



Libreta de Salud Infantil

Ley: 10.190

La salud de nuestros gurises



Ministerio de
SALUD
Gobierno de Entre Ríos



Autoridades provinciales

Gobernador de la provincia de Entre Ríos

D. URRIBARRI, Sergio Daniel

Vicegobernador

D. CÁCERES, José Orlando

Ministro de Salud

Dr. D. CETTOUR, Hugo Ramón

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. D. ETCHART, César Leonardo

Directora de Salud Materno Infanto Juvenil

Dra. WAIGEL, Gloria Carmen

Índice

El sentido de la Libreta Sanitaria.....	1		
Los derechos del niño.....	2		
Datos del niño/a y su familia.....	3		
Lactancia materna.....	4		
Lactancia materna.....	5		
Pautas de alarma del recién nacido/ fiebre.....	6		
Antecedentes perinatales y del recién nacido.....	7		
Control de 7 a 10 días.....	8		
Control 1º mes.....	9		
Control 2º mes.....	10	Consultas de salud relevantes.....	35
Control 3º mes.....	11	Consultas de salud relevantes.....	36
Control 4º mes.....	12	Consultas de salud relevantes.....	37
Control 5º mes.....	13	Interconsultas.....	38
Control 6º mes.....	14	Internaciones.....	39
Consejería 6º mes.....	15	Gráfica de Seguimiento de Pretérmino NIÑAS.....	40
Control 8º mes.....	16	Gráfica NIÑAS: P/E 0-6 años.....	41
Control 10º mes.....	17	Gráfica NIÑAS: T/E 0-6 años.....	42
Control 12º mes.....	18	Gráfica NIÑAS: PC/E 0-5 años.....	43
Control 15º mes.....	19	Gráfica NIÑAS: IMC/E 1-6 años.....	44
Control 18º mes.....	20	Gráfica NIÑAS: P/E 6 a 19 años.....	45
Control 21º mes.....	21	Gráfica NIÑAS: T/E 6 a 19 años con Tanner.....	46
Control 2 años.....	22	Gráfica NIÑAS: IMC/E 0-19 años.....	47
Control 2 años y medio.....	23	Gráfica de Seguimiento de Pretérmino NIÑOS.....	48
Control 3 años.....	24	Gráfica NIÑOS: P/E 0-6 años.....	49
Control 4 años.....	25	Gráfica NIÑOS: T/E 0-6 años.....	50
Control 5 años.....	26	Gráfica NIÑOS: PC/E 0-5 años.....	51
Control 6 años.....	27	Gráfica NIÑOS: IMC/E 1-6 años.....	52
Control 7 años.....	28	Gráfica NIÑOS: P/E 6 a 19 años.....	53
Control 8 años.....	29	Gráfica NIÑOS: T/E 6 a 19 años con Tanner.....	54
Control 9 años.....	30	Gráfica NIÑOS: IMC/E 0-19 años.....	55
Control 10 años.....	31	Anexo: Alimentación infantil.....	56
Salud Bucal.....	32	Anexo: Alimentación segura.....	57
Consultas Odontológicas.....	33	Anexo: Prevención de lesiones.....	58
Certificado de salud bucal.....	34	Anexo: Prevención de lesiones.....	59
		Anexo: Prevención de lesiones.....	60
		Anexo: Primeros Auxilios.....	61
		Anexo: Primeros Auxilios.....	62
		Anexo: Primeros Auxilios.....	63
		Certificado de salud.....	64
		Inmunizaciones (calendario nacional).....	65
		Inmunizaciones (carnet de registro).....	66
		Inmunizaciones (carnet de registro).....	67



El sentido de la Libreta de Salud Infantil

Esta libreta es un derecho de la niñez entrerriana. Fue instituida por la Ley N° 10.190, como documento único que incorpora información sobre el estado de salud general de todos nuestros gurises y debe ser utilizada al realizar cada consulta de salud. El equipo de salud registrará toda información acerca de la familia, el parto y el nacimiento, el crecimiento y desarrollo, las inmunizaciones y cualquier enfermedad o acontecimiento relevante relacionado con la salud y el bienestar de la niña y el niño.



La Libreta de Salud Infantil reviste carácter personal y no debe ser retenida por ninguna persona fuera de sus titulares.

Derechos del niño

La Ley Nacional Nº 26.061 y la Constitución Nacional de la República Argentina promueven y garantizan la protección integral de la infancia.



1

Todos los niños tienen derecho a la igualdad, no importa su raza, sexo, idioma, religión, opinión política, lugar donde hayan nacido o quienes sean sus padres.



2

Tienen el derecho especial de crecer y desarrollarse física y espiritualmente.



3

Tienen derecho a un nombre y a una nacionalidad.



4

Tienen derecho a vivienda, buena alimentación y atención médica.



5

Tienen derecho a cuidados y atenciones especiales, si están incapacitados en cualquier forma.



6

Tienen derecho al amor y a la comprensión por parte de los padres y de la sociedad.



7

Tienen derecho a recibir educación gratuita, a jugar y a gozar de igual oportunidad para crecer y desarrollarse.



8

Tienen derecho a ser los primeros en recibir ayuda.



9

Tienen derecho a ser protegido contra la crueldad, abandono y la explotación en el trabajo.



10

Todos los niños tienen que ser educados en la paz, la comprensión y la fraternidad entre los pueblos..

Datos del niño/a

(a ser completado por funcionario de Registro Civil)

APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

SEXO: M F FECHA DE NACIMIENTO:

--	--	--	--

LUGAR DE NACIMIENTO: Prov.: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ TIPO DE ESTABLECIMIENTO: PUBLICO

ESTABLECIMIENTO: _____ PRIVADO

DOCUMENTO: Tipo: _____ Nro.: _____

		Fecha de inscripción	Día	Mes	Año
Departamento o partido	Delegación o Registro Civil	Número	Tomo	Folio	Acta
.....

.....
Firma y Sello Funcionario

Datos de la familia

MADRE:

APELLIDO Y NOMBRE: _____

Fecha de nacimiento:

--	--	--

Tipo y Nro. de Documento: _____

Nro. de teléfono: _____

Nivel de escolaridad / ocupación: _____

PADRE:

APELLIDO Y NOMBRE: _____

Fecha de nacimiento:

--	--	--

Tipo y Nro. de Documento: _____

Nro. de teléfono: _____

Nivel de escolaridad / ocupación: _____

HERMANOS:

Nro. de hermanos al nacer el niño/a: Vivos Fallecidos

Lactancia Materna: "Amamantar es dar vida y amor".

Es alimentar, confortar, proteger y comunicarse.



"El mejor comienzo para la vida": alimenta a tu bebé con leche materna durante los primeros 6 meses en forma exclusiva y continúa amamantándolo hasta los 2 años o más.

Ventajas de la Leche Materna

- ✓ **Es el alimento más completo.** Tiene todos los nutrientes que necesita tu bebé para su crecimiento y desarrollo saludable.
- ✓ Se digiere más fácil que otras leches
- ✓ Protege a tu bebé de infecciones y enfermedades.
- ✓ Es la leche más segura y limpia
- ✓ Cuesta menos que alimentar con otras leches.
- ✓ Tiene el líquido necesario para calmar la sed de tu bebé.

Ventajas del amamantamiento

- ✓ Favorece el vínculo afectivo con tu bebé.
- ✓ Contribuye a que crezca emocionalmente estable y seguro.
- ✓ Protege la salud de la madre y del niño.

Recomendaciones

- ▲ Recuerda que la leche tarda en bajar 48 a 72 hs después del parto.
- ▲ El calostro es suficiente y sumamente importante para tu bebé, no lo deseches.
- ▲ Olvida el reloj. Da de mamar a libre demanda, alimenta a tu bebé cada vez que lo pida.
- ▲ Permite que tu bebé mame de un pecho hasta quedar satisfecho. Esto hará que aproveche la leche rica en grasas que aparece al final de la mamada. La leche del comienzo es rica en agua para calmar la sed.



- ▲ Ponete cómoda y crea un ambiente confortable para dar de mamar.
- ▲ Lleva tu bebé hacia tu pecho, y no el pecho al bebé.
- ▲ La cabeza y el cuerpo del bebé deben estar en línea recta, alineados con tu abdomen (panza con panza).
- ▲ La cara del bebé frente a tu pecho, su nariz contra el pezón, **mirándote**.
- ▲ Controla que tu bebé trague.

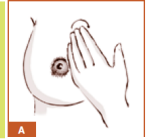
Posiciones para amamantar



Extracción manual de leche materna

Lava bien tus manos con agua y jabón.

Aplica calor y masajea unos minutos tus pechos para ayudar a la bajada de leche.



Coloca la mano en forma de C, con los dedos índice y mayor por debajo del pecho y detrás de la areola y el pulgar por arriba de ella.



Con el cuerpo inclinado hacia delante, apretar sin deslizar los dedos, empujando hacia atrás contra las costillas.



Este movimiento realizarlo en forma repetida hasta que la leche comience a salir. Los dedos van rotando alrededor de la areola para vaciar las distintas zonas del pecho.



Utiliza envases de plástico o vidrio limpios con tapa hermética, para conservar la leche extraída.

Tiempo de conservación

A temperatura ambiente: no aconsejable salvo que se use dentro de las 6 horas
Heladera: 48 hs., guardándola al fondo de la bandeja superior, no en la puerta.

Congelador: 2 semanas

Freezer: 3 meses.

Para descongelar, sumergir el envase con leche en agua caliente (no hirviendo), nunca hervirla ni calentarla en microondas.

Pautas de alarma del recién nacido

Se debe consultar inmediatamente si el niño:

- ▲ Presenta fiebre.
- ▲ Está decaído.
- ▲ Respira con dificultad.
- ▲ Tose y se pone azulado.
- ▲ Rechaza el pecho y/o mamadera.
- ▲ Presenta vómitos persistentes.



- ▲ Tiene diarrea.
- ▲ Está somnoliento (muy dormido, le cuesta despertarse).
- ▲ Está pálido.
- ▲ Tiene coloración amarilla.
- ▲ Tiene temblores inhabituales.
- ▲ Está muy irritable o llora sin consuelo.

Fiebre

¿Cómo se toma la temperatura corporal?

La técnica más sencilla es la **TÉCNICA AXILAR**: tomar la temperatura corporal durante **cuatro minutos** con el brazo apretado contra el cuerpo con termómetro de mercurio o hasta que suene el termómetro digital.

El intervalo normal de temperatura en niños es de **34,7°C a 37,3 °C**.

● **NO OLVIDES REALIZAR UN CORRECTO LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABÓN, ANTES Y DESPUES DE ASISTIR AL BEBÉ.**

● **VACUNA A TU HIJO SEGÚN EL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACION. NO POSTERGUES LA VACUNACION POR RESFRIOS, DIARREAS O CUADROS SIMPLS. NO PIERDAS LA OPORTUNIDAD DE PROTEGERLO A TIEMPO!!!**
Ante la duda consulta al médico.

● **CONVERSA CON EL PEDIATRA SOBRE TODOS LOS ASPECTOS IMPORTANTES DE LA SALUD Y EL CRECIMIENTO DE TU HIJO.**

Antecedentes Perinatales

EMBARAZO sí <input type="checkbox"/>	Tabaco <input type="checkbox"/>	PATOLOGIA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	PARTO	TERMINACION
CONTROLADO no <input type="checkbox"/>	Alcohol <input type="checkbox"/>	Especificar _____	Institucional <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>
- 5 controles <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>		Domicilio <input type="checkbox"/>	Patológico <input type="checkbox"/>
PUERPERIO Normal <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES			
TERMINACION Patológico <input type="checkbox"/>				

Recién Nacido

EDAD GESTAC. AL NACER <input type="text"/> <input type="text"/> Sem Menor 37 <input type="checkbox"/> Mayor 41 <input type="checkbox"/>	PESO AL NACER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g Menor 2500g <input type="checkbox"/> Mayor 4000g <input type="checkbox"/>	TALLA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm PERIM. CEFÁLICO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	APGAR minuto 1ª <input type="text"/> <input type="text"/> 5ª <input type="text"/> <input type="text"/> DEPRIMIDO no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> REANIMACIÓN no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL AL NACER	PAEG <input type="checkbox"/>	BPEG <input type="checkbox"/>	APEG <input type="checkbox"/>
PATOLOGIAS R.N. no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Especificar _____		
EGRESO R.N. sano <input type="checkbox"/> c/patol. <input type="checkbox"/>	Especificar _____		
ESTUDIOS REALIZADOS	ECO CEREBRAL <input type="checkbox"/>	CARDIOLOGÍA <input type="checkbox"/>	
	FONDO OJO <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	
PESQUISAS SOLICITADAS	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
ENDOCR-METAB <input type="checkbox"/>	VISUAL (REFLEJO ROJO) <input type="checkbox"/>		
AUDITIVA(OEA) <input type="checkbox"/>	OTRAS <input type="checkbox"/>		
OBSERVACIONES			

Recomendaciones para el cuidado de la salud de la madre:

- ▲ Después del parto, es importante higienizarse frecuentemente y controlar las toallas higiénicas: si las pérdidas tienen mal olor, son de color chocolate o con pus, o no hay pérdida, consultar al médico.
- ▲ Si presentas coloración rojiza en tus mamas, grietas en el pezón y/o fiebre; vaciá las mamas, pásate calostro en las grietas y realiza una consulta con tu médico (ver Recomendaciones de Lactancia Materna).
- ▲ A la semana del parto es necesario realizar el 1º control de puerperio, y el 2º, al mes de éste.
- ▲ Solicita a tu médico o equipo de salud asesoramiento sobre diferentes métodos de prevención de embarazo durante la lactancia.
- ▲ La alimentación y el descanso adecuado junto al acompañamiento de la familia son clave en la salud de la madre del niño.

