

HISTORIA CLINICA DE ATENCION A LA NIÑEZ

GOBIERNO DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD

NOMBRE: _____
1er. Apellido 2do. Apellido Nombre

Nº DE HISTORIA CLINICA _____ Nº CENSO _____

MADRE: _____
1er. Apellido 2do. Apellido Nombre

UNIDAD DE SALUD _____ SECTOR _____

PADRE: _____
1er. Apellido 2do. Apellido Nombre

DOMICILIO _____

FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO

FECHA: _____ SEXO F M

ANTECEDENTES PERINATALES Institut. <input type="checkbox"/> Domic. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		NACIMIENTO: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		ATENDIDO POR: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		TIPO DE NACIMIENTO: Unico <input type="checkbox"/> Múltiple <input type="checkbox"/>			
PATOLOGIA: EMB. SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> PARTO SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> PUERP. SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		EDAD GESTAC. AL NACER Sem <input type="text"/> <input type="text"/> Menor 37 <input type="checkbox"/> Mayor 41 <input type="checkbox"/>		ANTROPOMETRIA PESO AL NACER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g. Menor de 2500 g. <input type="checkbox"/> TALLA <input type="text"/> <input type="text"/> cm PER.CEF <input type="text"/> <input type="text"/> cm		APGAR 1º Minuto <input type="text"/> <input type="text"/> 5º Minuto <input type="text"/> <input type="text"/> Deprimido SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Reanimac. SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		PATOLOGIAS RN SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
FAMILIA Madre SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad <input type="text"/> <input type="text"/> Años Menor de 19 <input type="checkbox"/> Mayor de 35 <input type="checkbox"/> Ocupación: _____ Padre SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ocupación: _____		INTERVALO INTERGENESICO Hermanos Vivos <input type="text"/> <input type="text"/> Hermanos Muertos <input type="text"/> <input type="text"/> Otros <input type="text"/> <input type="text"/> Menor de 18 meses <input type="checkbox"/> Mayor de 18 meses <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL Casada <input type="checkbox"/> Acompañada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> SITUACION DE LA PAREJA Estable <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/>		INSTRUCCION Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Alfabetizado <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Primaria Completa <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria Completa <input type="checkbox"/> Educacion Superior <input type="checkbox"/>			
VIVIENDA: Nº Cuartos <input type="checkbox"/> Piso de Tierra SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		AGUA Chorro dom. <input type="checkbox"/> Chorro com. <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		EXCRETAS Inodoro <input type="checkbox"/> Letrina <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					

BCG DOSIS FECHA 1 _____		SARAMPION DOSIS FECHA 1 _____ Adic. _____		DPT DOSIS FECHA 1 _____ 2 _____ 3 _____ Adic. _____		ANTIPOLIO <table border="1"> <tr> <th>DOSIS</th> <th>FECHA</th> <th>DOSIS</th> <th>FECHA</th> <th>DOSIS</th> <th>FECHA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>_____</td> <td>6</td> <td>_____</td> <td>11</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>_____</td> <td>7</td> <td>_____</td> <td>12</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>_____</td> <td>8</td> <td>_____</td> <td>13</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>_____</td> <td>9</td> <td>_____</td> <td>14</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>_____</td> <td>10</td> <td>_____</td> <td>15</td> <td>_____</td> </tr> </table>						DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	1	_____	6	_____	11	_____	2	_____	7	_____	12	_____	3	_____	8	_____	13	_____	4	_____	9	_____	14	_____	5	_____	10	_____	15	_____
DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA																																										
1	_____	6	_____	11	_____																																										
2	_____	7	_____	12	_____																																										
3	_____	8	_____	13	_____																																										
4	_____	9	_____	14	_____																																										
5	_____	10	_____	15	_____																																										

ALIMENTACION DEL NIÑO (A) DURANTE SU PRIMER AÑO DE VIDA

ALIMENTACION	EDAD EN MESES CUMPLIDOS												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Leche Materna													
Vegetales													
Frutas													
Maíz													
Arroz													
Otros Cereales													
Frijoles													
Carne (Pollo, Res, Cerdo, Pescado)													
Huevo													
Derivados de la Leche													
Agua sola													
Otras Leches													

