

FECHA: DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____ HORA: _____ N° HISTORIA CLÍNICA: _____
 INSTITUCIÓN: _____ CONSULTA EXTERNA: _____ URGENCIAS: _____
 MUNICIPIO: _____ CONSULTA INICIAL: _____ CONTROL: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: AÑOS _____ MESES: _____ SEXO: (F) _____ (M) _____
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: _____ PARENTESCO: _____
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): _____ TELÉFONO FIJO/CELULAR: _____

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:

¿Cómo fue el embarazo? Y ¿Cuánto duró? _____ ¿Cómo fue el parto? _____
 PESO al nacer _____ gr. TALLA al nacer _____ cm. ¿Presentó algún problema neonatal? _____
 Enfermedades previas y hospitalizaciones: _____

TEMPERATURA _____ °C FC _____ /min. FR _____ /min. TALLA _____ cm. PESO _____ Kg PC: _____ cm. IMC _____

VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL

No puede beber o tomar del pecho Vomita todo	Letárgico o inconsciente OBSERVACIONES:	ENFERMEDAD MUY GRAVE
¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI ___ NO ___ Desde hace _____ días Primer episodio de sibilancias SI ___ NO ___ Sibilancias recurrentes SI ___ NO ___ Cuadro gripal últimos 3 días: SI ___ NO ___ Antecedente prematuridad: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES:	Respiraciones por minuto _____ Respiración Rápida Tiraje subcostal SaO ₂ < 92% (90% altura > 2,500msnm) Tiraje supraclavicular Estridor Sibilancias Apnea Incapacidad para hablar o beber Somnoliento Confuso Agitado	CRUP GRAVE BRONQUIOLITIS GRAVE R SIBILANCIA (RECURRENTE) GRAVE CRUP BRONQUIOLITIS SIBILANCIA (RECURRENTE) NEUMONÍA GRAVE R NEUMONÍA TOS O RESFRIADO
¿TIENE DIARREA? SI ___ NO ___ Desde hace _____ días ¿Hay sangre en las heces? SI ___ NO ___ ¿Tiene vómito? SI ___ NO ___ # Vómitos en las últimas 4h. _____ # Diarreas en las últimas 24h. _____ # Diarreas en las últimas 4h. _____ OBSERVACIONES:	Letárgico o comatoso Intranquilo o irritable Ojos Hundidos Bebe mal o no puede beber Bebe ávidamente con sed Pliegue cutáneo: Inmediato _____ Lento _____ Muy Lento _____	DESHIDRATACIÓN GRAVE ALGÚN GRADO DESHIDRATACIÓN R ALTO RIESGO DESHIDRATACIÓN SIN DESHIDRATACIÓN DIARREA PERSISTENTE GRAVE R DIARREA PERSISTENTE DISENTERÍA
¿TIENE FIEBRE? SI ___ NO ___ Desde hace _____ días Si >5 días: Todos los días SI ___ NO ___ Fiebre >38°C SI ___ NO ___ Fiebre >39°C SI ___ NO ___ Vive o visitó en los últimos 15 días Zona Dengue (altura <2,200m) SI ___ Cefalea Zona Malaria: Urbana _____ Rural _____ Postración diuresis: SI ___ NO ___ Pulso rápido y fino LABORATORIOS: CH leucocitoss >15,000 <4,000 Parcial de Orina compatible con infección	Rigidez de nuca Apariencia de enfermo grave Manifestaciones de sangrado Aspecto tóxico Respuesta social: Normal Inadecuada Sin respuesta Piel: Pálida Moteada Cenicienta Azul Erupción cutánea generalizada Dolor abdominal Mialgias Artralgias Dolor retroocular P. torniquete (+) Lipotimia hepatomegalia Disminución Llenado capilar >2 seg. Ascitis Neutrófilos >10,000 Plaquetas <100,000 Gota gruesa positiva _____	ENF. FEBRIL DE RIESGO ALTO R ENF. FEBRIL RIESGO INTERMEDIO ENF. FEBRIL DE RIESGO BAJO MALARIA COMPLICADA R MALARIA DENGUE GRAVE DENGUE CON SIGNOS ALARMA R PROBABLE DENGUE
¿TIENE PROBLEMA DE OÍDO? SI ___ NO ___ ¿Tiene dolor de oído?: SI ___ NO ___ ¿Tiene supuración?: SI ___ NO ___ Hace _____ días N° episodios previos: _____ en _____ mese OBSERVACIONES:	Tumefacción dolorosa detrás de la oreja Timpano Rojo y Abombado Supuración de oído	MASTOIDITIS R OTITIS MEDIA CRÓNICA r OTITIS MEDIA RECURRENTE OTITIS MEDIA AGUDA NO TIENE OTITIS
¿TIENE UN PROBLEMA DE GARGANTA? SI ___ NO ___ ¿Tiene dolor de garganta?: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES:	Ganglios del cuello crecidos y dolorosos Amígdalas eritematosas Exudado blanquecino-amarillento en amígdalas	FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA FIRINGOAMIGDALITIS VIRAL NO TIENE FARINGOAMIGDALITIS