Control de 7 a 10 días

FECHA			EDAD	PESO	TALLA T/E < P 3 <input type="checkbox"/>	PERIMETRO CEFALICO PC/E < P 3 0 > P 97 <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION		VACU- NACION al día <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	VARIACION ADECUADA DE PESO <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Día	Mes	Año					LACTANCIA	ADECUADA		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					LM LA Mix <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sí no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Ictericia	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Ortolani - Barlow	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Caída del cordón	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Reflejos simétricos	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Soplo cardíaco	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Reflejo rojo	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Malformaciones	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Reflejo cocleoalpebral	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**PESQUISA
ENDOC-METAB
REALIZADA**
sí no

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Da el pecho a tu bebé 8 a 12 veces al día. Durante la noche no dejes pasar más de 4 hs sin amamantarlo.
 - ▲ Evita darle el chupete hasta que la lactancia esté bien instalada; esto ocurre cerca del mes y medio de vida.
 - ▲ **El bebé debe dormir boca arriba.** Dejar sus brazos libres fuera de las mantas y sus pies tocando el fondo de la cuna. No sobreabrigar. Evitar que comparta la cama con otra persona.
 - ▲ **No se debe fumar dentro de la casa** donde esté el bebé.
 - ▲ Hay que mantener el cordón **"limpio, seco y ventilado"**. Limpiar dos veces al día con agua y jabón, secar prolijamente, **no** tapar con el pañal. Como alternativa puede usarse antiséptico (yodopovidona, clorhexidina, triple colorante, alcohol). Lavarse siempre las manos antes y después de estos cuidados. Puedes darle su primer baño al día siguiente de la caída del cordón.
 - ▲ El bebé no llora solo por hambre; puede tener sueño, malestar, calor o necesidad de contacto.
 - ▲ Llamalo por su nombre, miralo a los ojos, acarícialo y hablale suavemente.
- Si el bebé tiene fiebre, consultar con urgencia al médico.**

Control 1º mes

FECHA			EDAD	PESO P/E < P 10 <input type="checkbox"/>	TALLA T/E < P 3 <input type="checkbox"/>	PERIMETRO CEFALICO PC/E < P 3 <input type="checkbox"/> 0 > P 97 <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION		VACU- NACION al día <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	VARIACION ADECUADA DE PESO <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Día	Mes	Año					LACTANCIA	ADECUADA		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					LM <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> Mix <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP

Pesquisas

Displasia de caderas

Realizada
sí no

Informe/Observ.:

Auditiva (OEA)

sí no

Visual (RR)

sí no

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Continúa ofreciéndole el pecho a tu bebé de 8 a 12 veces al día, sin horarios rígidos. No necesita otros líquidos.
- ▲ Recuerda que el bebé debe dormir boca arriba evitando compartir la cama con otra persona. Es conveniente que duerma en la habitación con sus padres hasta alrededor del 6to mes de vida.
- ▲ Comienza a diferenciar el día de la noche. Durante la noche, no cambies los pañales si no tuvo deposiciones, utiliza luz tenue y evita ruidos.
- ▲ Para cubrir la necesidad de vitamina D, expone el bebé al sol hasta dos horas por semana, vestido y sin gorro en horario adecuado (evitar mediodía y siesta).
- ▲ En esta etapa tu bebé puede tener cólicos, que generan crisis de llanto. Estos se resolverán solos, sin el uso de medicación, alrededor de los 4 meses de vida.
- ▲ Los estímulos y caricias de su familia lo acompañan y favorecen su crecimiento.
- ▲ Ten presente las pautas de alarma para consultar oportunamente al médico.

Control 2º mes

FECHA			EDAD	PESO P/E < P 10 <input type="checkbox"/>	TALLA T/E < P 3 <input type="checkbox"/>	PERIMETRO CEFALICO PC/E < P 3 0 > P 97 <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION		VACU- NACION al día				
Día	Mes	Año					LACTANCIA	ADECUADA	sí	no	sí	no	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					LM <input type="checkbox"/>	LA <input type="checkbox"/>	Mix <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP

Pautas del desarrollo alcanzada por el 90% de los niños <2 meses

Alimentación - vínculo sí no Cócleo palpebral sí no
 Fija la mirada sí no Reflejos simétricos sí no

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Tu bebé puede demandar mas pecho. Si es así, lo resolverás ofreciéndoselo más frecuentemente.
- ▲ De ser necesario puedes extraerte leche para que otra persona lo alimente cuando no estés con tu bebé (ver Recomendaciones de Lactancia Materna).
- ▲ No dejes al bebe solo en la cama, cambiadores u otros lugares altos. Las almohadas utilizadas como protección **NO** previenen las caídas.
- ▲ Si trabajás fuera del hogar es bueno planificar el retorno a tu actividad, eligiendo un adulto responsable que lo cuide.
- ▲ Debes saber que sus hermanos pueden ayudar pero **NO** son cuidadores.
- ▲ La presencia del padre u otra persona que ocupe ese rol, es de gran importancia para el desarrollo del bebé. Es bueno que se integre y comparta la responsabilidad de su cuidado y crianza.
- ▲ Puede utilizarse como repelente aceite de citronella, evitando manos y zonas alrededor de ojos, nariz y boca.
- ▲ **No olvides vacunar a tu bebé.**
- ▲ Ten presente las pautas de alarma para consultar oportunamente al médico.

Control 3º mes

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	PERIMETRO CEFALICO	ALIMENTACION		VACUNACION al día
Día	Mes	Año		P/E < P 10	T/E < P 3	PC/E < P 3 0 > P 97	LACTANCIA	ADECUADA	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LM LA Mix	si no	si no
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ **Continúa alimentando a tu bebé solo con leche materna a libre demanda.** No requiere otros líquidos o alimentos distintos de la leche.
- ▲ El bebé debe conciliar el sueño por sí solo. En esta etapa la mayoría de los bebés comienzan a dormir de noche más horas sin interrupciones (5- 6 hs). Sin embargo, puede despertarse y no siempre es por hambre. Intenta que vuelva a dormirse sin alimentarlo.
- ▲ El bebé se comunica con su mirada, su sonrisa y sus movimientos. Hablarle, jugar con él, cantarle, sacarlo a pasear y demostrarle afecto fortalece su desarrollo e integración.
- ▲ A partir del 3º mes se puede comenzar a colocar al bebe en el piso, boca arriba sobre una manta, previendo espacios seguros. Se pueden incorporar juguetes, como móviles y sonajeros, cuidando que sean seguros.
- ▲ No dejar al bebe solo en la cama, cambiadores u otros lugares altos.
- ▲ Ten presente las pautas de alarma para consultar oportunamente al médico.

Control 4º mes

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	PERIMETRO CEFALICO	ALIMENTACION		VACUNACION al día
Día	Mes	Año		P/E < P 10	T/E < P 3	PC/E < P 3 0 > P 97	LACTANCIA	ADECUADA	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LM LA Mix	si no	si no
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP

Pautas del desarrollo alcanzada por el 90% de los niños de 2 a <4 meses

Sonrisa social sí no Responde a un sonido sí no
 Seguimiento de línea media sí no Sostén cefálico sí no

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Continúa alimentando a tu bebé sólo con leche materna a libre demanda controlada.
- ▲ A esta edad es habitual que el bebé acorte la duración de las mamadas. Recuerda que puedes extraerte leche para que otra persona lo alimente cuando no estés con tu bebé (ver Recomendaciones de Lactancia Materna).
- ▲ Recuerda que aún NO debe incorporar otros alimentos distintos de la leche.
- ▲ Es recomendable que el bebé duerma en la habitación con sus padres hasta alrededor del 6to mes de vida.
- ▲ Es conveniente que el bebé NO se duerma con el pecho o la mamadera. Es normal que se despierte transitoriamente durante la noche y no suele ser por hambre. Intenta que vuelva a dormirse sin alimentarlo.
- ▲ Higieniza los dientes del bebé (desde que salen), con una gasa húmeda.
- ▲ NO OLVIDES VACUNAR A TU BEBE.
- ▲ Ten presente las pautas de alarma para consultar oportunamente al médico.

Control 5º mes

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	PERIMETRO CEFALICO	ALIMENTACION		VACUNACION al día
Día	Mes	Año		P/E < P 10	T/E < P 3	PC/E < P 3 0 > P 97	LACTANCIA	ADECUADA	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LM LA Mix	si no	si no
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ **Continúa dándole solo leche materna a libre demanda controlada.**
- ▲ Recuerda que aún NO debe incorporar otros alimentos distintos de la leche.
- ▲ En esta etapa los bebés suelen hacer dos siestas al día y de noche deben dormir alrededor de 6 hs. sin interrupciones. Es bueno establecer una rutina, se lo debe acostar despierto y evitar que se duerma succionando la leche.
- ▲ Es importante comunicarse con el bebé mirándolo a la cara, hablándole y cantándole. Es bueno que le expliquen lo que van a hacer con él (“ahora te voy a bañar, te voy a cambiar...”) de esa manera va a entender más y mejor lo que le dicen.
- ▲ Puedes colocar al bebé en el piso sobre una manta, boca arriba y boca abajo mientras lo controlas. Ofrecer para jugar objetos seguros con sonidos. Es bueno ponerle música.
- ▲ Ten presente las pautas de alarma para consultar oportunamente al médico.

Control 6° mes

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	PERIMETRO CEFALICO	ALIMENTACION		VACUNACION al día
Día	Mes	Año		P/E < P 10	T/E < P 3	PC/E < P 3 0 > P 97	LACTANCIA	ADECUADA	si no
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LM LA Mix	si no	si no
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP

Pautas del desarrollo alcanzada por el 90% de los niños de 4 a <6 meses

Comunicación con el observador sí no Mira su mano sí no
 Junta las manos sí no Levanta la cabeza 45° sí no

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

SUPLEMENTACION VIT/MIN:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Recuerda que el bebé debe conciliar el sueño por sí mismo. A esta edad puede ser trasladado a su habitación.
- ▲ En esta etapa el bebé es muy activo. Crea un espacio seguro y supervisado para él. Ponle ropa cómoda. Respeta su ritmo: logrará por sí mismo nuevas posturas y movimientos. **No uses andador.**
- ▲ Ofrécele juguetes seguros, limpios, que no entren en su boca ni tengan partes pequeñas, que no puedan romperse y NO tengan pilas. Ofrécele libros de tela, plástico o cartón grueso con figuras simples.
- ▲ Elige una silla de comer de base amplia y fija que impida el deslizamiento. Recuerda no dejarlo solo en superficies altas.
- ▲ Higieniza los dientes del bebé (desde que salen), con una gasa húmeda.
- ▲ No es aconsejable la exposición solar directa hasta el año de vida. Si va a estar expuesto de forma indirecta y ocasional se debe evitar el horario del mediodía y la siesta y le debes colocar protector solar a partir de esta edad.
- ▲ NO OLVIDES VACUNAR A TU BEBE.
- ▲ Ten presente las pautas de alarma para consultar oportunamente al médico.

Los seis meses son el momento justo para que el bebé comience a comer otros alimentos que necesita, sin dejar la leche materna.

- ▲ Comenzá a darle, una vez al día, unas cucharaditas de papillas de sémola, polenta, fécula de maíz, arroz bien cocido y pisado o purés de papa sin brotes, batata, zapallo, zanahoria, calabaza.
- ▲ Agregá a la comida una cucharadita de leche en polvo fortificada y una cucharadita de aceite o manteca. También se puede agregar salsa blanca, ricota o queso crema. **NO** dar miel hasta el año de vida.
- ▲ **No hace falta agregar SAL.**
- ▲ Luego de una semana agrega a la papilla una cucharada sopera de carne sin grasa (vaca, pollo, cerdo, conejo), bien cocida y rallada o bien desmenuzada. Una vez por semana se puede reemplazar la carne por hígado.

Como postre puedes ofrecerle puré de frutas maduras (manzana, banana, pera, durazno) bien lavadas y peladas.



Como bebida lo ideal es el **AGUA hervida y enfriada**. Puedes ofrecerle jugos de frutas naturales colados y diluidos con agua **SIN AZUCAR** agregada. **No dar jugos artificiales o gaseosas.**

- ▲ A los 7 meses es recomendable que realice 2 o 3 comidas al día, más el pecho.
- ▲ El ritmo de las comidas diarias es muy importante. Por ejemplo: desayuno, almuerzo, merienda, cena. Sus horarios le ayudan al bebé a comprender la idea de lo esperable.
- ▲ Es conveniente que el niño tenga su propio plato para observar la cantidad que come.

- ▲ Se puede incorporar, de a poco papillas cocidas que tengan harina de trigo, fideos chicos y finos, avena arrollada, cebada. Papillas de otros vegetales triturados (Ej. Zapallitos, acelga). Yema de huevo duro y pisada. Papilla de legumbres bien cocidas, tamizadas y sin piel (Ej. Arvejas, lentejas, garbanzos, etc.).
- ▲ Aumentar la cantidad de carne bien cocida y desmenuzada o rallada a dos cucharadas soperas.

- ▲ Como postre se pueden incorporar preparaciones con leche: flanes; cremas de maicena; arroz, polenta o sémola con leche; yogur.
- ▲ Puedes ofrecer pan ligeramente tostado, biscochos secos, galletitas dulces sin relleno, vainillas.
- ▲ Como condimento en las preparaciones puedes utilizar quesos (cremosos, tipo fresco, de rallar)
- ▲ Es muy importante darle todo los días una fruta y una verdura de color amarillo, anaranjado o verde oscuro.

Control 8º mes

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	PERIMETRO CEFALICO	ALIMENTACION		VACUNACION al día
Día	Mes	Año		P/E < P 10	T/E < P 3	PC/E < P 3 0 > P 97	LACTANCIA	ADECUADA	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LM LA Mix	si no	si no
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP

Pautas del desarrollo alcanzada por el 90% de los niños de 6 a <8 meses

Actitudes frente al espejo sí no Busca con la mirada a la madre sí no
 Presión cubitopalmar sí no Pasa de posición dorsal a lateral sí no

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

SUPLEMENTACION VIT/MIN:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ A esta edad el bebé hace tres comidas, incorporando la cuarta comida hacia el 9no mes. La porción adecuada es medio plato mediano (tamaño postre) en cada comida. Respeta su apetito. Estimúlalo pero no lo fuerces a comer. Continúa dando el pecho.
- ▲ Permite que el niño toque los alimentos con sus manos limpias. Puede ingerir alimentos trozados siempre con supervisión de un adulto.
- ▲ Es beneficioso mantener la rutina de horarios de alimentación y sueño.
- ▲ En esta etapa el niño reacciona ante la presencia de extraños. Cuando se separa de su madre, se siente solo, se angustia y llora. Esta situación es conocida como la "angustia del octavo mes" y es transitoria. Puede despertarse con llanto o angustia: tranquilízalo y acompáñalo hasta que vuelva a dormirse.
- ▲ El bebé juega a las escondidas, tira juguetes al suelo para que se los alcancen. Puede sentarse solo y ponerse de pie aferrado a un objeto. Permite que se arrastre en un ambiente seguro. **No debe usar andador.**
- ▲ Nómbrale las personas y los objetos de uso frecuente y háblale de lo que vas a hacer con él ("vamos a comer, te voy a cambiar").
- ▲ **"Si se puede prevenir no es un accidente"**. Relee la consejería sobre prevención.