Marque con una X el mes que inicia el alimento

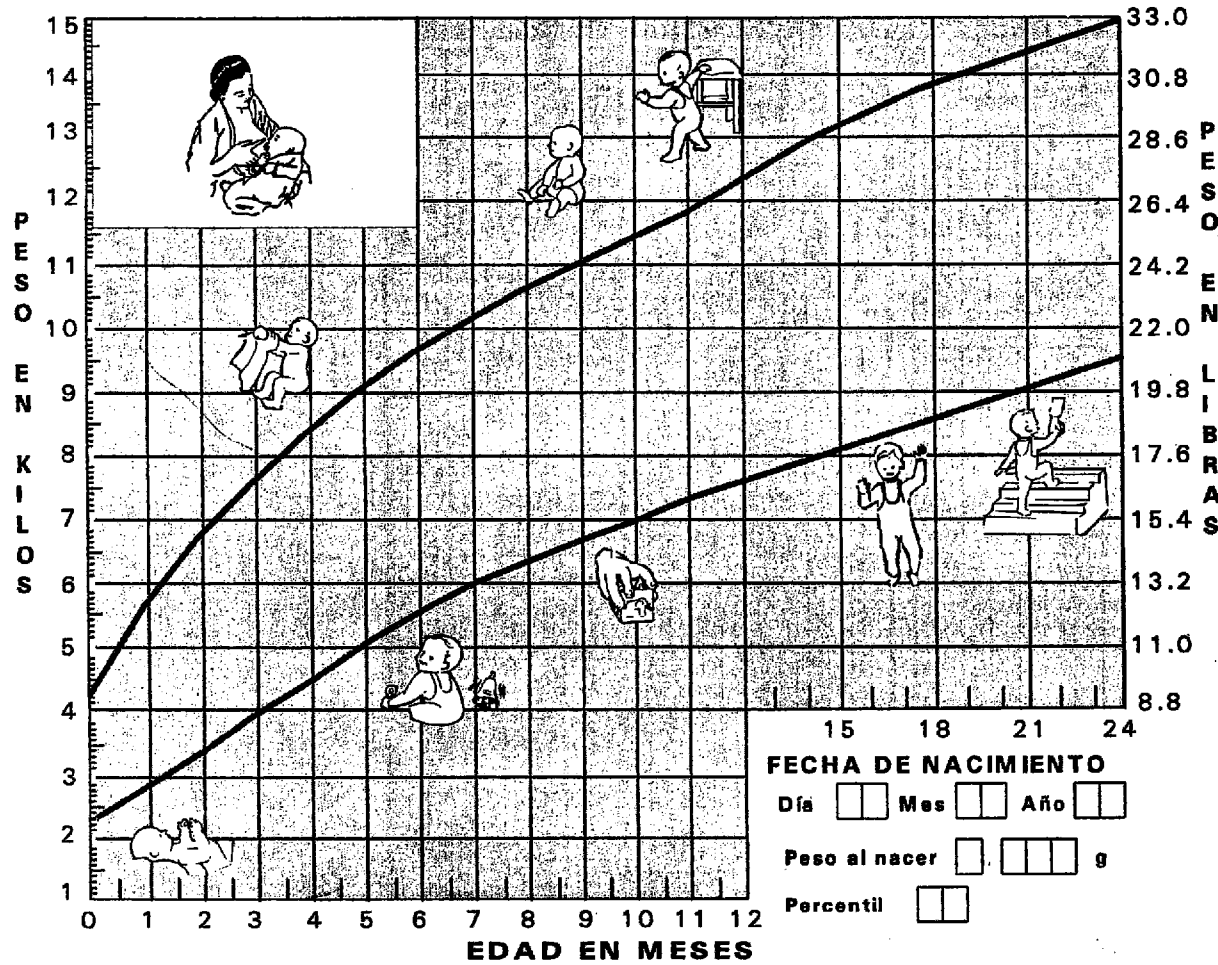
El niño (a) que es amamantado (a) no necesita tomar agua, porque LA LECHE MATERNA contiene suficiente AGUA. Al año de vida el niño (a) debe comer de todo. Continuar lactancia materna hasta los 2 años de edad.

MICRONUTRIENTES

FECHA	VITAMINA A	HIERRO

La Vitamina "A", se administrará a los 6 meses de edad y con un intervalo de 6 meses entre una y otra dosis.

GRAFICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO(A) MENOR DE 2 AÑOS



15 18 21 24

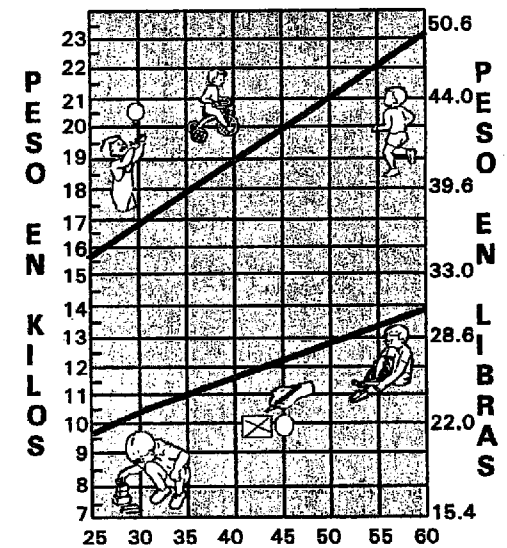
FECHA DE NACIMIENTO
 Día Mes Año

Peso al nacer g

Percentil

FECHA																		
EDAD																		
PESO																		
PERC.																		

GRAFICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO(A) DE 2 A 5 AÑOS



Tendencia del Crecimiento

MUY BIEN
 PELIGRO
 PELIGRO

FECHA																		
EDAD																		
PESO																		
PERC.																		

(再診用)



REPUBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
HOJA DE SEGUIMIENTO
ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ



Nº de H. Clínica _____ Procedencia: _____ Fecha: ____/____/____
Nombre: _____ Sexo: ____ Edad: ____/____/____ día mes año
Primer apellido Segundo apellido Nombres P. cefálico: _____ cm.
meses días
Respiraciones por minuto: _____ Temp: _____ °C.

¿Porque trae al niño(a)? _____

MENOR DE 2 MESES Primera consulta Subsecuente

INFECCION BACTERIANA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Respiraciones por minuto _____		SI NO	
Respiración rápida	SI NO <input type="checkbox"/>	Ombiligo y piel a su alrededor rojos	SI NO <input type="checkbox"/>	Ombiligo rojo o supurando	SI NO <input type="checkbox"/>
Dificultad para alimentarse	<input type="checkbox"/>	Pústulas escasas en piel	<input type="checkbox"/>	Se mueve menos de lo normal	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Pústulas extensas en piel	<input type="checkbox"/>	Supuración de ojos	<input type="checkbox"/>
Anormalmente somnoliento-	<input type="checkbox"/>	Tiraje subcostal grave	<input type="checkbox"/>	Fontanela abombada	<input type="checkbox"/>
DIARREA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		14 días o más de duración: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Sangre en las heces: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Anormalmente somnoliento	SI NO <input type="checkbox"/>	Piel vuelve a su estado anterior lentamente,	SI NO <input type="checkbox"/>	Ojos hundidos	SI NO <input type="checkbox"/>
Inquieto o irritable	<input type="checkbox"/>	Piel vuelve a su estado anterior muy lentamente	<input type="checkbox"/>		

DE 2 MESES A 4 AÑOS Primera consulta Subsecuente

SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		TOS O DIFICULTAD RARA RESPIRAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DIARREA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FIEBRE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Respiraciones por minuto _____		14 días o más de duración		SI NO		Riesgo de malaria: Alto <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>	
Dejó de comer o beber	SI NO <input type="checkbox"/>	Respiración rápida	SI NO <input type="checkbox"/>	Sangre en las heces	<input type="checkbox"/>	Fiebre por 7 días o más de duración y todos los días	SI NO <input type="checkbox"/>
Vomita todo	<input type="checkbox"/>	Tiraje-subcostal	<input type="checkbox"/>	Anormalmente somnoliento	<input type="checkbox"/>	Toma de gota gruesa	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Estridor en reposo	<input type="checkbox"/>	Inquieto irritable	<input type="checkbox"/>	Gota gruesa positiva	<input type="checkbox"/>
Anormalmente	<input type="checkbox"/>	Sibilancias	<input type="checkbox"/>	Ojos hundidos	<input type="checkbox"/>	Rigidez de nuca	<input type="checkbox"/>
Somnoliento	<input type="checkbox"/>	21 días o más de duración	<input type="checkbox"/>	Dejó de comer o beber	<input type="checkbox"/>	Coriza / ojos enrojecidos	<input type="checkbox"/>
				Bebe ávidamente con sed	<input type="checkbox"/>	Erupción cutánea generalizada	<input type="checkbox"/>
				Piel vuelve lentamente	<input type="checkbox"/>	Manifestaciones de sangrado	<input type="checkbox"/>
				Piel vuelve muy lentamente	<input type="checkbox"/>		
PROBLEMAS DE OIDO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PROBLEMAS DE GARGANTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DESNUTRIC. GRAVE O ANEMIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Dolor de oído	SI NO <input type="checkbox"/>	Dolor de garganta	SI NO <input type="checkbox"/>	Emaciación grave visible			
Supuración del oído	<input type="checkbox"/>	Ganglios en cuello crecidos o dolorosos	<input type="checkbox"/>	Edema en ambos pies			
Si el oído supura ¿tiene 14 días o más?	<input type="checkbox"/>	Exudados blancos en la garganta	<input type="checkbox"/>	Palidez palmar leve			
Tumefacción detrás de oreja	<input type="checkbox"/>	Enrojecimiento de la garganta	<input type="checkbox"/>	Palidez palmar-intensa			

