



**ESE MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO IPS LA NOHORA**  
**SECTOR 2 CASA 52 BARRIO LA NOHORA - Tel:**  
**Nit. 822002459-8**

**HISTORIA ELECTRONICA**

**Desde: 25 de Noviembre de 2022 Hasta 25 de Noviembre de 2022**  
**RC 1123818862 - DYLAN SANTIAGO MATOMA CONTRERAS**

### Datos del paciente

|                                    |                            |                             |                                 |
|------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <b>Identificación del paciente</b> |                            | <b>Datos de procedencia</b> |                                 |
| Fecha de Nacimiento y Edad:        | 08/08/2019 - 03 Año(s)     | País:                       | Colombia                        |
| Género:                            | Masculino                  | Departamento:               |                                 |
| RH                                 | A-                         | Municipio:                  |                                 |
| Discapacidad:                      | Ninguna                    | <b>Datos de residencia</b>  |                                 |
| Nivel de escolaridad:              | Ninguno                    | Departamento:               | Meta                            |
| Ocupación:                         | No Aplica                  | Municipio:                  | Villavicencio                   |
| Estado civil:                      | No Aplica                  | Dirección:                  | Calle 39 No 18a - 10 / Morichal |
| Grupo de atención:                 | Otros Grupos Poblacionales | Telefono:                   | 3504653409                      |
| Grupo Étnico:                      | Ninguno de los Anteriores  | <b>Administradora</b>       | <b>Tipo de usuario</b>          |
| Email:                             |                            | CAJACOPI CCF                | Subsidiado POS                  |
| Responsables del paciente:         |                            |                             |                                 |
| Parentesco del responsable:        |                            |                             |                                 |
| Teléfono del responsable:          |                            |                             |                                 |

### Atención: 202211250098 - [500010054017] NOHORA

|   |                        |                                |                                 |
|---|------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <b>Fecha y Hora de Ingreso: 25/11/2022 19:52:03</b> |                        | Edad en la atención: 03 Año(s) |                                 |
| Identificación:                                     | RC 1123818862          | Nombre:                        | DYLAN SANTIAGO MATOMA CONTRERAS |
| Administradora:                                     | CAJACOPI CCF           | Tipo de Usuario:               | Subsidiado Pos                  |
| Poliza:   |                        | Autorización:                  |                                 |
| Servicio de ingreso:                                | Promocion Y Prevencion |                                |                                 |
| <b>Datos del acompañante</b>                        |                        |                                |                                 |
| Tipo:   | Solo                   |                                |                                 |
| <b>Cierre Historia</b>                              |                        |                                |                                 |
| Fecha y Hora:                                       | 25/11/2022 20:06:54    |                                |                                 |

### PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

#### • Antecedentes

|                      |                            |                     |   |
|----------------------|----------------------------|---------------------|---|
| <b>Fecha y Hora:</b> | <b>25/11/2022 19:52:43</b> | <b>Profesional:</b> | <b>David Ricardo Toscano Diaz.(medicina .)</b>  |
| Planificación:       | No                         | Metodo:             | Sin Metodo  |
| Familiares:          | Si                         |                     | NORMAL  |
| Personales:          | Si                         |                     | GESTACIONALES PARTO EUTOCICO PROTUCTO DEL SEGUDO EMABRAZO PESO 3200 GR VACUNAS COMPLETAS HASTA 4 MESES P// TSH CONTROL Y DESARROLLO SE NECUENTRA PENIDENTE REIFE LA MADRE QUE HA TENIDO DIFICLTADES CONLA EPS |
| Patológicos:         | No                         |                     |   |
| Quirúrgicos:         | Si                         |                     | NIEGA   |
| Tóxico:              | Si                         |                     | NO REFIERE  |
| Alérgicos:           | Si                         |                     |   |
| Fisiológicos:        | Si                         |                     | PENDIENTE VACUNA DE INFLUENZA   |
| Alimentarios:        | No                         |                     |   |
| Traumaticos:         | No                         |                     |   |
| Farmacologicos:      | Si                         |                     | NIEGA   |