Control 10^o mes

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	PERIMETRO CEFALICO	ALIMENTACION		VACUNACION al día
Día	Mes	Año		P/E < P 10	T/E < P 3	PC/E < P 3 0 > P 97	LACTANCIA	ADECUADA	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LM LA Mix	si no	si no
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP

Pautas del desarrollo alcanzada por el 90% de los niños de 8 a <11 meses

Juega a las escondidas si no Silabeo: da-da-da, ta-ta-ta si no
 Se resiste a que le quitan un juguete si no Sentado alcanza el objeto si no

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

SUPLEMENTACION VIT/MIN:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Debe hacer 4 comidas (desayuno, almuerzo, merienda y cena) y una colación. Ofrecer ¾ plato mediano. Continúa dándole el pecho.
- ▲ Incorpora: carne de pescado cuidando retirar las espinas, huevo entero bien cocido, pulpa de tomate sin piel y sin semilla, espinaca, remolacha, pastas rellenas, dulces de membrillo y batata, todas las frutas frescas bien lavadas y peladas en trocitos pequeños.
- ▲ Idealmente debe comer carne todos los días o al menos tres veces por semana. Varía y combina distintos alimentos para que aprenda a comer de todo un poco.
- ▲ Mantiene la rutina al momento de acostarlo (horario, cepillado de dientes, lectura de cuentos) y estimula a que se duerma por sí solo y separado de los padres. La mayoría ya duerme toda la noche.
- ▲ Es aconsejable poner límites con firmeza y afecto.
- ▲ Estimula su lenguaje y muéstrale tu afecto cantándole, contándole cuentos y conversando con él. Jugando aprende y se desarrolla adecuadamente. Dedicar un tiempo a jugar con él.
- ▲ Tu bebé explora todo y no tiene noción de peligro. Celebra sus logros pero cuídalo para evitar accidentes. **NO debe usar andador.**
- ▲ Ten presente las pautas de alarma para consultar oportunamente al médico y la consejería de prevención de lesiones no intencionales.

Control 12° mes

FECHA			EDAD	PESO P/E < P 10 <input type="checkbox"/>	TALLA T/E < P 3 <input type="checkbox"/>	IMC IMC/E < P 10 o > P 85 <input type="checkbox"/>	PERIMETRO CEFALICO PCE/E < P 3 o > P 97 <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION		VACU- NACION al día sí no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Día	Mes	Año						LACTANCIA	ADECUADA					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						LM <input type="checkbox"/>	LA <input type="checkbox"/>	Mix <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP SP O

Pautas del desarrollo alcanzada por el 90% de los niños a los 12 meses

Camina tomado de la mano sí no Primeras palabras (mamá, upa) sí no
 Usa índice y pulgar como pinza sí no Reconoce y entrega objetos cotidianos sí no

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

SUPLEMENTACION HIERRO:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Es conveniente que el bebé comparta la mesa familiar para favorecer la comunicación, aprender con el ejemplo, dar y recibir afecto. No mirar televisión durante las comidas.
- ▲ Puede recibir los mismos alimentos que los demás, manteniendo una alimentación variada y saludable. La porción adecuada es un plato mediano lleno.
- ▲ Evite darle comida chatarra, exceso de fritos, alimentos que pueden causar ahogos, bebidas azucaradas y/o a base de soja.
- ▲ Es importante respetar los horarios de las comidas y evitar el picoteo.
- ▲ Estimula su lenguaje mediante conversaciones, canciones y lectura de libros. No es aconsejable que los niños miren televisión hasta los dos años de vida. Brinda a tu bebé un espacio seguro para que por sí mismo pueda alcanzar la marcha.
- ▲ Es necesario poner límites con firmeza y afecto. Corrige las conductas agresivas como pegar o morder, usando frases simples.
- ▲ Recuerda que ya debe haber tenido un control con el ODONTÓLOGO.
- ▲ **NO OLVIDES VACUNAR A TU BEBE.** Recuerda las pautas de alarma.

Control 15° mes

FECHA			EDAD	PESO P/E < P 10 <input type="checkbox"/>	TALLA T/E < P 3 <input type="checkbox"/>	IMC IMC/E < P 10 o > P 85 <input type="checkbox"/>	PERIMETRO CEFALICO PCE/E < P 3 o > P 97 <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION		VACU- NACION al día sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Día	Mes	Año						LACTANCIA	ADECUADA		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						LM <input type="checkbox"/>	LA <input type="checkbox"/>	Mix <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP SP O

Pautas del desarrollo a los 15 meses

Camina solo sí no Nombrar objetos. Comprende órdenes simples sí no
 Apila dos cubos sí no Señala. Abrazar a los padres sí no
 Dibuja líneas con lápiz

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

SUPLEMENTACION HIERRO:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Es importante mantener hábitos de alimentación saludable. No limites el menú solo a las comidas que le gustan.
- ▲ Continúa con pecho materno. Si lo has suspendido requiere leche entera fortificada o modificada para la edad no más de tres tomas diarias de 250 ml.
- ▲ Es importante continuar buenos hábitos del sueño. Permítele dormir una siesta.
- ▲ Los niños necesitan objetos simples para jugar: agua, arena, pelotas y cajas de cartón. Se recomiendan aquellos que el niño pueda golpear, arrastrar y empujar, vaciar y llenar, cerrar y abrir.
- ▲ Habla con él nombrándole objetos cotidianos. Responde con interés a sus preguntas sin utilizar lenguaje anidado.
- ▲ Utiliza el NO ante situaciones de peligro. Recuerda: **si se puede prevenir, no es un accidente**. Relee la consejería sobre prevención.
- ▲ Ten presente las pautas de alarma para consultar oportunamente al médico.

Control 18° mes

FECHA			EDAD	PESO P/E < P 10 <input type="checkbox"/>	TALLA T/E < P 3 <input type="checkbox"/>	IMC IMC/E < P 10 o > P 85 <input type="checkbox"/>	PERIMETRO CEFALICO PCE/E < P 3 o > P 97 <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION		VACU- NACION al día sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Día	Mes	Año						LACTANCIA	ADECUADA		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						LM <input type="checkbox"/>	LA <input type="checkbox"/>	Mix <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP SP O

Pautas del desarrollo a los 18 meses

Patea pelota, se agacha y se levanta sí no
 Nombra imágenes, identifica partes del cuerpo sí no
 Apila cuatro cubos. Imita trazo vertical sí no
 Juego simbólico, come solo sí no

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

SUPLEMENTACION HIERRO:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Enséñale a comer solo, estimulando el uso de cuchara, taza y vaso, permaneciendo sentado, compartiendo la mesa familiar. Siempre debe estar supervisado debido al riesgo de ahogos.
- ▲ Duerma o no la siesta, debería dormir toda la noche. Puede despertarse asustado por pesadillas o terrores nocturnos.
- ▲ A partir de ahora puedes comenzar el entrenamiento para dejar los pañales pero recuerda que cada niño tiene su tiempo.
- ▲ Son esperables los berrinches: hay que mantener la calma. Necesita conocer los límites. Hay que mostrarle una conducta firme y coherente, sin ceder.
- ▲ El baño diario es una buena ocasión para conocer y nombrar las partes del cuerpo y los objetos que lo rodean
- ▲ **NO OLVIDES VACUNAR A TU BEBÉ.**
- ▲ Ten presente las pautas de alarma y la consejería de prevención de lesiones no intencionales y primeros auxilios.

Control 21° mes

FECHA			EDAD	PESO P/E < P 10 <input type="checkbox"/>	TALLA T/E < P 3 <input type="checkbox"/>	IMC IMC/E < P 10 o > P 85 <input type="checkbox"/>	PERIMETRO CEFALICO PCE/E < P 3 o > P 87 <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION		VACU- NACION al día sí no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Día	Mes	Año						LACTANCIA	ADECUADA					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						LM <input type="checkbox"/>	LA <input type="checkbox"/>	Mix <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP SP O

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

SUPLEMENTACION HIERRO:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Ya es capaz de alimentarse solo, igualmente necesita de la mirada y ayuda de un adulto. Es conveniente que reconozcas y respetes sus preferencias por algunas comidas, pero es importante que continúe incorporando nuevos sabores y consistencias.
- ▲ Es común que lleve muñecos u objetos acompañantes a la cama. Le gusta que le lean un cuento, casi siempre el mismo, antes de dormir.
- ▲ Cada vez es más independiente: si él quiere es bueno dejarlo hacer cosas por sí mismo como comer, vestirse, etc.
- ▲ Es fundamental que los padres o cuidadores se pongan de acuerdo en los criterios de crianza y le marquen consignas claras.
- ▲ Anímate a jugar con tu bebé imaginando situaciones.
- ▲ Alienta sus avances y festeja sus acciones creativas para favorecer su autoestima y desarrollar sus capacidades.
- ▲ Ten presente las pautas de alarma y la consejería de prevención de lesiones no intencionales y primeros auxilios.

Control 2 años

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	IMC	PERIMETRO CEFALICO	ALIMENTACION		VACUACION al día				
Día	Mes	Año						LACTANCIA	ADECUADA					
					T/E < P 3 <input type="checkbox"/>	IMC/E < P 10 <input type="checkbox"/> o > P 85 <input type="checkbox"/>	PCE/E < P 3 <input type="checkbox"/> o > P 97 <input type="checkbox"/>	LM <input type="checkbox"/>	LA <input type="checkbox"/>	Mix <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP SP O

Pautas del desarrollo a los 2 años

Corre, abre las puertas sí no Frases de 2 palabras sí no
 Imita trazos, patear la pelota sí no Maneja la cuchara, ayuda cuando se lo desnuda sí no

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Necesita 3 porciones de lácteos por día (Ej. 500 ml de leche + un yogurt o una porción de queso). Evita las comidas chatarra.
- ▲ Es recomendable comenzar con el entrenamiento del control de esfínteres. Respeta sus tiempos. Estará preparado cuando pueda expresar que se hizo caca o pis. Se debe estar atento y responder a sus señales. Comenzar por el control de día y más tarde intentarlo de noche. Necesita sentirse seguro teniendo los pies apoyados (pelela, adaptador de inodoro mas escalón). Jugar con agua, arena y tierra lo ayudan en este proceso.
- ▲ Es normal la curiosidad por los genitales. Comienza a enseñarle pautas de intimidad y cuidado.
- ▲ Háblale claro para estimular que su lenguaje sea correcto. Evita corregirlo demasiado para no inhibirlo.
- ▲ La actitud de rebeldía es esperable, se irá revirtiendo hacia los 3 o 4 años. No es bueno reaccionar con gritos o violencia, hay que mostrarle adecuadas conductas para imitar.
- ▲ Cepillar los dientes con poca pasta dentífrica fluorada 2 veces al día. Realizar su control odontológico.
- ▲ Ten presente las pautas de alarma y la consejería de prevención de lesiones no intencionales y primeros auxilios.

Control 2 años y medio

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	IMC	PERIMETRO CEFALICO	ALIMENTACION adecuada	VACUNACION al día
Día	Mes	Año			T/E < P 3 <input type="checkbox"/>	IMC/E < P 10 o > P 85 <input type="checkbox"/>	PCE < P 3 o > P 97 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP SP O

Pautas del desarrollo a los 2 años y medio

Sube las escaleras alternando los pies, salta sí no Utiliza las palabras YO, MIO y TUYO sí no
 Limita el trazo circular sí no Ayuda a recoger objetos juegos de fingimiento sí no

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Puede ser selectivo con los alimentos y su apetito puede variar día a día. Evita que coma todo el día o fuera de horario. Estimula a que coma solo y use cubiertos.
- ▲ Le gusta estar cerca de otros niños, pero atendiendo a su propio juego, con sus propios juguetes. Enséñale a compartir sin esperar que lo haga.
- ▲ Favorece su creatividad: ofrécele rompecabezas sencillos, lápices de colores, utensilios del hogar y libros de cuento.
- ▲ Necesita actividades al aire libre en contacto con la naturaleza pero requiere supervisión constante. Controla el espacio donde juega. Los riesgos son muchos: clavos, vidrios, latas, animales, etc.
- ▲ Enséñale que no debe seguir a gente extraña.
- ▲ Explícale que ciertas partes del cuerpo son privadas y que no debe dejarse tocar la zona genital. Llama a los genitales por su nombre. Es importante que los padres y otros adultos cuiden de no exhibirse desnudos frente al niño/a.
- ▲ Ten presente las pautas de alarma y la consejería de prevención de lesiones no intencionales y primeros auxilios.

Control 3 años

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	IMC	PERIMETRO CEFALICO	TENSION ARTERIAL		ALIMENTACION adecuada	VACUNACION al día
Día	Mes	Año			T/E < P 3	IMC/E < P 10 o > P 85	PC/E < P 3 o > P 97	SISTOLICA	DIASTOLICA		

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP SP O

Pautas del desarrollo a los 3 años

Corre bien sí no Repite 3 números, frases, conoce su sexo. Pregunta por qué? sí no

Copia círculos, imita cruces sí no Juega en paralelo, ayuda a vestirse sí no

Agudeza visual (con cartilla)			
N. alt.		N. alt.	
Ojo der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojo izq
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Mantener alimentación saludable, comer en familia, sin mirar televisión. El desayuno es una comida muy importante. No lo saltees.
- ▲ Requiere mantener buenos hábitos y rutinas para dormir. Si se pasa de cama, llévalo a la suya, ofrécele la calma y seguridad que necesita para quedarse solo en su habitación. Generalmente no necesita dormir la siesta.
- ▲ Permítele explorar y estimula la actividad física. Recuerda que requiere un entorno seguro y supervisión constante.
- ▲ Está preparado para poder ingresar al jardín de infantes. Esto favorece el aprendizaje de normas y rutinas.
- ▲ Aliéntalo a que amplíe su vocabulario. La mayor parte de lo que dice debe ser entendido por extraños.
- ▲ A su curiosidad sobre la sexualidad respóndele en forma clara y sencilla.
- ▲ Para poner los límites bríndale una explicación breve de los motivos, usa advertencias y aislamientos cortos. No reacciones con violencia.
- ▲ Realiza la visita semestral al odontólogo.

Control 4 años

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	IMC	TENSION ARTERIAL		ALIMENTACION adecuada	VACUNACION al día
Día	Mes	Año			T/E < P 3	IMC/E < P 10 o > P 85	SISTOLICA	DIASTOLICA	sí no	sí no
									<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP SP O

Pautas del desarrollo a los 4 años

Salta en largo, trepa bien sí no Cuenta historias, canta sí no
 Dibuja figura humana con cabeza y dos a cuatro partes sí no Comparte juegos, va solo al baño sí no

Agudeza visual (con cartilla)			
Ojo der	N	alt.	alt.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojo izq	N	alt.	alt.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Continúa con una alimentación saludable, ofrécele cereales y sus derivados (harinas y pastas), legumbres, verduras y frutas. Ofrécele carne desgrasada al menos 3 o 4 veces por semana.
- ▲ El niño debe comer sentado y supervisado debido al riesgo de ahogo. Evita que coma en el automóvil.
- ▲ Es normal la curiosidad acerca de la diferencia de sexo, del nacimiento de los niños y la manipulación de sus genitales. Responde a sus preguntas en forma sencilla.
- ▲ Facilita el contacto con otros niños de su edad, fuera del ámbito escolar.
- ▲ Estimúlalo con el ejemplo. Fomenta la solidaridad, la amistad y el respeto por los otros y sus opiniones. Recuerda que está atento e imita las actitudes de los mayores.
- ▲ Realiza la visita semestral al odontólogo.