EN SEGUIDA, VERIFICAR LA SALUD BUCAL

¿Tiene dolor al comer-masticar? SI ___ NO ___
 ¿Tiene dolor en diente? SI ___ NO ___
 ¿Trauma en cara o boca? SI ___ NO ___
 ¿Tienen padres/hermanos caries? SI ___ NO ___
 ¿Cuándo le limpia boca? Mañana SI ___ NO ___
 Mediodía: SI ___ NO ___ Noche: SI ___ NO ___
 ¿Cómo superviza limpieza? Le limpia los
 Dientes: SI ___ NO ___ Niño solo: SI ___ NO ___
 ¿Qué utiliza? Cepillo: SI ___ NO ___
 Crema: SI ___ NO ___ Seda: SI ___ NO ___
 ¿Utiliza chupo o biberón? SI ___ NO ___
 ¿Cuándo fue la última consulta odontológica? _____

Inflamación dolorosa del labio No involucra surco
 Enrojecimiento Inflamación encía Localizado
 Generalizado
 Deformación contorno de encía Exudado-pus
 Vesículas Úlceras Placas: encía lengua paladar
 Fractura Movilidad Desplazamiento
 Extrusión Intrusión Avulsión
 Herida: mucosa bucal encía lengua
 Manchas blancas Cafés
 Caries cavitacionales Placa bacteriana
 OBSERVACIONES: _____

CELULITIS FACIAL
ENFERMEDAD BUCAL GRAVE
TRAUMA BUCODENTAL **R**

ESTOMATITIS

ENFERMEDAD DENTAL
Y GINGIVAL

ALTO RIESGO DE
ENFERMEDAD BUCAL

BAJO RIESGO DE
ENFERMEDAD BUCAL

VERIFICAR EL CRECIMIENTO:

Emaciación visible: SI ___ NO ___ Peso/Edad: DE: <-3 Desnutrición global severa
 Edema en ambos pies: SI ___ NO ___ (Solo en menores de 2 años) <-2 a >= -3 Desnutrición global
 Apariencia: _____ <-1 a >= -2 Riesgo de Desnutrición
 IMC/Edad: _____ DE _____ Talla/Edad: DE: <=1 a >= -1 Peso adecuado para edad
 >2 Obesidad <-2 Desnutrición crónica o
 >1 a <=2 Sobrepeso Retraso crecimiento
 Tendencia Pso: Ascendente Peso/Talla: DE: >= -2 a <-1 Riesgo DNT con bajo P/T
 Horizontal >-1 Talla adecuada/edad
 Descendente <-3 Desnutrición Aguda Severa
 >= -3 a <-2 DNT Aguda - Peso bajo/Talla
 >= -2 a <-1 Riesgo DNT con bajo P/T
 >= -1 a <=1 Peso adecuado para Talla
 OBSERVACIONES: >1 a <=2 Sobrepeso
 >2 Obesidad

OBESO **R**

SOBREPESO

DESNUTRICIÓN
SEVERA **R**

DESNUTRICIÓN **r**

RIESGO
DESNUTRICIÓN

ADECUADO ESTADO
NUTRICIONAL

VERIFICAR SI TIENE ANEMIA

Ha recibido hierro en los últimos 6 meses: Palidez palmar: Intensa Leve
 ¿Cuándo? ¿Cuánto tiempo? Palidez conjuntival: Intensa
 OBSERVACIONES: _____

ANEMIA SEVERA **R**

ANEMIA

NO TIENE ANEMIA

EN SEGUIDA, VERIFICAR SI TIENE MALTRATO

¿Cómo se produjeron las lesiones?

 Lesiones en cráneo: Fracturas - Hematomas
 Hemorragias retinianas
 Quemaduras: Áreas cubiertas por ropa
 Patrón simétrico, límite bien demarcado
 Denota el objeto con que fue quemado
 En espalda, dorso o manos o nalgas
 ¿El niño relata maltrato? SI ___ NO ___
 ¿Cuál? Físico ___ Sexual ___ Negligencia ___
 ¿Testigo relata maltrato? SI ___ NO ___
 ¿Cuál? Físico ___ Sexual ___ Negligencia ___
 ¿Quién? _____
 ¿Hay incongruencia para explicar un
 Trauma significativo? SI ___ NO ___
 ¿Existe incongruencia entre lesión - edad
 - desarrollo del niño? SI ___ NO ___
 ¿Hay diferentes versiones? SI ___ NO ___
 ¿Es tardía la consulta? SI ___ NO ___
 ¿Con qué frecuencia se ve obligado a
 pegarle a su hijo? _____
 ¿Qué tan desobediente es su hijo que se
 ve obligado a pegarle? _____
 Comportamiento anormal de los padres:
 Desespero - impaciencia - intolerancia
 Agresividad en la consulta
 ¿Está descuidado el niño en su salud?
 SI ___ NO ___ Por: _____
 ¿Está descuidado el niño en su higiene?
 Protección - Alimentación - Niño de calle
 Factor de riesgo: Discapacitado
 Hiperactivo, _____
 ¿Actitud anormal del niño? SI ___ NO ___
 Temeroso - Retraído - Rechazo adulto - Deprimido - Evita contacto visual - Trastorno sueño
 Trastorno alimentario - Problemas psicosomáticos - Conductas regresivas - Desarrollo estancado
 Violencia intrafamiliar - Familia caótica - Cuidadores adictos
 OBSERVACIONES: _____