AMBOS GRUPOS ETAREOS

DESNUTRICION O RIESGO NUTRICIONAL
 Determinar el estado nutricional: Sobrepeso Normal Rango de bajo peso Desnutrido Peso: _____, _____ gr. Percentil: _____
 Determinar la tendencia del crecimiento: Satisfactoria Insatisfactoria

MENOR DE 2 AÑOS O PROBLEMAS DE ALIMENTACION, ANEMIA, DESNUTRICION O RIESGO NUTRICIONAL: SI NO

¿Tiene dificultad para alimentarse?	SI NO <input type="checkbox"/>	Si es amamantado ¿se amamanta durante la noche?	SI NO <input type="checkbox"/>	¿Recibe otros alimentos o líquidos	SI NO <input type="checkbox"/>
¿Se alimenta al pecho materno?	<input type="checkbox"/>	¿Se alimenta al pecho materno más de 8 veces al día?	<input type="checkbox"/>	¿Usa pacha?	<input type="checkbox"/>
Si da otros alimentos ¿con que frecuencia?	_____ al día.	Durante la enfermedad: ¿Hubo cambios en la alimentación?	<input type="checkbox"/>		

MENOR DE 2 MESES O ALGUNA RESPUESTA A LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES INSATISFATORIA, OBSERVAR:

Presencia de placas blancas en la boca: SI NO

EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO: Problemas de posición Problemas de agarre Problemas de succión

DESARROLLO Adecuado <input type="checkbox"/> Inadecuado <input type="checkbox"/>	INMUNIZACIONES Esquema de vacunación completo para su edad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nombre y dosis de vacuna(s) a aplicarse: _____		MICRONUTRIENTES Hierro <input type="checkbox"/> Vitamina A <input type="checkbox"/>	MALTRATO Físico <input type="checkbox"/> Psíquico <input type="checkbox"/>
	PLANIFICACION FAMILIAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

EVALUAR OTROS PROBLEMAS: _____

CLASIFICACION: _____

TRATAMIENTO: _____

ORIENTACIONES SOBRE ALIMENTACION: _____

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____ PROXIMA CONSULTA: _____ REFERIDO SI NO

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

7. 一次・二次レベル間紹介状フォーマット

201001-E-90

MINISTERIO DE SALUD

Nº de Expediente:

Servicio:

Nº de Cama:

Edad:

Fecha:

Sexo: H M

Nombre:

1er. Apellido

2do. Apellido

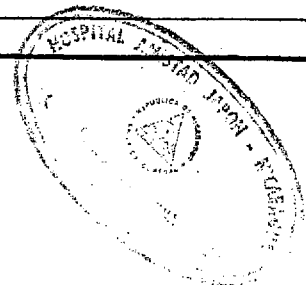
Nombres

Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso
Diagnostico Egreso	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
Resultados de Exámenes que Fundamentaron el Diagnostico	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
Tratamiento	
Padecimientos que se Descartaron	
Complicaciones	
Recomendaciones	Medicamentos:
	Inmunizaciones:
	Alimentación:
	Lugar donde seguirá el Control:

Nota:
Use la parte Superior si es Necesario

Nombre y código del Médico

EPICRISIS



グラナダ県の保健医療に関わる actor 一覧