Control 5 años

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	IMC	TENSION ARTERIAL		ALIMENTACION adecuada	VACUNACION al día
Día	Mes	Año			T/E < P 3	IMC/E < P 10 o > P 85	SISTOLICA	DIASTOLICA	sí no	sí no
									<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP SP O

Pautas del desarrollo a los 5 años

Evade sí no Aumenta el vocabulario sí no
 Dibuja la persona completa, aparea figuras sí no Juega con consignas sí no

Agudeza visual (con cartilla)			
Ojo der	N	alt.	Ojo izq
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ La dieta debe ser variada, y no superar los 500 ml de leche diaria, incluida la ingesta de otros lácteos, preferentemente descremados.
- ▲ Es importante conocer la opinión de la maestra de preescolar acerca de sus capacidades y conducta, puede ser una oportunidad para detectar tempranamente alguna dificultad.
- ▲ Los llamados de atención deben ser realizados en el momento, sin descalificarlo y en privado.
- ▲ Enséñale conductas de autocuidado y protección: a memorizar su nombre y domicilio, cómo actuar ante extraños, valorar y hacer respetar su cuerpo.
- ▲ Es recomendable efectuar audiometría tonal y evaluación visual, previo al ingreso escolar.
- ▲ Recuerda la visita semestral al odontólogo.
- ▲ Durante este año se deben aplicar las vacunas de ingreso escolar.
- ▲ Ten presente las pautas de alarma y la consejería de prevención de lesiones no intencionales y primeros auxilios.

Control 6 años

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	IMC	TENSION ARTERIAL		ALIMEN- TACION adecuada	VACU- NACION al día
Día	Mes	Año			T/E < P 3	IMC/E < P 10 o > P 85	SISTOLICA	DIASTOLICA	sí	no
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP SP O

Desarrollo y conductas habituales a los 6 años

Salta la cuerda, usa bicicleta

sí no

Reconoce el alfabeto,
cuenta hasta 20

sí no

Dibuja figura humana con 12 partes,
ata los cordones

sí no

Reconoce derecha e
izquierda en el otro

sí no

Agudeza visual (con cartilla)

Ojo N alt. Ojo N alt.
der izq

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Es importante mantener hábitos alimentarios saludables, respetando las 4 comidas y los horarios, para evitar llegar con hambre exagerado, ya que es el período de posible aumento excesivo de peso.
- ▲ Evita la comida chatarra, promueve el kiosco saludable en la escuela.
- ▲ El juego es una necesidad, hay que respetar su tiempo. Los juegos de mesa (ludo, dominó, truco, etc.) permiten compartir, competir, aceptar las reglas y prestar atención porque de ello dependerá ganar o perder.
- ▲ Facilita la actividad física, la iniciación deportiva recreativa (no competitiva) y los juegos al aire libre.
- ▲ Limita el tiempo dedicado a actividades pasivas (televisión y computadoras), a no más de 2 horas al día.
- ▲ Ingresa a la escuela primaria, incorpora los tiempos de estudio, dialoga sobre sus actividades escolares y conversa periódicamente con la maestra acerca de su integración, desempeño y aprendizaje.
- ▲ Recuerda el correcto cepillado dental, al menos 2 veces al día, antes de acostarse y si comió golosinas. Realiza la visita semestral al odontólogo.
- ▲ Controla que las vacunas hayan sido aplicadas.

Control 7 años

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	IMC	TENSION ARTERIAL		ALIMENTACION adecuada	VACUNACION al día
Día	Mes	Año			T/E < P 3	IMC/E < P 10 o > P 85	SISTOLICA	DIASTOLICA	sí	no
							≥ P 90	≥ P 90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP SP O

Desarrollo y conductas habituales a los 7 años

Se viste y desviste solo sí no Lee, suma y resta sí no
 Colorea sin salirse de la línea sí no Copia letra cursiva sí no

Agudeza visual (con cartilla)			
Ojo der	N	alt.	Ojo izq
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Favorece buenos hábitos alimentarios, brindándole un buen ejemplo. Fomenta tiempos adecuados para las comidas.
- ▲ Promueve descansos breves luego de sus actividades diarias.
- ▲ No es conveniente la presencia de televisión o computadora en su habitación.
- ▲ El niño de esta edad juega casi siempre con otros niños. Le gusta hacer construcciones, manipular aparatos y coleccionar objetos.
- ▲ Presta atención a su lenguaje, su rendimiento escolar y la relación sus padres.
- ▲ Recuerda la visita semestral al odontólogo.
- ▲ Ten presente las pautas de alarma y la consejería de prevención de lesiones no intencionales y primeros auxilios.

Control 8 años

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	IMC	TENSION ARTERIAL		TANNER	ALIMENTACION	VACUNACION	
Día	Mes	Año			T/E < P 3	IMC/E < P 10 o > P 85	SISTOLICA	DIASTOLICA	(grado)	adecuada	al día	
							≥ P 90	≥ P 90	M/G	VP	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP SP O

Desarrollo y conductas habituales a los 8 años

Juego grupal, deportes sí no Lectoescritura completa sí no
 Dibuja figura humana completa sí no Grupo de pares sí no

Agudeza visual (con cartilla)			
Ojo der	N	alt.	Ojo izq
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Es importante para el niño ver que sus padres o responsables adultos y maestros, dialogan y trabajan juntos para él.
- ▲ Facilita la práctica de actividades extraescolares (danza, teatro, talleres, etc.) para favorecer su desarrollo integral.
- ▲ El juego es una parte vital de su vida, prefiere jugar con niños de la misma edad y sexo.
- ▲ Organiza el tiempo de juego para alternarlo con los deberes escolares.
- ▲ Promueve un espacio de diálogo manteniendo siempre un claro rol paterno. Conversa sobre sus actividades diarias, sobre temas relacionados a la sexualidad y sobre sus amigos, los cuales son muy valiosos para él.
- ▲ Alienta las prácticas deportivas recreativas, seguras, con supervisión idónea, **no competitiva**. Se debe fomentar la diversión y el gusto por el deporte y NO el entrenamiento desmedido.
- ▲ Fomenta los valores de solidaridad, tolerancia, respeto hacia los demás, y de rechazo a la discriminación y violencia.
- ▲ Realiza la visita semestral al odontólogo.

Control 9 años

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	IMC	TENSION ARTERIAL		TANNER	ALIMENTACION	VACUNACION
Día	Mes	Año			T/E < P 3	IMC/E < P 10 o > P 85	SISTOLICA	DIASTOLICA	(grado)	adecuada	al día
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M/G <input type="text"/> VP <input type="text"/>	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP SP O

Desarrollo y conductas habituales a los 9 años

Juego grupal, deportes sí no Lectoescritura completa sí no
 Dibuja figura humana completa sí no Grupo de pares sí no

Agudeza visual (con cartilla)			
Ojo der	N <input type="checkbox"/>	alt. <input type="checkbox"/>	Ojo izq
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	alt. <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ Observa como son sus hábitos y conductas alimentarias. Incentiva a que realice las cuatro comidas, que evite el picoteo, la comida chatarra y las golosinas como colaciones.
- ▲ El uso indiscriminado y/o no supervisado de Internet y programas televisivos genera riesgos en su salud. Durante ese tiempo no se interrelaciona con pares y adultos, no realiza actividad física, limita su concentración y creatividad, puede descuidar sus tareas escolares y estar expuesto a violencia, pornografía y materiales inadecuados para la edad.
- ▲ Recuerda que no es recomendable que permanezca más de dos horas diarias frente al televisor, la computadora o videojuegos y que requiere supervisión. Este es un LÍMITE SALUDABLE.
- ▲ Es importante que la computadora y el televisor no estén en la habitación del niño, enseñarle que nunca debe dar información personal que lo identifique a otra persona o sitio en Internet.
- ▲ Incentiva a que realice actividad física al aire libre, actividad deportiva recreativa, lectura, actividades creativas.
- ▲ Realiza la visita semestral al odontólogo.

Control 10 años

FECHA			EDAD	PESO	TALLA	IMC	TENSION ARTERIAL		TANNER	ALIMENTACION	VACUNACION
Día	Mes	Año			T/E < P 3	IMC/E < P 10 o > P 85	SISTOLICA	DIASTOLICA	(grado)	adecuada	al día
							≥ P 90	≥ P 90	M/G VP	sí no	sí no
										<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Diagnóstico nutricional antropométrico N RBP BP SP O

Agudeza visual (con cartilla)	Ojo der	N	alt.	Ojo izq	N	alt.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

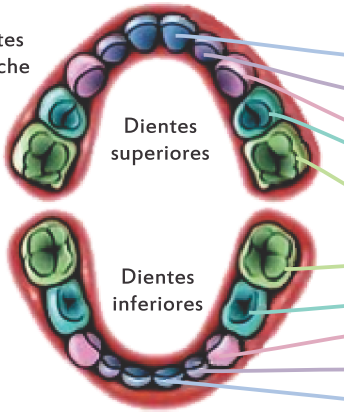
INDICACIONES:

PROXIMA CONSULTA:

FIRMA Y SELLO:

- ▲ A esta edad comienza la ADOLESCENCIA. Es una etapa de grandes cambios, de maduración y de crecimiento rápido.
- ▲ Va camino a lograr mayor autoestima, autonomía y autocuidado .En el proceso busca experimentar y podrá estar expuesto a diversos riesgos. Facilita que pueda adoptar actitudes, valores, hábitos y conductas dirigidos a su valoración personal y al cuidado de su salud.
- ▲ Necesita sentirse un miembro importante dentro de la familia y ser tomado en cuenta. Requiere de la atención y afecto de sus padres, de espacios de diálogo y encuentro, donde pueda contar sus vivencias y experiencias y escucharte. Se identifica con el padre de su propio sexo, lo que le sirve de sostén.
- ▲ Suele saltar comidas, comer fuera de casa, consumir comidas chatarra y bebidas gaseosas. Es necesario reforzar sus buenos hábitos mediante el diálogo y el ejemplo, supervisando sus conductas alimentarias y su crecimiento.
- ▲ Estimula la actividad física periódica, al menos 3 veces por semana, evitando los excesos físicos y la sobreexigencia. Facilita que comparta actividades con grupos de pares, los que juegan un rol muy importante
- ▲ Recuerda que debe continuar efectuando como mínimo un control médico anual y odontológico semestral.
- ▲ No olvides completar su esquema de vacunación a los once años.

Cronología de la erupción dentaria



	Aparición	Caída
Incisivo central	8 - 12 meses	6 - 7 años
Incisivo lateral	9 - 13 meses	7 - 8 años
Canino (colmillo)	16 - 22 meses	10 - 12 años
Primer molar	13 - 19 meses	9 - 11 años
Segundo molar	25 - 33 meses	10 - 12 años
Segundo molar	23 - 31 meses	10 - 12 años
Primer molar	14 - 18 meses	9 - 11 años
Canino (colmillo)	17 - 23 meses	9 - 12 años
Incisivo lateral	10 - 16 meses	7 - 8 años
Incisivo central	6 - 10 meses	6 - 7 años

Recomendaciones

4-6 meses	Comienzan con molestias en las encías Puede observarse el inicio de la salida (erupción) de los dientes. Iniciar limpieza de la boca con una gasa húmeda.
7-12 meses	Continúa la erupción de los dientes, puede atrasarse algunos meses. Comenzar cepillado diario, sin pasta dental, hecho por un adulto y con un cepillo pequeño y suave. Los cepillos son personales y no se prestan.
1 a 2 años	Aparecen primero los primeros molares y luego los caninos (colmillos). Mastica alimentos blandos. Acepta sabores más definidos. Continuar cepillando los dientes después de las comidas (sin pasta dental). El cepillo deberá cambiarlo cada seis meses.
2 a 3 años	Aparecen los segundos molares. Puede morder y masticar alimentos enteros. Continuar cepillando los dientes después de las comidas con una pequeña cantidad de pasta de dientes con fluor, equivalente al tamaño de una arveja.
3 a 5 años	Ya tiene todos sus dientes de leche. Reforzar el cepillado con pasta dental con fluor.
5 a 6 años	Aparecen los primeros molares definitivos (molar de los 6 años). Empieza a cambiar los dientes. Puede cepillarse solo, supervisado por un adulto, con pasta infantil con flúor en pequeñas cantidades.
6 a 7 años	Ya puede cepillarse solo los dientes y cuidar su salud bucal. Comenzar a usar pasta dental para adultos con flúor en pequeña cantidad.
8 a 10 años	Seguir controlando la dieta del niño/a y su limpieza dental. Si ha seguido constantemente las indicaciones, el hábito del cepillado dental y cuidados de la salud bucal, ya estará instalado, disminuyendo las posibilidades de hacer caries.

Es importante la salud bucal de la familia, especialmente de la madre, porque pueden contagiar al niño las bacterias que producen las caries, aún cuando al bebé no tenga dientes.

Tomando sólo leche materna sus dientes serán mejores.
El amamantamiento ayuda al desarrollo de la boca.

Si mama adecuadamente, no necesita chupete ni mamadera.
Si usa chupete no ponerle ningún alimento dulce al mismo.
No dejes que se duerma con la mamadera en la boca, y retira el chupete cuando se duerma.

Consultas odontológicas

(menores de 4 años)

Fecha	Observaciones	Firma del profesional	Próxima consulta



HIGIENE BUCAL
ALIMENTACIÓN ADECUADA
VISITA AL ODONTÓLOGO



DIENTES SANOS !

Programa de Salud Bucal Escolar

- ^ Este apartado es equivalente al Carnet de Salud Bucal, correspondiente al Programa de Salud Bucal Escolar, establecido por la **Ley 9.813**. Por lo tanto, la presentación de esta ficha de la Libreta Sanitaria Infantil, es válida para la inscripción del niño en cada ciclo lectivo desde Nivel Inicial (Jardín de 4 o 5 años), hasta el grado que curse al cumplir los 10 (diez) años.
- ^ Recordar que tanto esta ficha, como el carnet, son válidos cuando no han pasado más de 6 (seis) meses de la última **Sesión de Prevención Odontológica**, la cuál incluye: enseñanza de técnicas de higiene oral, asesoramiento dietético, inactivación de caries, aplicación tópica de fluoruros de alta concentración, recitado entre los tres a seis meses a una sesión de prevención.

FECHA SESIÓN DE PREVENCIÓN			FIRMA ODONTÓLOGO	DEBE VOLVER	
DÍA	MES	AÑO		MES	AÑO

Por ley 9.813 se
incorpora el
Seguro de Salud
Bucal en la
provincia.