Equimosis - Hematomas - Laceraciones -
 Mordiscos - Cicatrices lejos de la prominencia oseó
 Con patrón del objeto agresor - Diferente evolución
 En niños que no deambulan - Sugestivas de maltrato
 Fracturas: Costillas - Huesos largos - Espirales
 Oblicuas - Metafisarias - Esternon
 Escápula - Menor de 5 años
 Trauma visceral Trauma grave
 Lesión física sugestiva _____
 Sangrado vaginal o anal traumático
 Trauma genital: Laceración aguda o equimosis himen
 Laceración perianal desde esfínter
 Ausencia himen Himen cicatrizado
 Cicatriz navicular Ano dilatado
 Hallazgo semen Flujo genital
 Cuerpo extraño en vagina o ano
 Vesículas o verrugas en genitales
 Juego con contenido sexual - boca en genitales
 VIH - Gonorrea - Sífilis - Trichonoma vaginalis >1a
 Chlamydia Trachomatis >3 a. - Condilomatosis

MALTRATO FÍSICO
MUY GRAVE **R**

ABUSO SEXUAL

MALTRATO
FÍSICO

SOSPECHA
ABUSO SEXUAL **r**

MALTRATO EMOCIONAL,
NEGLIGENCIA O ABANDONO

NO HAY SOSPECHA
MALTRATO

<p>EN SEGUIDA, EVALUAR EL DESARROLLO</p> <p>Tiene algún antecedente importante Realiza 1 2 3 4 condiciones para la edad Para el desarrollo: _____ Ausencia de 1 2 3 4 condiciones para la edad _____ Ausencia de 1 2 3 4 condiciones del grupo anterior Tiene algún factor de riesgo: _____ Perímetro cefálico: _____ cm _____ DE <-2DE >+2DE _____ Alteraciones fenotípicas: _____</p> <p>OBSERVACIONES:</p>	<p>PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO r</p> <p>RIESGO PROBLEMA DESARROLLO</p> <p>DESARROLLO NORMAL CON FACTOR DE RIESGO DESARROLLO NORMAL</p>
<p>VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN (Marque con una X las dosis ya aplicadas)</p> <p>BCG 1 Hepatitis B: RN 1 2 3 DPT: 1 2 3 R1 R2 VOP 1 2 3 R1 R2 Haemophilus influenza tipo b: 1 2 3 R1 R2 Rotavirus: 1 2 Streptococo Neumoniae: 1 2 3 Influenza: Última dosis: _____ SRP: 1 2 Fiebre Amarilla: Edad _____</p> <p>Otras vacunas:</p>	<p>VACUNAS PENDIENTES</p> <p>PRÓXIMAS VACUNAS</p> <p>A LOS _____ (meses-años)</p>
<p>COMPLETAR EXAMEN FÍSICO:</p>	<p>OTRO PROBLEMA DETECTADO DIAGNÓSTICO:</p>
<p>EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DE TODOS LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS y los clasificados como ANEMIA y/o CUALQUIERA DE LAS ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO</p> <p>¿Recibe leche materna? _____ ¿Cuántas veces en 24 horas? _____ ¿Recibe pecho en la noche? _____ ¿Se extrae la leche? _____ ¿Cómo la guarda y administra? _____ ¿El menor de 6 meses recibe otra leche o alimentos? _____ ¿Cuáles? _____ ¿Cuántas veces? _____ ¿Con qué? _____ ¿Quién le da de comer? _____</p> <p>El niño mayor de 6 meses recibe:</p> <p>¿Cuántas comidas y meriendas recibió el día de ayer? _____ ¿De qué tamaño son las porciones que recibió ayer? _____ ¿Cuántas comidas de consistencia espesa recibió en día de ayer? _____ ¿Comió alimentos de origen animal ayer? Carne / Pescado / Menudencias / Aves / Huevo ¿Consumió ayer productos lácteos? _____ ¿Comió legumbres o semillas ayer? _____ ¿Comió vegetales o frutas de color rojo o anaranjado y hojas de color verde oscuro ayer? _____ ¿Agregó una pequeña cantidad de aceite a la comida del niño ayer? _____ ¿Quién le dió la comida ayer al niño? _____ ¿El niño como de su propio plato o come de la olla o plato familiar? _____ ¿El niño recibe alguna suplementación de vitaminas y minerales? _____</p> <p>SI ESTA ENFERMO: ¿Qué ha comido durante la enfermedad? _____</p>	<p>PROBLEMA DETECTADO:</p> <p>RECOMENDACIONES:</p>
<p>SI ES OBESO: ¿Son los padres o hermanos obesos? _____ ¿El niño hace ejercicio? _____ ¿Está asistiendo a un programa nutricional? _____</p> <p>OBSERVACIONES:</p>	