#### • Rutas de PMS

##### Consulta No. 202211250098 - 0

##### Finalidad: Deteccion de Alteraciones de Crecimiento y Desarrollo del Menor 10 Anos

|                     |  |              |                 |
|---------------------|--|--------------|-----------------|
| <b>Fecha:</b>       | <b>25/11/2022</b>  | <b>Hora:</b> | <b>19:53:47</b> |
| Tipo de Consulta:   | (PYP175) PRIMERA INFANCIA CONSULTA POR MEDICO  |              |                 |
| Profesional:        | DAVID RICARDO TOSCANO DIAZ.(MEDICINA .)  |              |                 |
| Motivo de Consulta: | CONTROL DE PRIMERA INFANCIA  |              |                 |
| Enfermedad Actual:  | PACIENTE MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD, EN COMPAÑÍA DE MADRE, QUIEN ASISTE A CITA POR PRIMERA INFANCIA; MADRE DEL MENOR REFIERE VERLO EN BUEN ESTADO GENERAL, NIEGA PRESENCIA EN EL MOMENTO DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS ALTOS O BAJOS, NIEGA FIEBRE EN ULTIMOS DIAS, NIEGA SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL O IRRITATIVA URINARIA; HABITO INTESTINAL DIARIO, BRISTOL 4. |              |                 |
| Dx. Principal:      | (Z001) CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO   |              |                 |

#### • Crecimiento y Desarrollo Antecedentes

|                                    |    |   |    |
|------------------------------------|----|---|----|
| <b>Familiares</b>                  |    |   |    |
| Diabetes:                          | No | Tuberculosis:                                   | No |
| Asma:                              | No | Problemas de Desarrollo Infantil:               | No |
| No. de hermanos vivos:             | 1  | No. de hermanos muertos:                        | 0  |
|                                    |    | menores cinco años:                             |    |
| Consumo de Alcohol:                | No | Consumo de Sustancias Psicoactivas:             | No |
| Trastornos Mentales en los Padres: | No |   |    |
| Dermatitis Atópica:                | No | Alteraciones de las Emociones y Comportamiento: | No |
| Infecciones de Transmisión Sexual: | No |   |    |

Otros(¿Cuales?):

#### Personales

|                             |    |                         |    |                      |   |
|-----------------------------|----|-------------------------|----|----------------------|---|
| ¿Fue Planeado el Embarazo?: | No | Fue a Control Prenatal: | Si | Numero de controles: | 5 |
|-----------------------------|----|-------------------------|----|----------------------|---|



**ESE MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO IPS LA NOHORA**  
**SECTOR 2 CASA 52 BARRIO LA NOHORA - Tel:**  
**Nit. 822002459-8**

**HISTORIA ELECTRONICA**

**Desde: 25 de Noviembre de 2022 Hasta 25 de Noviembre de 2022**  
**RC 1123818862 - DYLAN SANTIAGO MATOMA CONTRERAS**

|                                  |             |                           |          |                         |          |
|----------------------------------|-------------|---------------------------|----------|-------------------------|----------|
| Clasificación del Recien nacido: | Pretermino  | Resultado de VIH Materno: | Negativo | Hospitalarios:          | No       |
| Alergicos:                       | No          |                           |          |                         |          |
| ¿Como Fue el Embarazo:           | Alto Riesgo | Discapacidad:             | No       | Resultado VDRI Materno: | Negativo |

|                                 |    |                       |    |                      |         |
|---------------------------------|----|-----------------------|----|----------------------|---------|
| Farmacologicos :                | No | Cuanto Tiempo:        |    | ¿Como Fue el Parto?: | Vaginal |
| . Exposicion al Humo de Tabaco: | No | Antecedentes Medicos: | No | ¿Cuales?:            |         |
| Anomalia Congénita:             | No | ¿Cuales?:             |    | Patología Perinatal: | No      |
| Antecedentes Quirurgicos:       | No |                       |    |                      |         |

**Verificar la Realizacion y Resultados de las Pruebas de Tamizaje Neonatal**

|                    |                    |                  |         |                    |         |
|--------------------|--------------------|------------------|---------|--------------------|---------|
| Tamizaje Auditivo: | Riesgo No Evaluado | Tamizaje de TSH: | No Sabe | HemoClasificación: | No Sabe |
|--------------------|--------------------|------------------|---------|--------------------|---------|

**Obstétricos**

|                                    |    |  |    |                  |    |
|------------------------------------|----|--|----|------------------|----|
| Atención prenatal:                 | No | Embarazo deseado:                      | No | Embarazo normal: | Si |
| Edad de la madre al nacer el hijo: | 30 | Semanas de gestación al nacer el hijo: |    |                  | 36 |

**Perinatales**

|                             |         |                      |           |                        |          |
|-----------------------------|---------|----------------------|-----------|------------------------|----------|
| Parto institucional:        | Si      | Modalidad del Parto: | Esponaneo | Presentación cefálica: | Si       |
| Fruto Único:                | Si      | Incubadora:          | No        | Fototerapia:           | No       |
| Lactancia materna 1a. hora: | No Sabe | Peso al Nacer:       | 3000 Kg.  | Talla al Nacer:        | 0.0 Cms. |
| Apgar:                      | 9.00    | Sifilis Congénita:   | No        |                        |          |

**Alimentarios**

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Lactancia materna:           | No |
| Lactancia materna Exclusiva: | No |