Consultas de Salud Relevantes

<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">sí <input type="checkbox"/></td> <td>no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año													REFERIDO				sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																									
Día	Mes	Año																										
REFERIDO																												
sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">sí <input type="checkbox"/></td> <td>no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año													REFERIDO				sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																									
Día	Mes	Año																										
REFERIDO																												
sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">sí <input type="checkbox"/></td> <td>no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año													REFERIDO				sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																									
Día	Mes	Año																										
REFERIDO																												
sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">sí <input type="checkbox"/></td> <td>no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año													REFERIDO				sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																									
Día	Mes	Año																										
REFERIDO																												
sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">sí <input type="checkbox"/></td> <td>no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año													REFERIDO				sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																									
Día	Mes	Año																										
REFERIDO																												
sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">sí <input type="checkbox"/></td> <td>no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año													REFERIDO				sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																									
Día	Mes	Año																										
REFERIDO																												
sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">sí <input type="checkbox"/></td> <td>no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año													REFERIDO				sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																									
Día	Mes	Año																										
REFERIDO																												
sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">sí <input type="checkbox"/></td> <td>no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año													REFERIDO				sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																									
Día	Mes	Año																										
REFERIDO																												
sí <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/>																									

Consultas de Salud Relevantes

<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										

Consultas de Salud Relevantes

<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">REFERIDO</td> <td>sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																		REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																										
Día	Mes	Año																											
REFERIDO			sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										

<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESPECIALIDAD:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">_____</td> <td></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																													ESPECIALIDAD:				_____				DIAGNÓSTICO: INDICACIONES: FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																																									
Día	Mes	Año																																										
ESPECIALIDAD:																																												

<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESPECIALIDAD:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">_____</td> <td></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																													ESPECIALIDAD:				_____				DIAGNÓSTICO: INDICACIONES: FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																																									
Día	Mes	Año																																										
ESPECIALIDAD:																																												

<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESPECIALIDAD:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">_____</td> <td></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																													ESPECIALIDAD:				_____				DIAGNÓSTICO: INDICACIONES: FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																																									
Día	Mes	Año																																										
ESPECIALIDAD:																																												

<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESPECIALIDAD:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">_____</td> <td></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																													ESPECIALIDAD:				_____				DIAGNÓSTICO: INDICACIONES: FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																																									
Día	Mes	Año																																										
ESPECIALIDAD:																																												

<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESPECIALIDAD:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">_____</td> <td></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																													ESPECIALIDAD:				_____				DIAGNÓSTICO: INDICACIONES: FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																																									
Día	Mes	Año																																										
ESPECIALIDAD:																																												

<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESPECIALIDAD:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">_____</td> <td></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																													ESPECIALIDAD:				_____				DIAGNÓSTICO: INDICACIONES: FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																																									
Día	Mes	Año																																										
ESPECIALIDAD:																																												

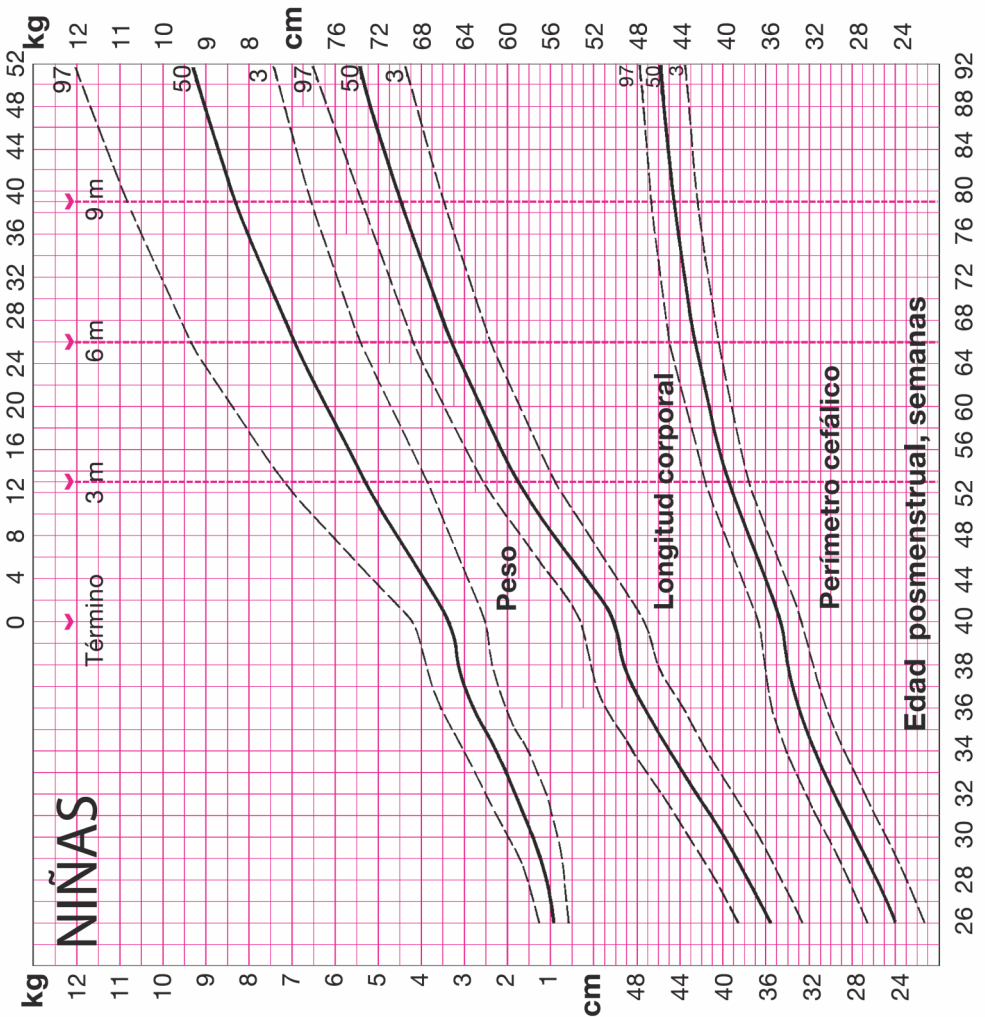
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESPECIALIDAD:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">_____</td> <td></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																													ESPECIALIDAD:				_____				DIAGNÓSTICO: INDICACIONES: FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																																									
Día	Mes	Año																																										
ESPECIALIDAD:																																												

<table border="1"> <tr> <td colspan="3">FECHA</td> <td rowspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESPECIALIDAD:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">_____</td> <td></td> </tr> </table>	FECHA			EDAD	Día	Mes	Año																													ESPECIALIDAD:				_____				DIAGNÓSTICO: INDICACIONES: FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA			EDAD																																									
Día	Mes	Año																																										
ESPECIALIDAD:																																												

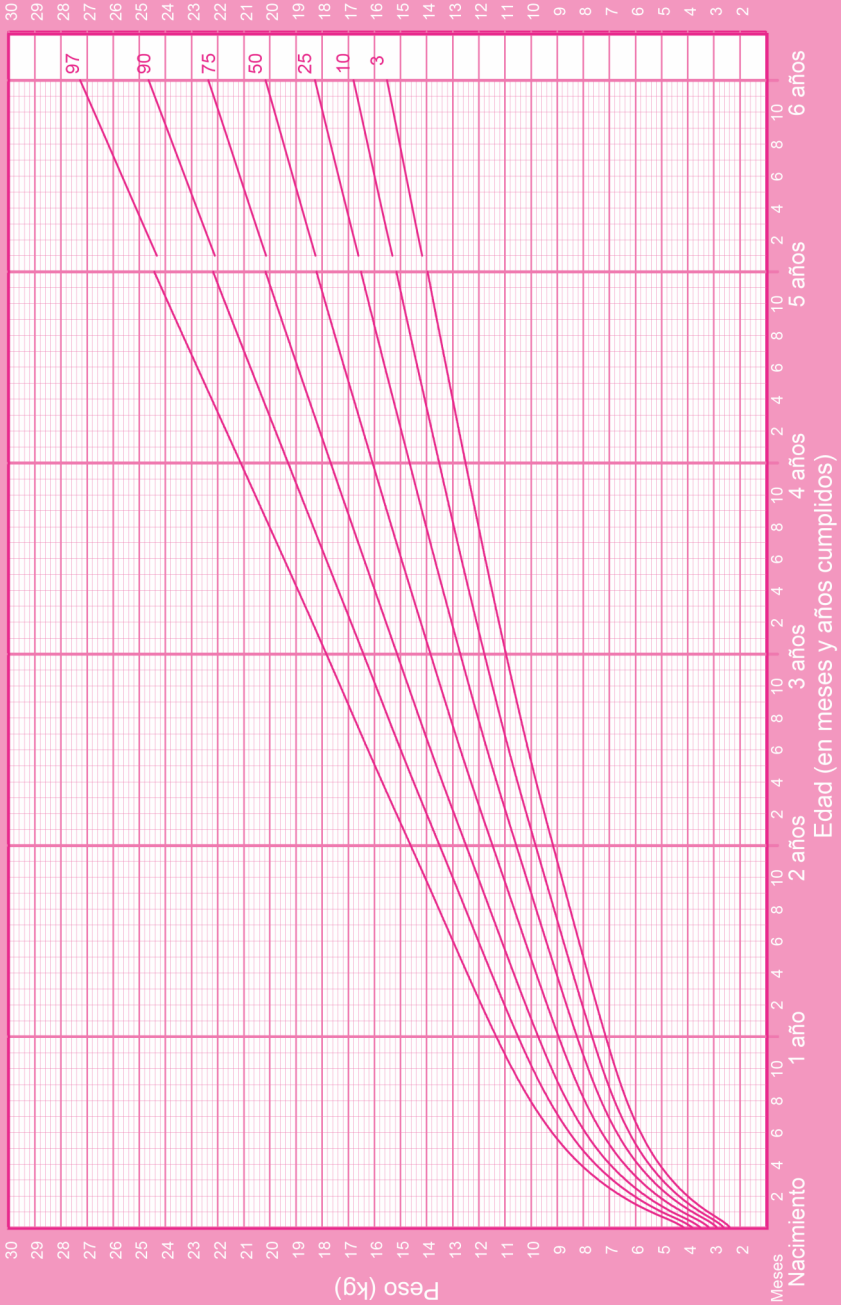
Internaciones

FECHA INGRESO Día Mes Año 	EDAD	DIAGNÓSTICO: INDICACIONES:	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA EGRESO Día Mes Año 			
FECHA INGRESO Día Mes Año 	EDAD	DIAGNÓSTICO: INDICACIONES:	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA EGRESO Día Mes Año 			
FECHA INGRESO Día Mes Año 	EDAD	DIAGNÓSTICO: INDICACIONES:	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA EGRESO Día Mes Año 			
FECHA INGRESO Día Mes Año 	EDAD	DIAGNÓSTICO: INDICACIONES:	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA EGRESO Día Mes Año 			
FECHA INGRESO Día Mes Año 	EDAD	DIAGNÓSTICO: INDICACIONES:	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA EGRESO Día Mes Año 			
FECHA INGRESO Día Mes Año 	EDAD	DIAGNÓSTICO: INDICACIONES:	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA EGRESO Día Mes Año 			
FECHA INGRESO Día Mes Año 	EDAD	DIAGNÓSTICO: INDICACIONES:	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA EGRESO Día Mes Año 			
FECHA INGRESO Día Mes Año 	EDAD	DIAGNÓSTICO: INDICACIONES:	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
FECHA EGRESO Día Mes Año 			

