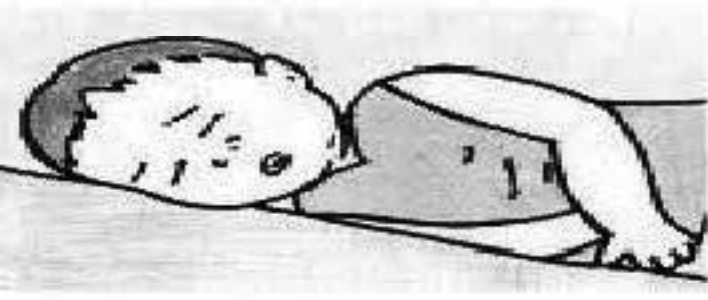





No Sabe ☐

(SI RESPONDE "NO" O "NO SABE" REFIÉRALO DE INMEDIATO)

Factores de Riesgo

1. NACIÓ ENFERMO / MUY PEQUEÑO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	2. ESTA DESNUTRIDO O MADRE REFIERE POCA GANANCIA DE PESO O NO ESTÁ GANANDO PESO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	3. SIN LACTANCIA MATERNA EN MENORES DE 6 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	4. EL BEBE TIENE TODAS LAS VACUNAS O NO SE HA VACUNADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. ESTA EXPUESTO A CONTAMINACIÓN DEL AIRE: LA MADRE USA FOGÓN DENTRO DE LA CASA O FUMAN EN LA CASA ALGUNO DE LOS PADRES O FAMILIARES. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6. EN SU CASA VIVEN MÁS DE 6 PERSONAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7. HA SIDO INGRESADO EN EL HOSPITAL POR ENFERMEDADES GRAVES EN EL ÚLTIMO AÑO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	8. OTRAS ENFERMEDADES (EJ. TIENE ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, ENFERMEDADES DE NACIMIENTO (CONGÉNITAS), ASMA O DEFECTOS DE NACIMIENTO) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. ES HIJO DE MADRE ADOLESCENTE (MENOR DE 18 AÑOS). SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	10. NO HA RECIBIDO VITAMINA A O SULFATO FERROSO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	11. OTROS PROBLEMAS DE SALUD: ESPECIFIQUE:	

SIGNOS DE PELIGRO

1. HA DEJADO DE MAMAR O TIENE DIFICULTAD PARA TRAGAR  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	2. ARROJA CUALQUIER COSA QUE SE LE DA  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	3. EL NIÑO TIENE CALENTURA O ESTA PÁLIDO FRÍO Y SUDOROSO  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	4. LE HAN DADO ATAQUES DURANTE ESTA ENFERMEDAD  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. ALETARGADO, INCONSCIENTE O CUESTA DESPERTARLO  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6. DIFICULTAD AL RESPIRAR O RESPIRACIÓN RÁPIDA  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7. HUNDIMIENTO DEBAJO COSTILLAS  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	8. DIARREA SEVERA, OJOS HUNDIDOS, MUCHA SEO O LA MOLLERA ESTÁ HUNDIDA  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. DIARREA CON SANGRE  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	10. PÁLIDO O ANÉMICO  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI TIENE ALGUNO DE LOS ANTERIORES REFIERA URGENTEMENTE!!	

Persona que remite:

Referido a:

REFERENCIA A:

ESTABLECIMIENTO: _____	
AL SERVICIO: _____	
DIRECCIÓN: _____	
PARA: Diagnóstico <input type="checkbox"/>	Tratamiento <input type="checkbox"/>

¡IMPORTANTE!

LEA ESTO

ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
INDISPENSABLE PARA SU SALUD

ES IMPORTANTE QUE CUMPLA BIEN LAS
INDICACIONES QUE LE DIERON

PRESENTARSE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
INMEDIATAMENTE O COMO LE INDICARON