**Patológicos**

|  |      |   |      |            |    |
|--|------|---|------|------------|----|
| Sarampión:                                       | No   | Tosferina:  | No   | Difteria:  | No |
| Poliomielitis:                                   | No   | Paratiroides:   | No   | Rubeola:   | No |
| Tuberculosis:                                    | No   | Alergias:   | No   | Hepatitis: | No |
| Varicela:  | No   | Síndromes convulsivos:  | No   |            |    |
| Accidentes:                                      | No - | Otros:  | No - |            |    |
| Antecedentes quirúrgicos:                        | No - |   |      |            |    |
| Número de episodios diarreicos en el último año: |      | Número de episodios de infección respiratoria aguda en el último año: |      |            |    |

**Evaluación de la Alimentación**

|   |    |
|---|----|
| Consume diariamente de los 3 grupos (formadores, reguladores, energéticos): | Si |
| Recibe menos de 3 o más de 5 comidas diarias además de la leche materna):   | No |
| Bebe agua sin hervir o Purificar:   | No |
| Suspende la alimentación por más de 24 horas en caso de enfermedad:         | No |
| Presenta intolerancia a algún alimento:                                     | No |

**Verificar el Estado Nutricional y Practicas de alimentación**

|                                     |    |                      |    |
|-------------------------------------|----|----------------------|----|
| Tiene Dificultad Para Alimentarse?: | No | ha dejado de comer?: | No |
| Se alimenta al pecho?:              | No | Recibe otra Leche?:  | No |
| Recibe otros alimentos o bebidas?:  | No |                      |    |
| Qué utiliza para alimentarlo (a)?:  |    | Utiliza Chupo?:      | No |

**Grupos de Alimentos**

**Formadores**

Leche, carnes, huevos, leguminosas, mezcla de vegetales (Bienestarina)  
 Productos lácteos

**Reguladores**

Frutas  
 Verduras

**Energéticos**

Cereales, tuberculosis, raíces, plátanos, aceites, azúcares, panela.  
 Productos elaborados: panes, gaseosas, galletas, dulces.

**Relaciones Familiares y Patrones de Crianza**

|  |    |
|--|----|
| Vive con uno solo de los padres o con ninguno?   | No |
| Hay cambios frecuentes de alguno de los padres o personas responsables del cuidado del niño? | No |
| Permanece mucho tiempo solo al cuidado de otros niños?                                       | No |
| Hay violencia al interior de la familia?   | No |
| Hay diálogo intrafamiliar?   | No |

**Transmisión de Normas**

|   |    |
|---|----|
| Corrige al niño utilizando castigo y/o maltrato verbal? | No |
|---|----|

**Actitudes y/o Comportamientos de los padres o personas Responsables del cuidado del niño frente a:**

|   |    |
|---|----|
| <b>Llanto:</b>  |    |
| Hay atención o tolerancia al llanto del niño?                   | No |
| <b>Sueño:</b>   |    |
| Presenta pesadillas o temores nocturnos?                        | No |
| Le proporcionan la adquisición de un horario regular del sueño? | Si |
| <b>Alimentación:</b>  |    |
| Lo obligan a comer por medio de amenazas?                       | No |

|   |    |
|---|----|
| <b>Sexualidad:</b>  |    |
| Lo castigan por tocar sus genitales o hacen preguntas relacionadas con su sexualidad? | No |
| Ha sido víctima de abuso sexual?  | No |
| Duerme con sus padres o adultos después de los cuatro meses de edad?                  | No |
| <b>Control de Esfínteres:</b>   |    |
| Controla esfínteres?  | Si |
| Ha sido obligado a controlar esfínteres antes de los dos años?                        | No |
| Se le enseñó a controlar esfínteres utilizando métodos violentos o castigos?          | No |
| <b>Actividad del Niño:</b>  |    |
| Desarrolla actividades laborales dentro y/o fuera de la casa?                         | No |
| Los padres juegan con los niños?  | No |