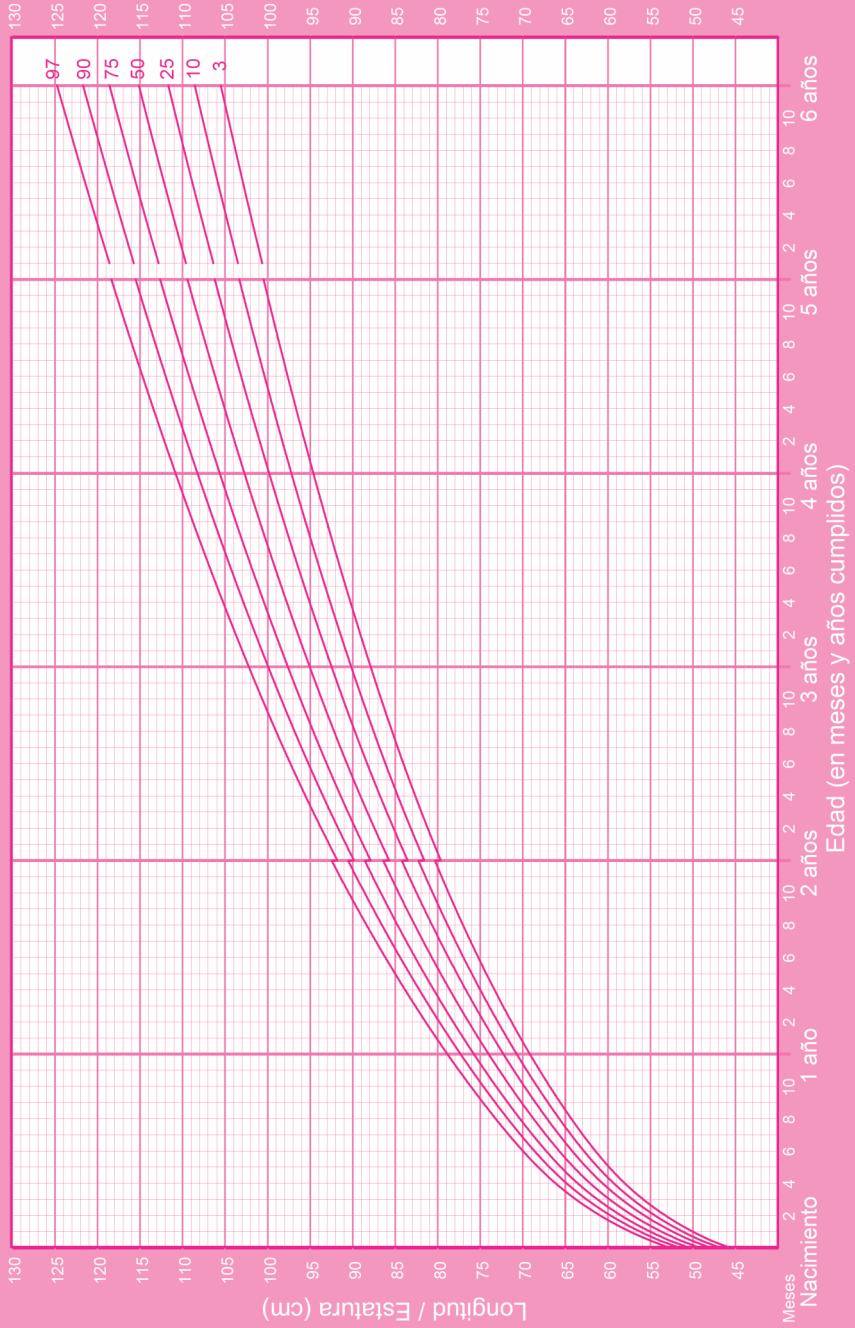
PESO, LONGITUD CORPORAL y PERIMETRO CEFALICO



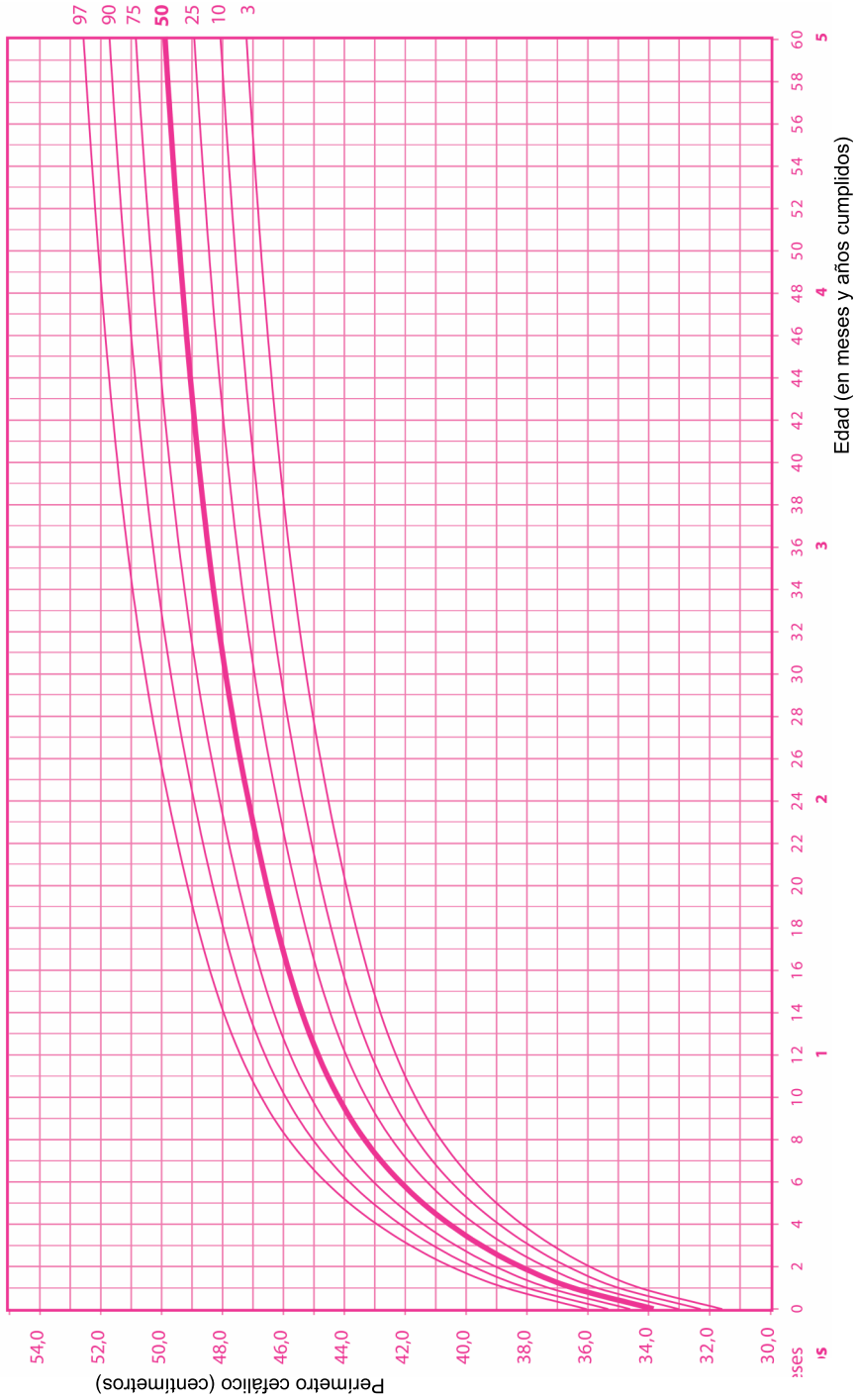
Gráficos preparados por
Lejarraga H y Fustimana C.
Arch. argent. pediatr.
1986; 84:210-214.



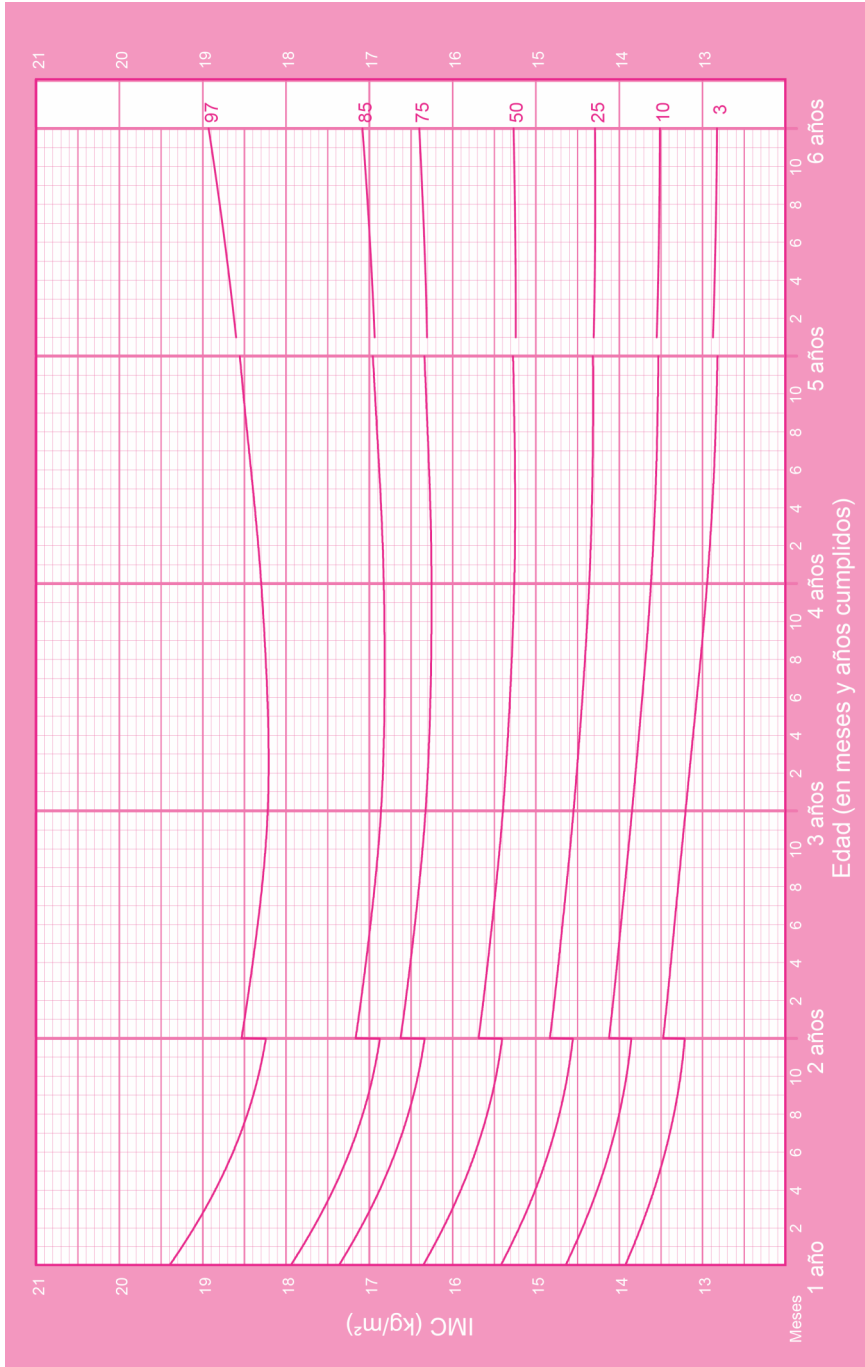
República Argentina. Ministerio de Salud 2007. Gráficos elaborados a partir de Patrones de crecimiento infantil de la OMS.



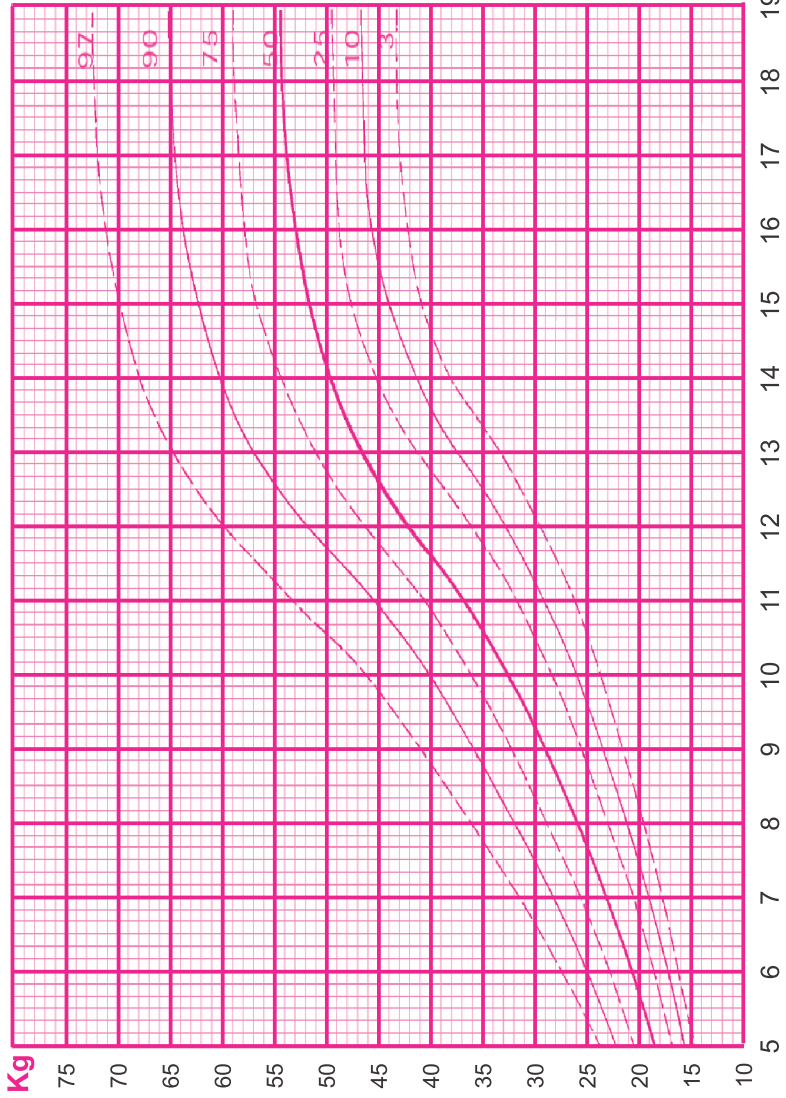
República Argentina. Ministerio de Salud 2007. Gráficos elaborados a partir de Patrones de crecimiento infantil de la OMS.



Republica Argentina. Ministerio de Salud, 2007. Gráfico elaborado a partir del Estudio multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento, 2006.



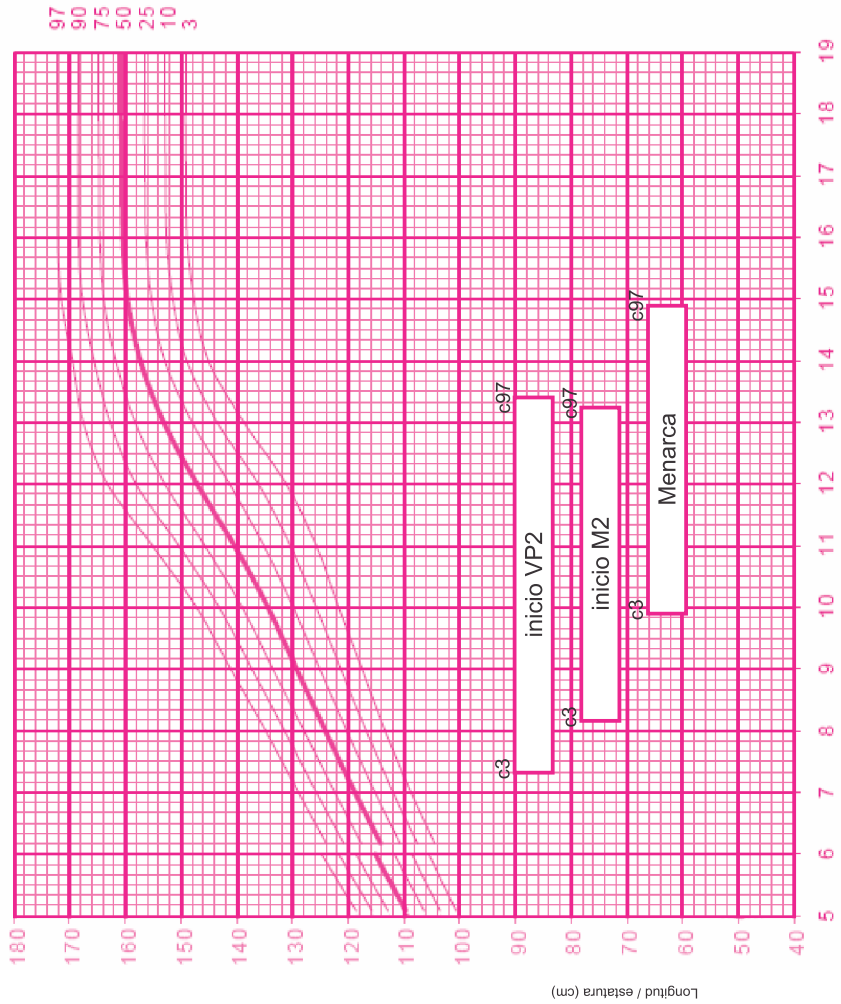
República Argentina. Ministerio de Salud 2007. Gráficos elaborados a partir de Patrones de crecimiento infantil de la OMS.



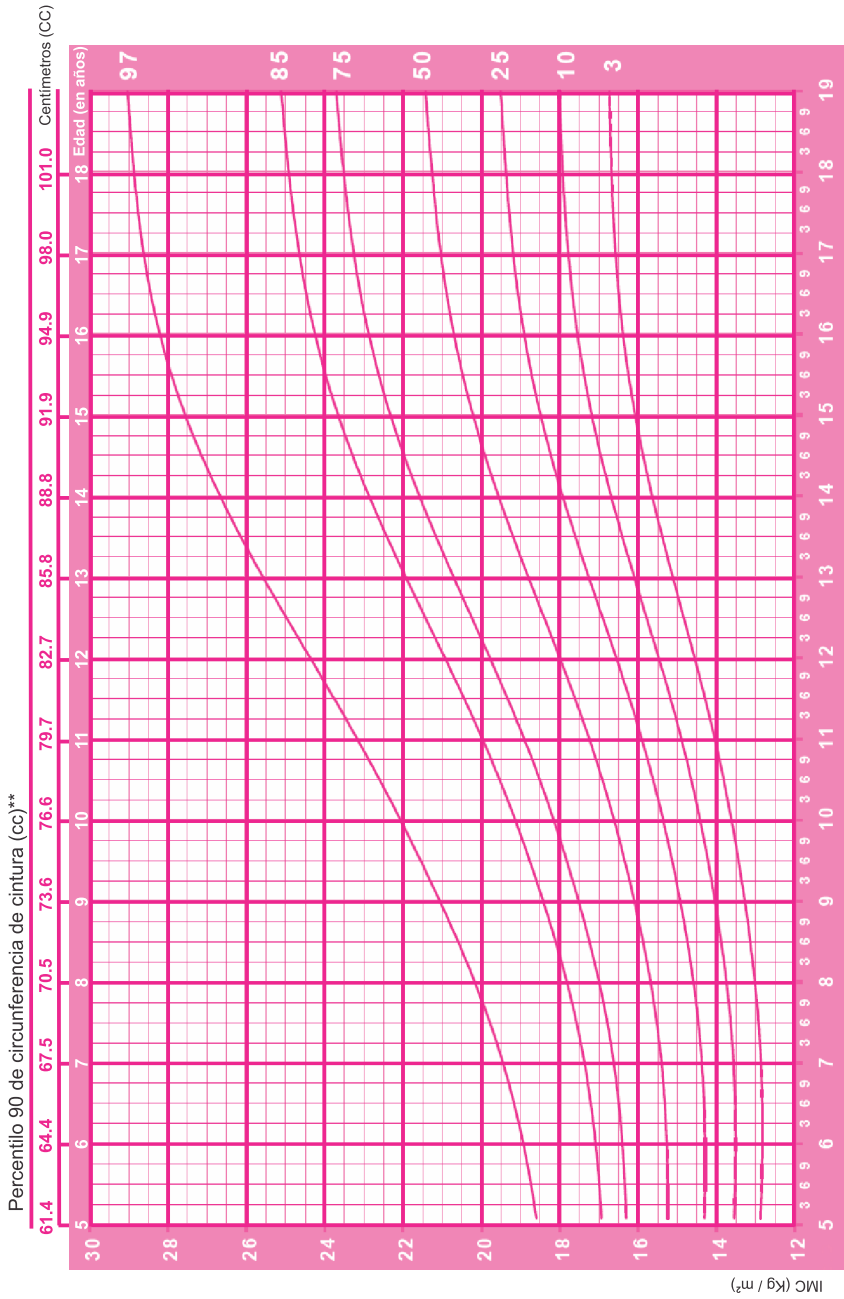
Gráficos preparados por Lejarraaga H y Orfila J.
Arch. argent. pediatr. 1997; 85:209-222.

