

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																																																							
VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL <ul style="list-style-type: none"> • ¿No puede beber o tomar el pecho? • ¿Vomita todo lo que ingiere? • ¿Tiene convulsiones? • ¿Esta letárgico o inconsciente? <p align="right">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	ENFERMEDAD MUY GRAVE																																																						
¿TIENE EL NIÑO/NIÑA TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuanto tiempo hace? _____ días • Contar las respiraciones por minuto • _____ respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal. • Escuchar si hay estridor. • Escuchar si hay sibilancias. <p align="right">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none"> • NEUMONÍA G/ENF. MUY GRAVE • Neumonía. • No tiene neumonía. • Tos o resfriado. 																																																						
¿TIENE EL NIÑO/NIÑA DIARREA? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuanto tiempo hace? _____ días • ¿Hay sangre en las heces? • Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • ¿Determinar el estado general del niño/niña. ¿Está. <ul style="list-style-type: none"> - Letárgico o inconsciente? - inquieto o irritable? • ¿Tiene los ojos hundidos? • Ofrezca líquidos. ¿el niño/niña <ul style="list-style-type: none"> - No puede beber o bebe mal? - Bebe ávidamente, con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior <ul style="list-style-type: none"> - Muy lentamente (mas de 2 segundos). - Lentamente <p align="right">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none"> • DESHIDRATACIÓN GRAVE • Tiene deshidratación. • No tiene deshidratación. • DIARREA PERSISTENTE GRAVE • Diarrea persistente. • Disenteria. 																																																						
¿TIENE EL NIÑO/NIÑA PROBLEMA DE OIDO? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración del oído? • En caso afirmativo ¿cuánto tiempo hace? _____ días. • Determine si hay: <ul style="list-style-type: none"> - Supuración del oído - Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja <p align="right">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none"> • MASTOIDITIS • Otitis media. • Otitis media crónica. • No tiene otitis media. 																																																						
¿TIENE EL NIÑO/NIÑA UN PROBLEMA DE GARGANTA ? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dolor de garganta? • Determine la presenciade: <ul style="list-style-type: none"> - Gánglios dolorosos y crecidos en el cuello. - Exudado blanco (pus) en la garganta. - Enrojecimiento de la garganta. <p align="right">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faringoamigdalitis estreptococcica. • Faringoamigdalitis viral • No tiene faringoamigdalitis 																																																						
¿TIENE EL NIÑO/NIÑA FIEBRE? (Determinada por: Historia al tacto o temperatura de 37.5 °C o más). <ul style="list-style-type: none"> • Procede o ha estado en los últimos 5 días en zona de riesgo de malaria? • ¿Hace cuanto tiempo que tiene fiebre? _____ días. • Si es por mas de 7 días: ¿Ha tenido fiebre todos los días? • Determine si tiene: <ul style="list-style-type: none"> - Rigidez de nuca - Petequias o equimosis - Hemorragias gingivales. - Erupción maculopapular generalizada y - Tos o coriza, conjuntivitis y linfadenopatías. <p align="right">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE • Malaria. • Enfermedad febril. • DENGUE GRAVE • Sospechoso de sarampión. • Otra enfermedad febril eruptiva. 																																																						
DETERMINAR SI TIENE ANEMIA <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si tiene palidez palmar: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Intensa? - ¿Leve? - No tiene palidez. 	ANEMIA GRAVE <ul style="list-style-type: none"> • Anemia leve. • No tiene anemia 																																																						
DETERMINAR EL ESTADO NUTRICIONAL Y CRECIMIENTO <div> <div> DETERMINE EL ESTADO NUTRICIONAL <ul style="list-style-type: none"> - Emaciación visible ó - Edema en ambos pies ó - Desnutrición aguda moderada por gráfica - Desnutrición aguda severa por gráfica - Obesidad </div> <div> INTERPRETACION DEL CRECIMIENTO <ul style="list-style-type: none"> - Tendencia de crecimiento adecuado - En proceso de adelgazamiento o emaciación. - Tendencia inadecuada de longitud o talla. - En proceso de adelgazamiento o emaciacióncon tendencia inadecuada de longitud o talla. - Ganancia excesiva de peso. - Ganancia excesiva de peso con tendencia inadecuada de longitud o talla. </div> </div>	<ul style="list-style-type: none"> • Daño nutricional grave • Obesidad • Baja talla o baja talla sévera • Sobre peso • Normal • Crecimiento Inadecuado persistente (en dos controles sucesivos) • Crecimiento inadecuado • Crecimiento adecuado • Sin tendencia 																																																						
EVALUAR LA ALIMENTACION SI TIENE CRECIMIENTO INADECUADO, ANEMIA O ES MENOR DE 2 AÑOS <p><i>Menor de 6 meses</i></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><i>Mayor de 6 meses</i></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"> • No lactancia materna • Baja frecuencia y poco tiempo de lactancia materna • Da otros alimentos • Problemas de frecuencia y cantidad de alimentación • Problemas de calidad de alimentación • Uso de biberón • No alimentación Activa • Desgano • No hay problemas de alimentación 																																																						
EVALUAR EL DESARROLLO Si las condiciones generales del niño/niña son satisfactorias (no clasificación roja o amarilla). <ul style="list-style-type: none"> • Determinar una alteración por situación base. • Ausencia de un logro que debería estar cumplido. 	DISCAPACIDAD Probable alteración del desarrollo. No tiene alteración del desarrollo.																																																						
VERIFICAR ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN <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>VACUNA</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></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>"A"</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Pentavalente = DPT + Hep B + Hib *Vitamina "A" cada 6 meses a partir de los seis meses de edad.</p>	EDAD	Nacimiento	2 Meses	4 Meses	6 Meses	12 Meses	18 Meses	1 a 4 años	4 años	VACUNA	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"	<p>Fecha próxima Vacuna: _____</p>
EDAD	Nacimiento	2 Meses	4 Meses	6 Meses	12 Meses	18 Meses	1 a 4 años	4 años																																															
VACUNA	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"																																															
EVALUAR OTROS PROBLEMAS:																																																							

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

- 

Salud

 Gobierno de la República