OBSERVACIONES  
NO FACTORES DE RIESGO

Escala Abreviada de Desarrollo | Edad 39

| Rango Edad (Meses) | (A) Motricidad Gruesa   | Resp. | (B) Motriz - Fino Adaptativa                                  | Resp. |
|--------------------|---|-------|---|-------|
| < 1                | 1. Realiza reflejo de búsqueda y reflejo de succión                       | Si    | 1. Reflejo de presión palmar                                  | Si    |
|                    | 2. El reflejo de moro está presente y es simétrico.                       | Si    | 2. Reacciona ante luz y sonidos                               | Si    |
|                    | 3. Mueve sus extremidades   | Si    | 3. Sigue movimiento horizontal                                | Si    |
| 1 a 3              | 4. Sostiene la cabeza al levantarlo de los brazos                         | Si    | 4. Abre y mira sus manos                                      | Si    |
|                    | 5. Levanta la cabeza y pecho en prono                                     | Si    | 5. Sostiene objeto en la mano                                 | Si    |
|                    | 6. Gira la cabeza desde la línea media                                    | Si    | 6. Se lleva un objeto a la boca                               | Si    |
| 4 a 6              | 7. Control de cabeza sentado con apoyo                                    | Si    | 7. Agarra objetos voluntariamente                             | Si    |
|                    | 8. Se voltea  | Si    | 8. Retiene un objeto cuando se lo intentan quitar             | Si    |
|                    | 9. Se mantiene sentado momentáneamente                                    | Si    | 9. Pasa objeto de una mano a otra                             | Si    |
| 7 a 9              | 10. Se mantiene sentado sin apoyo   | Si    | 10. Sostiene un objeto en cada mano                           | Si    |
|                    | 11. Adopta la posición de sentado   | Si    | 11. Deja caer los objetos intencionalmente                    | Si    |
|                    | 12. Se arrastra en posición prono   | Si    | 12. Agarra con pulgar e índice (pinza)                        | Si    |
| 10 a 12            | 13. Gatea con desplazamiento cruzado (alternando rodillas y manos)        | Si    | 13. Agarra tercer objeto sin soltar otros                     | Si    |
|                    | 14. Adopta posición bípeda y se sostiene de pie con apoyo                 | Si    | 14. Saca objetos del contenedor                               | Si    |
|                    | 15. Se sostiene de pie sin apoyo  | Si    | 15. Busca objetos escondidos                                  | Si    |
| 13 a 18            | 16. Se pone de pie sin ayuda  | Si    | 16. Hace torre de 3 cubos                                     | Si    |
|                    | 17. Da pasos solo(a)  | Si    | 17. Pasa hojas de un libro                                    | Si    |
|                    | 18. Camina con desplazamiento cruzado sin ayuda (alternando manos y pies) | Si    | 18. Agarra una cuchara y se la lleva a la boca                | Si    |
| 19 a 24            | 19. Corre   | Si    | 19. Garabatea espontáneamente                                 | Si    |
|                    | 20. Lanza pelota  | Si    | 20. Quita la tapa del contenedor o frasco de muestra de orina | Si    |
|                    | 21. Patea la pelota   | Si    | 21. Hace torre de cinco cubos                                 | Si    |
| 25 a 36            | 22. Salta con los pies juntos   | Si    | 22. Ensarta cuentas perforadas con pinza                      | Si    |
|                    | 23. Se empuja en ambos pies   | Si    | 23. Rasga papel con pinza de ambas manos                      | Si    |
|                    | 24. Sube dos escalones sin apoyo  | Si    | 24. Copia línea horizontal y vertical                         | Si    |
| 37 a 48            | 25. Camina en puntas de pies  | Si    | 25. Hace una bola de papel con sus dedos                      | Si    |
|                    | 26. Se para en un solo pie  | No    | 26. Copia círculo   | No    |
|                    | 27. Baja dos escalones con apoyo mínimo, alternando los pies              | No    | 27. Figura humana rudimentaria                                | No    |

Escala Abreviada de Desarrollo (Continuación) | Edad 39

| Rango Edad Meses | (C) Audición Lenguaje                          | Resp. | (D) Personal Social                                 | Resp. |
|------------------|--|-------|---|-------|
| < 1              | 1. Se sobresalta con un ruido                  | Si    | 1. Se tranquiliza cuando se toma entre los brazos   | Si    |
|                  | 2. Contempla momentáneamente a una persona     | Si    | 2. Responde a las caricias                          | Si    |
|                  | 3. Lloro para expresar necesidades             | Si    | 3. El bebé ya está registrado                       | Si    |
| 1 a 3            | 4. Se tranquiliza con la voz humana            | Si    | 4. Reconoce la voz del cuidador principal           | Si    |
|                  | 5. Produce sonidos guturales inderenciados     | Si    | 5. Sonríe social                                    | Si    |
|                  | 6. Busca el sonido con la mirada               | Si    | 6. Responde a una conversación                      | Si    |
| 4 a 6            | 7. Busca diferentes sonidos con la mirada      | Si    | 7. Coje las manos del examinador                    | Si    |
|                  | 8. Pone atención a la conversación             | Si    | 8. Ríe a carcajadas                                 | Si    |
|                  | 9. Produce cuatro o más sonidos diferentes     | Si    | 9. Busca la continuación del juego                  | Si    |
| 7 a 9            | 10. Pronuncia tres o más sílabas               | Si    | 10. Reacciona con desconfianza ante el extraño (a)  | Si    |
|                  | 11. Reacciona cuando se le llama por su nombre | Si    | 11. Busca apoyo del cuidador                        | Si    |
|                  | 12. Reacciona a tres palabras familiares       | Si    | 12. Reacciona a su imagen en el espejo              | Si    |
| 10 a 12          | 13. Reacciona a la palabra NO                  | Si    | 13. Participa en juegos                             | Si    |
|                  | 14. Llama al cuidador                          | Si    | 14. Muestra interés o intención en alimentarse solo | Si    |