Edad, años

Kg



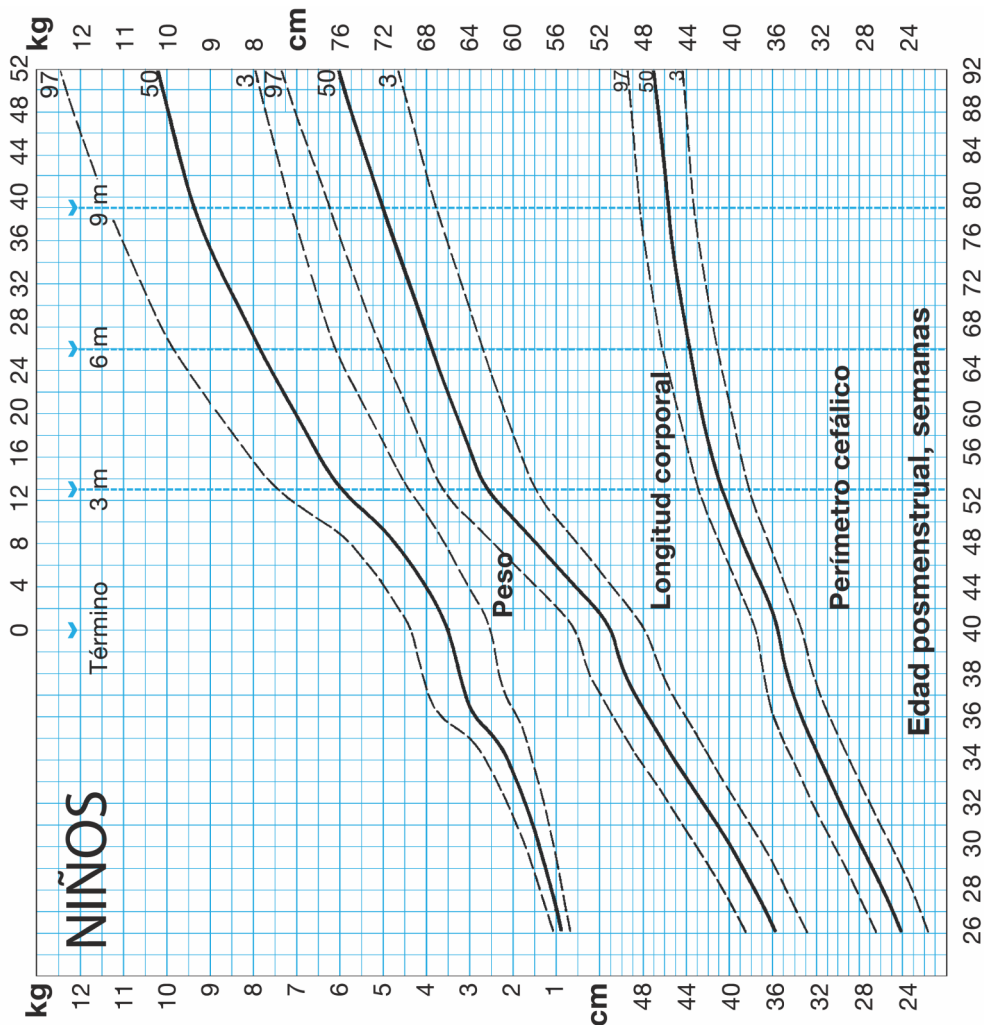
*Gráfico elaborado a partir del Padrón de Crecimiento OMS (0 a 6 años) y Lejarraaga H. y Orfilla G. Archivos Argentinos de Pediatría 1987;85:209. (6 a 19 años)



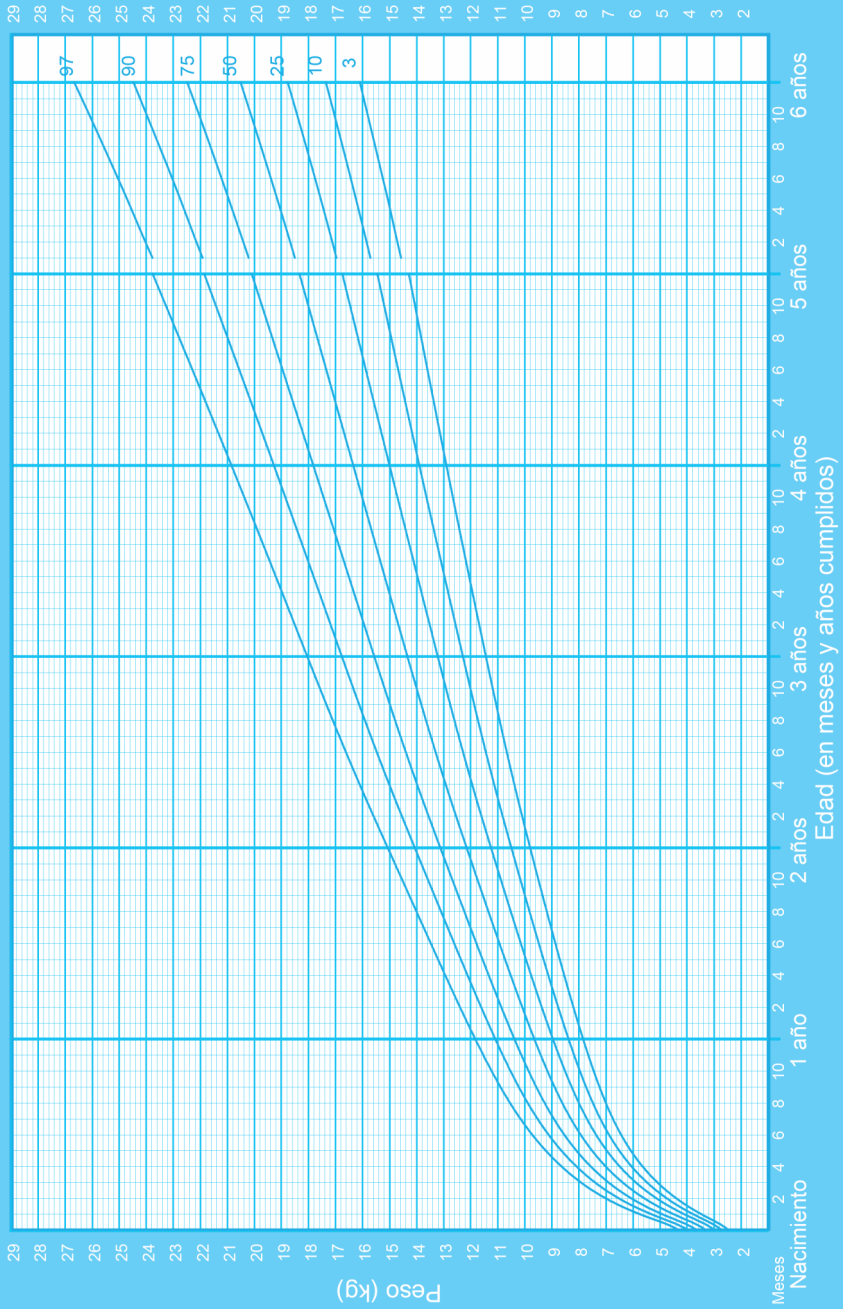
*Patrones de crecimiento infantil de la OMS
 ** Fernández JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. *J Pediatr* 2004;143:44.

Edad (en meses y años cumplidos)

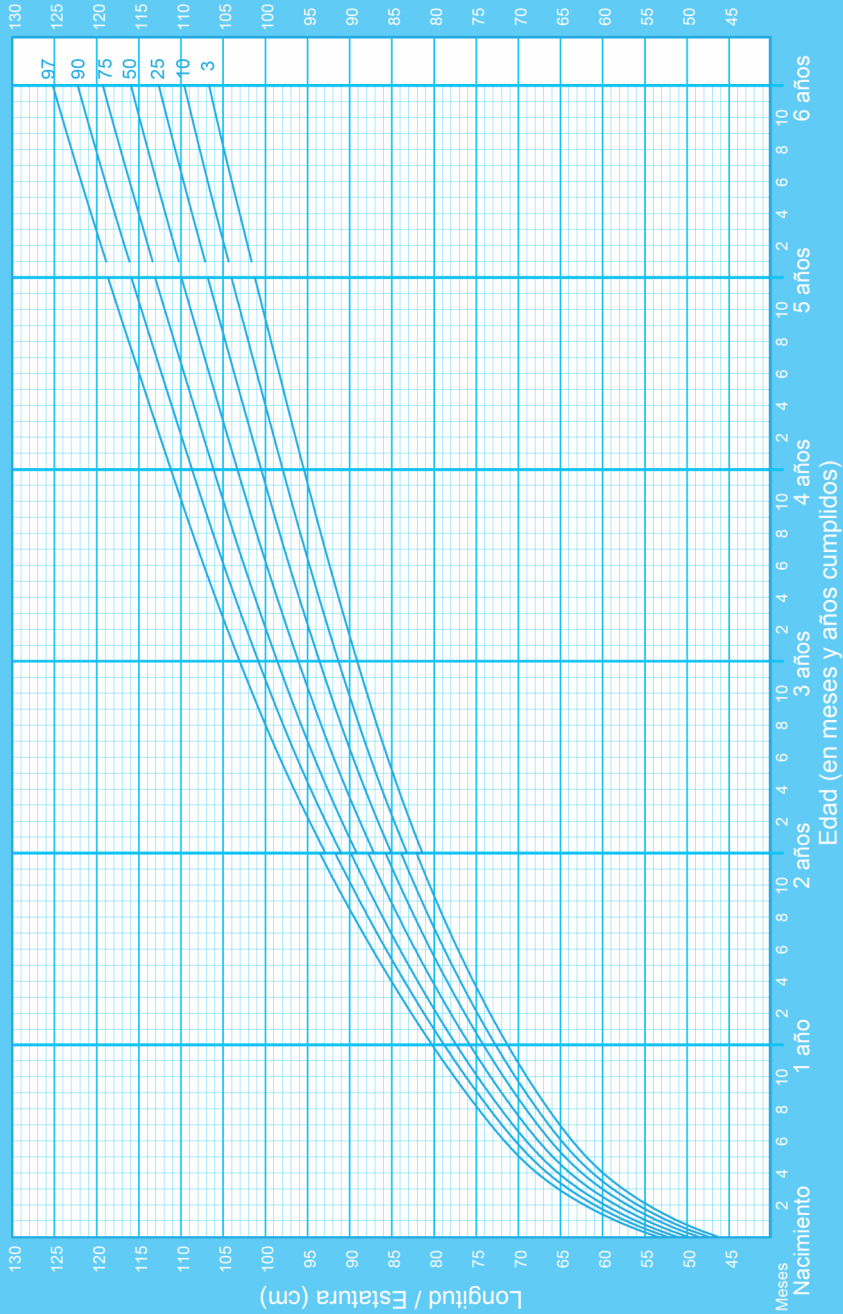
PESO, LONGITUD CORPORAL y PERIMETRO CEFALICO



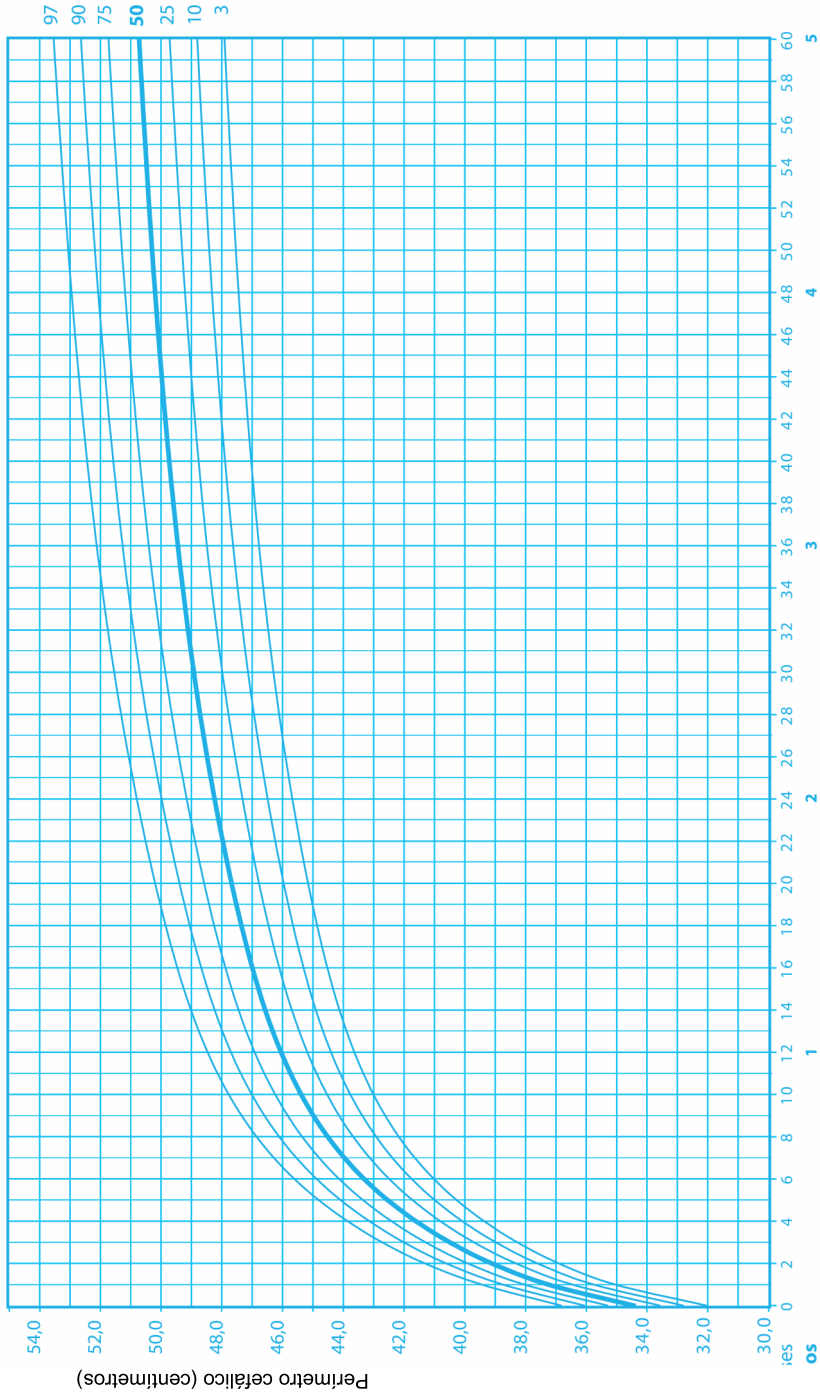
Gráficos preparados por
 Lejarraga H y Fustiñana C.
 Arch. argent. pediatr.
 1986; 84:210-214.