|         |   |    |  |    |
|---------|---|----|--|----|
| 13 a 18 | 15. Responde a una instrucción sencilla                   | Si | 15. Explora el entorno   | Si |
|         | 16. Aproximación a una palabra con intención comunicativa | Si | 16. Seguimiento de rutinas   | Si |
|         | 17. Reconoce al menos 6 objetos o imágenes                | Si | 17. Ayuda a desvestirse  | Si |
|         | 18. Sigue instrucciones de dos pasos                      | Si | 18. Señala 5 partes de su cuerpo   | Si |
| 19 a 24 | 19. Nombra cinco objetos de una imagen                    | Si | 19. Acepta y tolera el contacto de su piel con diferentes texturas               | Si |
|         | 20. Utiliza más de 20 palabras                            | Si | 20. Expresa su satisfacción cuando logra o consigue algo                         | Si |
|         | 21. Usa frase de dos palabras                             | Si | 21. identifica emociones basicas en una imagen                                   | Si |
| 25 a 36 | 22. Dice su nombre completo                               | Si | 22. Identifica qué es de él y que es de otros                                    | Si |
|         | 23. Dice frases de 3 palabras                             | Si | 23. Dice nombres de la personas con quienes vive o comparte                      | Si |
|         | 24. Reconoce cualidades de los objetos                    | Si | 24. Expresa verbalmente emociones basicas (Tristeza, alegría, miedo, rabia)      | Si |
| 37 a 48 | 25. Define por uso cinco objetos                          | Si | 25. Rechaza la ayuda del cuidador cuando desea, intenta o hace algo por sí mismo | Si |
|         | 26. Hace comparativos                                     | No | 26. Comparte juegos con otros(as) niños(as)                                      | Si |
|         | 27. Describe el dibujo                                    | Si | 27. Reconoce las emociones básicas en los otros(as)                              | No |

Revisión por Sistema

|                      |             |                          |            |                     |                            |
|----------------------|-------------|--------------------------|------------|---------------------|----------------------------|
| Sint. Respiratorio:  | No          | Sint. de Piel:           | No         | Sint. Nervioso:     | No                         |
| Peso:                | (13.00) Kg. | Talla:                   | (92.) Cms. | Masa corporal:      | (15.3) Kg/m <sup>2</sup> . |
| Frecuencia Cardiaca: | 88          | Frecuencia Respiratoria: | 19         | Tension Arterial:   | 100/60                     |
| Temperatura:         | 36°C        | Perimetro Cefalico:      | 47.00cm    | Perimetro Toraxico: | 51 cm                      |
| Perimetro Branquial: | 15 cm       | Saturación:              | 98.00 %    |                     |                            |

Exploración - Estado

|                     |        |                     |        |                  |        |
|---------------------|--------|---------------------|--------|------------------|--------|
| Cabeza:             | Normal | Perímetro cefálico: |        | Ojos:            | Normal |
| Agudeza visual:     | Normal | Nariz:              | Normal | Oídos:           | Normal |
| Agudeza auditiva:   | Normal | Cavidad oral:       | Normal | Cuello:          | Normal |
| Torax cardio resp.: | Normal | Abdomen:            | Normal | Genito urinario: | Normal |
| Ano:                | Normal | Extremidades:       | Normal | Piel:            | Normal |
| Sistema nervioso:   | Normal | Sistema linfático:  | Normal |                  |        |

Evaluación Odontológica

|  |    |             |    |               |         |
|--|----|-------------|----|---------------|---------|
| Caries:                                    | No | Gingivitis: | No | Higiene oral: | Regular |
| Paso por Odontologia los ultimos 6 meses?: |    | No          |    |               |         |

Interpretación de los Resultados de la Evaluación del Desarrollo

|                      |        |                         |      |
|----------------------|--------|-------------------------|------|
| Motricidad gruesa:   | 25 %   | Motricidad fina adapt.: | 25 % |
| Audición y lenguaje: | 26 %   | Personal social:        | 26 % |
| Total:               | 25.5 % |                         |      |

Valoración del Crecimiento

Peso: Satisfactorio  
Talla: No Satisfactorio  
Se Suministro Sulfato Ferroso: SI  
Se Suministra Vitamina A: SI  
Se Suministra Albendazon: SI  
Fecha de suministro de micronutrientes en polvo: 31/12/1969  
Observaciones  
BAJO PESO Y TALLA PARA LA EDAD, PESO PARA LA TALLA ADECUADO, SE DERIVA A PEDIATRÍA

Valoración Integral (Desnutrición)

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| Fecha de la consulta: | 25/11/2022 |
| Estado nutricional:   | Normal     |

Relaciones Familiares y Patrones de Crianza

Riesgo: No

Evolución

|                  |  |
|------------------|--|
| Descripción:     | CONTROL PRIMERA INFANCIA   |
| Diagnóstico:     | BAJO PESO Y TALLA PARA LA EDAD   |
| Conducta:        | BAJO PESO Y TALLA PARA LA EDAD, PESO PARA LA TALLA ADECUADO, SE DERIVA A PEDIATRÍA |
| Recomendaciones: | RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA   |

• Procedimientos

Fecha y Hora: 25/11/2022 19:53:51 Profesional: David Ricardo Toscano Diaz.(medicina .) Identificación: CC 1121929832

Nº: 1  
Cod: 990201 Nomb: EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL Cant: 1 Dosis: DXP: Z001 DXR: Orden: 0 Item:  
Descripción:

PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

- Evite el contacto con personas con gripa. Los enfermos deben utilizar tapabocas y mantener las manos limpias con un correcto lavado de manos con agua y jabón.
- Si es un bebé menor de seis meses, suministre solamente leche materna en mayor cantidad, por lo menos 10 veces al día.

- Si el niño tiene seis meses o más, proporcione alimentos recién preparados, de alto contenido nutricional y energético (frutas, verduras y carnes), y sígale dando leche materna.
- Evite contacto con fumadores.
- Para aliviar la tos y el dolor de garganta dé a su hijo bebidas aromáticas o té. Si es mayor de dos años suminístrele miel.
- Mantenga las fosas nasales destapadas, en lo posible aplique con frecuencia suero fisiológico por ambas fosas nasales limpiando las secreciones.
- Cuando el niño salga a cambios bruscos de temperatura, protéjalo y cúbrale la nariz y la boca.

#### Recomendaciones

- Enseñe a sus hijos a estornudar: Ponga un pañuelo desechable sobre nariz y boca al toser o estornudar, bótelo y lávese las manos.
- No suministre medicamentos, antibióticos o jarabes para la tos a menos que sean formulados por el médico.
- Lávese las manos cuando tenga contacto con secreciones o enfermos con gripa.
- Ventile a diario la casa y habitación de los enfermos.
- Verifique que su esquema de vacunación (niños, niñas, escolares y adultos) esté completo para su edad.
- La hidratación es la clave para controlar la enfermedad y evitar así mayores complicaciones.

#### Signos de alarma en infantes

- Hay que estar atentos en los niños y niñas menores de 5 años las siguientes manifestaciones:
- Aumento en la frecuencia respiratoria o respiración rápida
- Se le hunden las costillas al respirar.
- Presenta ruidos extraños al respirar o "le silba el pecho".
- No quiere comer o beber y vomita todo.
- Fiebre, que no cede con la administración de medicamentos.
- Irritabilidad
- Decaimiento y somnolencia.
- Ataques o convulsiones.

### EDUCACIÓN PREVENCIÓN DE DESNUTRICIÓN

#### 99020111-99020411

1. Para evitar la desnutrición hay que procurar que nuestro régimen alimenticio incluya harinas, carnes, grasa, vitaminas y minerales en forma balanceada. Podemos complementar nuestra dieta con suplementos vitamínicos y alimenticios.
2. En los bebés es muy recomendable el consumo de leche materna, ya que cuenta con los nutrimentos que les permitirán desarrollarse de manera normal y crear defensas.
3. Una mujer se debe preparar para cuando sea madre alimentándose bien, en calidad de alimentos y no en cantidad.
4. Preparar los alimentos con limpieza, lavar las manos antes de preparar la comida o servirla y luego de ir al baño o cambiar el pañal puede evitar que cualquiera se enferme, se desnutra y le bajen las defensas.
5. Es muy importante acudir regularmente al médico durante el embarazo y controlar regularmente al bebé con un pediatra o médico para evitar complicaciones, problemas de salud y prevenir la desnutrición.
6. Si has perdido peso y masa muscular, para recuperarte inicia haciendo ejercicio de fuerza o pesas un día a la semana y después incrementa la frecuencia hasta llegar a 2 a 4 días por semana. Esto te servirá para fortalecer tus músculos, tus huesos y para mejorar tu postura.
7. Ojo, una persona puede estar delgada y tener problemas de colesterol. Por el contrario una persona obesa puede estar anémica. No te dejes llevar solo por las apariencias.
8. Para combatir la desnutrición por lo general debe haber un aumento gradual en el consumo de calorías. El consumo de alimentos durante el día debe ser fraccionado en 5 ó 6 comidas repartidas durante el día.
9. Recuerda que hay que nutrir no solo el cuerpo sino también la mente a través de actividades sanas y positivas.

### PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIDAS POR VECTORES (DENGUE, CHICUNGUÑA)

#### 99020118-99020418

Tanto el dengue como el chikungunya no tienen tratamiento, ambas enfermedades son transmitidas por el mismo tipo de mosquito, por lo que es clave eliminar cualquier recipiente que pueda servir de criadero.

La proliferación de los mosquitos se ve favorecida por el clima cálido del verano, cuando la mayoría de la población disfruta de vacaciones al aire libre y viajes a zonas o países donde hay una fuerte incidencia de esas enfermedades.

Estos mosquitos se crían en lugares sombríos y húmedos, ya sea en jardines, patios o ambientes donde haya recipientes con agua. **Por lo tanto, se recomienda:**

- Eliminar todos los recipientes en desuso que puedan acumular agua (latas, botellas, neumáticos).
- Dar vuelta los objetos que se encuentren en el exterior y puedan acumular agua cuando llueve (baldes, palanganas, tambores).
- Cambiar diariamente el agua de bebederos de animales, colectores de desagües de aire acondicionado o lluvia, dentro y fuera de la casa. Si fuera posible, utilizar en los floreros productos alternativos en lugar de agua (geles o arena húmeda).
- Mantener los patios y jardines desmalezados y destapar los desagües de lluvia de los techos.

- Tapar los tanques y recipientes que se usan para recolectar agua.
- Usar preferentemente ropas de mangas largas, repelentes y mosquiteros, para evitar la exposición a los mosquitos.
- Es recomendable que las mujeres embarazadas adopten especialmente estas precauciones para evitar el contacto con los mosquitos vectores porque si contraen la enfermedad en el período próximo al parto pueden transmitir la infección al bebé en el momento del nacimiento.

• Prescripción

No: 202211250098-1

Fecha y Hora: 25/11/2022 19:56:05

Profesional:David Ricardo Toscano Diaz.(medicina .)

| Cod.                      | Nombre  | Dosis     | Via  | Frecuencia      | Duracion   | T. Dosis | Entregar |
|---------------------------|---|-----------|------|-----------------|------------|----------|----------|
| P02CA008231               | Albendazol 100 mg/5 mL (2%) suspensión oral 100 mg/5 mL (2%)   Suspensión oral              | 1.00 UNID | ORAL | Cada 24 HORA(S) | 24 HORA(S) | 1        | 1 FRA.   |
| Obs: 20 CC VO DOSIS UNICA |   |           |      |                 |            |          |          |
| A11CV019141               | Vitamina A (acetato o palmitato) 50.000 UI tableta gragea o cápsula TAB 50.000 UI   Tableta | 4.00 UNID | ORAL | Cada 24 HORA(S) | 24 HORA(S) | 1        | 4 TAB.   |
| Obs: 4 TAB VO DOSIS UNICA |   |           |      |                 |            |          |          |

Observaciones:

• Ordenación

Fecha y Hora: 25/11/2022 19:56:38

Profesional:David Ricardo Toscano Diaz.(medicina .)

Identificación:CC1121929832

Orden: Ambulatoria

Sede: NOHORA

| Cod CUPS. | Cod SOAT. | Nombre  | Cant. | Nota |
|-----------|-----------|---|-------|------|
| (890303)  |           | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA CRECIMIENTO Y DESARROLLO | 1     | ()   |

Observaciones:

• Remisiones

Fecha y Hora: 25/11/2022 19:56:53

Profesional:David Ricardo Toscano Diaz.(medicina .)

Remisión N° 1

Especialidad: PEDIATRIA

Institución: -----

Acepta: X

Modalidad: Orden de Servicio

Motivo: No hay recurso humano

Observaciones: BAJA TALLA PARA LA EDAD

Autorización: X

Incluir Ambulancia: No

• Rev.Sistemas y Ex.Físico

Fecha y Hora: 25/11/2022 19:57:40

Profesional: David Ricardo Toscano Diaz.(medicina .)

Signos Vitales

Peso: 13.00 Kg

Talla: 92.0 Cm

Índice de Masa Corporal: 15.36 Kg/Mtr

Frecuencia Cardíaca: 88 Min

Frecuencia Respiratoria: 19 Min

Temperatura: 36.00 °C

Presión Arterial: 100 /60

Saturación: 98.00 %

Exámen Físico

Estado General: ACEPTABLE ESTADO GENERAL

Cabeza: Normal

NORMOCEFALO

Ojos: Normal

PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS

Oídos: Normal

MEMBRANA TIMPANICA INTEGRAL

Nariz: Normal

MUCOSA NASAL NORMOCOLOREADA,

Boca: Normal

SIN LESIONES

Cuello: Normal

MOVIL, NO ADENOPATÍAS

Tórax: Normal

SIMETRICO, BUENA EXPANSION, RSCS RITMICOS, NO SOPLOS

Abdomen: Normal

BLANDO, NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

G/U: Normal

NO EXPLORADO

Ano: Normal

NO EXPLORADO

Extremidades: Normal

EUTROFICAS, NO EDEMAS

Neurológico: Normal

ALERTA, ATENTO, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, NO ALTERACION DE PARES CRANEALES, NO SIGNOS MENINGEOS

Osteomuscular: Normal

SIN ALTERACION

Piel: Normal

SIN ALTERACIONES

Revisión por sistema:

Sistemático Respiratorio: No

TBC Multidrogoresistente:

Sintomático de Piel: No

Leprosia:

Sintomático Nervioso: No

Periférico:

Perímetro Abdominal: (80) Normal

• Laboratorios y Diagnósticos

Fecha y Hora: 25/11/2022 19:53:47

Profesional:David Ricardo Toscano Diaz.(medicina .)

Identificación:CC 1121929832

Análisis de Laboratorio e Imágenes

Diagnósticas:

Tipo de Diagnóstico: Confirmado Nuevo

Diag. Principal: (Z001) CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

Diag. Relacionado1:

Diag. Relacionado2:

Diag. Relacionado3:  
Diag. Relacionado4:

• **Notas Medicas**

Fecha y Hora: 25/11/2022 20:00:58

Profesional: David Ricardo Toscano Diaz.(medicina .)

Identificación:CC 1121929832

Nota

PACIENTE MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN COMPAÑÍA DE LA MADRE QUIEN REFIERE ESTAR ASINTOMÁTICO, SIN ALTERACIONES PARA EL APRENDIZAJE AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO LA VÍA ORAL, DIURESIS Y DEPOSICIONES POSITIVAS DE CARACTERÍSTICAS Y FRECUENCIA HABITUALES, SIGNOS VITALES NORMALES, EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS POSITIVOS, CON ADECUADO PESO PARA LA TALLA, SIN EMBARGO, BAJO PESO PARA LA EDAD Y TALLA PARA LA EDAD POR LO QUE SE DERIVA A PEDIATRÍA, SIN ALTERACIONES EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR, SE DA EGRESO CON DESPARASITANTE Y VITAMINA A, SE DIRECCIONA A ODONTOLOGÍA, SE DAN RECOMENDACIONES NUTRICIONALES Y DE CRECIMIENTO, SIGNOS DE ALARMA (TEMPERATURA MAYO 38°C, ALETE O NASAL, TIRAJES SUPRACLAVICULARES, INTERCOSTALES O INFRACOSTALES, DOLOR ABDOMINAL, DEPOSICIONES LÍQUIDAS CON MOCO O CON SANGRE, IRRITABILIDAD CONSTANTE), FÓRMULA MÉDICA, Y NUEVO CONTROL, SE EXPLICA A LA MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA.

IDX  
- BAJO PESO PARA LA EDAD  
- BAJA TALLA PARA LA EDAD

PLAN  
- ALBENDAZOL 400 MG VO DOSIS UNICA  
- VITAMINA A 4 TAB VO DOSIS UNICA  
- SS VALORACION POR PEDIATRÍA  
- SE DERIVA A ODONTOLOGÍA  
- PROXIMO CONTROL CON MEDICO GENERAL A LOS 5 AÑOS.

• **Rev.Sistemas y Ex.Fisico**

Fecha y Hora: 25/11/2022 20:05:16

Profesional: David Ricardo Toscano Diaz.(medicina .)

Signos Vitales

|                          |          |              |          |                          |              |                      |         |
|--------------------------|----------|--------------|----------|--------------------------|--------------|----------------------|---------|
| Peso:                    | 13.00 Kg | Talla:       | 92.0 Cm  | Índice de Masa Corporal: | 15.36 Kg/Mtr | Frecuencia Cardiaca: | 88 Min  |
| Frecuencia Respiratoria: | 19 Min   | Temperatura: | 36.00 °C | Presion Arterial:        | 100 /60      | Saturación:          | 98.00 % |

DAVID RICARDO TOSCANO DIAZ  
MEDICINA GENERAL

Impreso Por:

DAVID RICARDO TOSCANO DIAZ  
MEDICINA GENERAL