República Argentina. Ministerio de Salud 2007. Gráficos elaborados a partir de Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

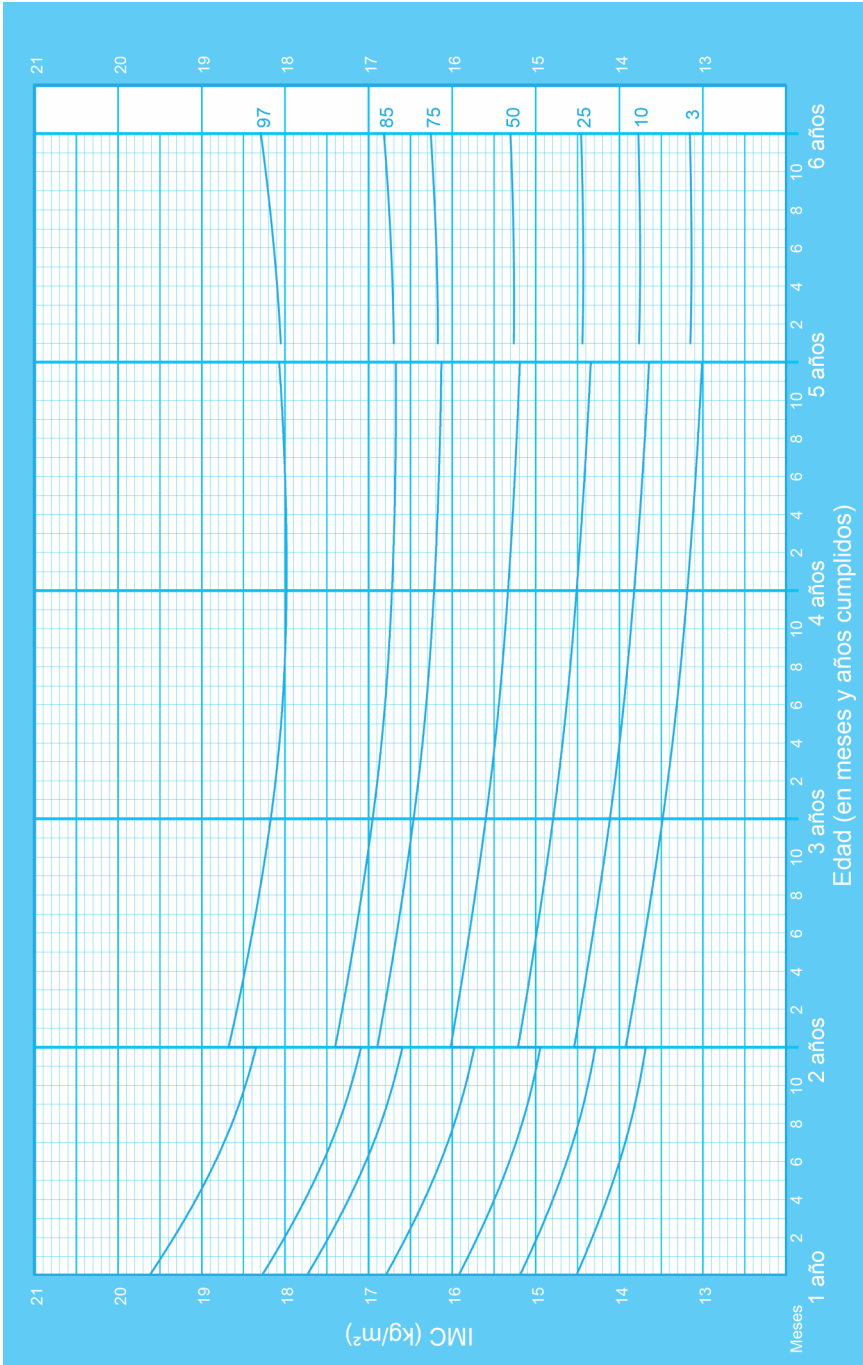


República Argentina. Ministerio de Salud 2007. Gráficos elaborados a partir de Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

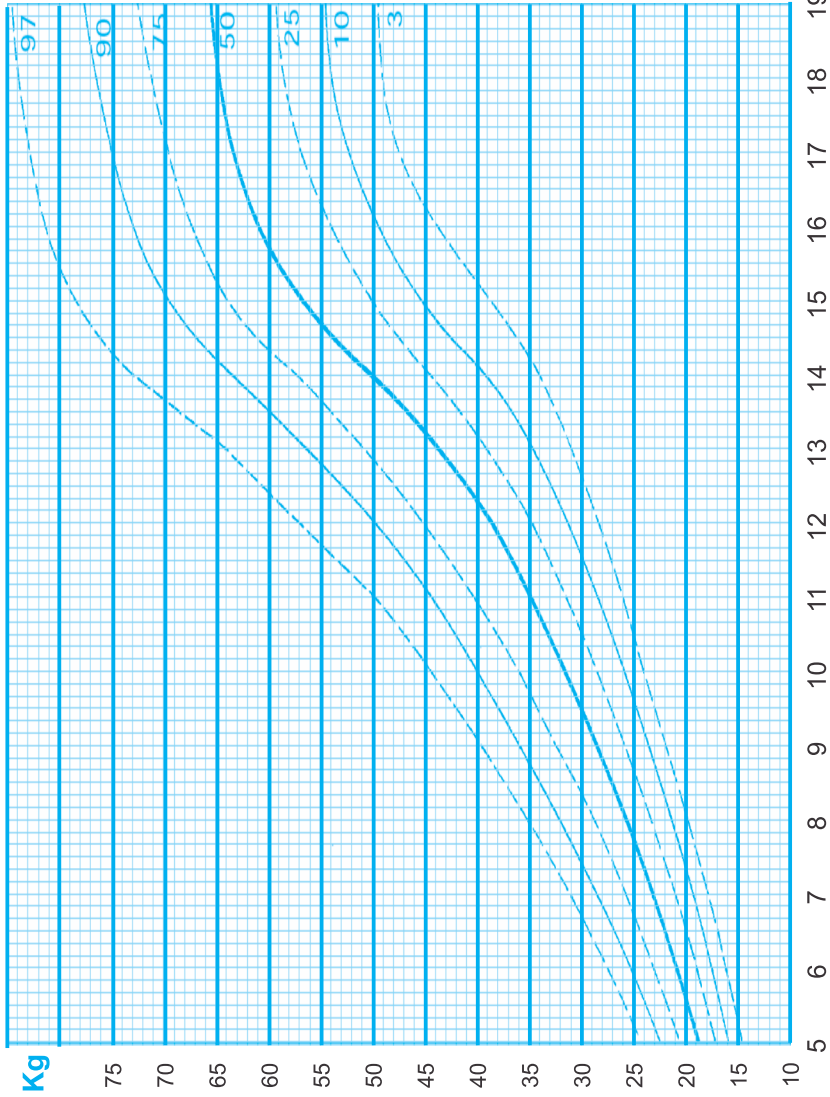


Edad (en meses y años cumplidos)

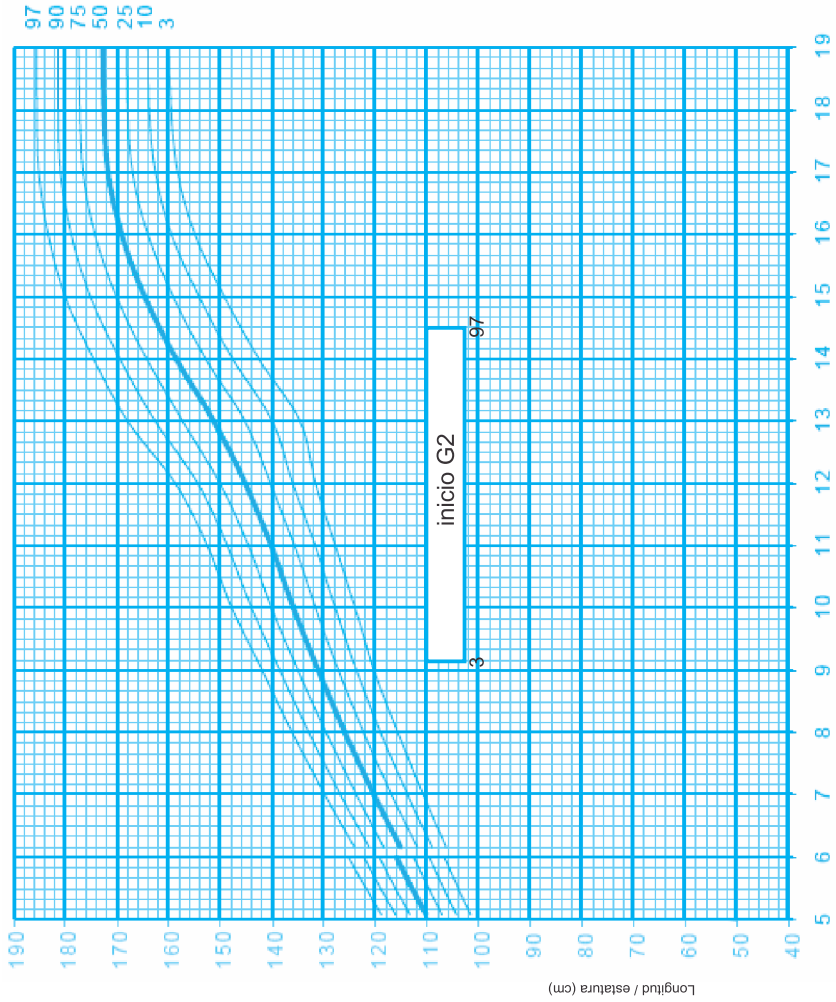
República Argentina. Ministerio de Salud, 2007. Gráfico elaborado a partir del Estudio multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento, 2006.



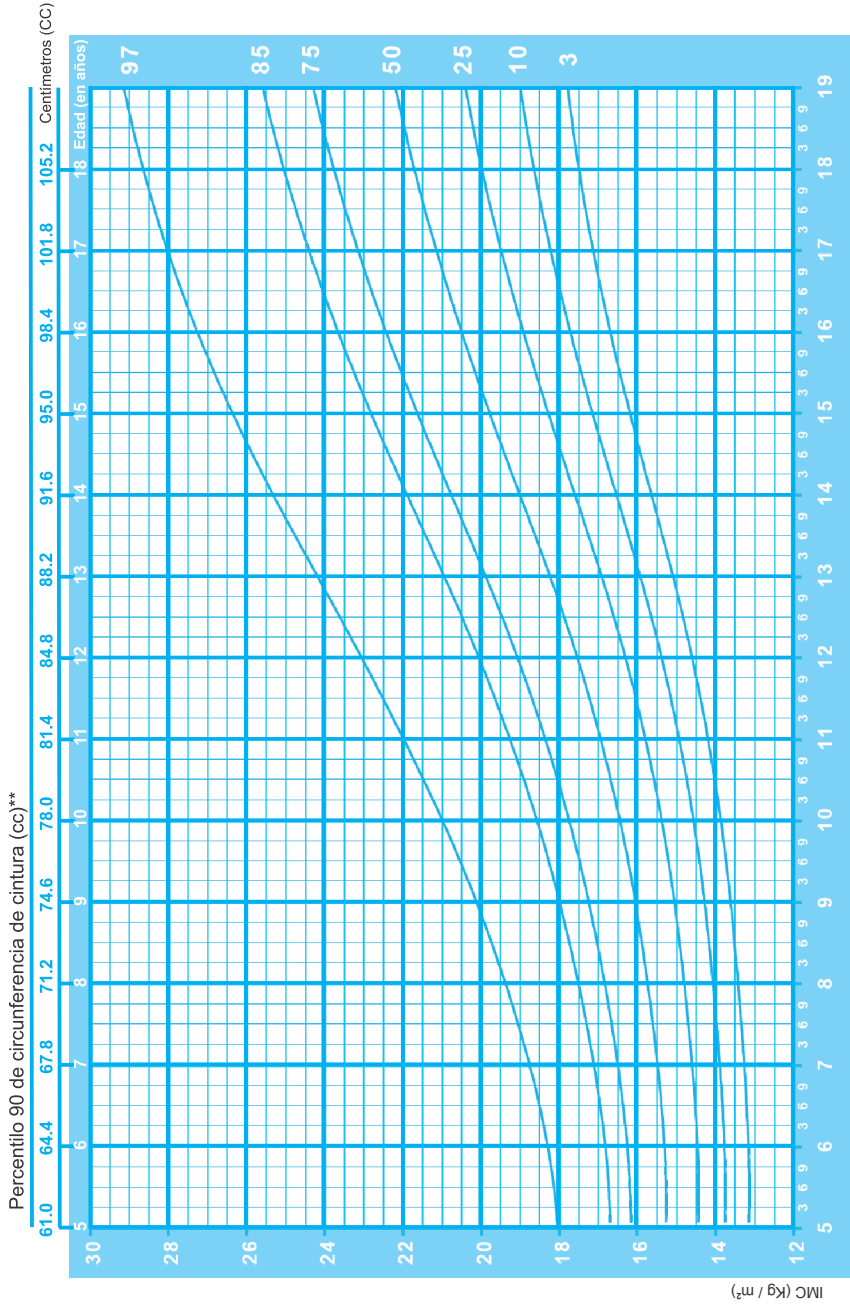
República Argentina. Ministerio de Salud 2007. Gráficos elaborados a partir de Patrones de crecimiento infantil de la OMS.



Cédificos preparados por Luisiraga H. y Orfilla J.
Arch. argent. pediatr 1987; 65:208-222.



*Gráfico elaborado a partir del Patrón de Crecimiento OMS (0 a 6 años) y Lejarraga H. y Oñña G. Archivos Argentinos de Pediatría 1987;85:209.(6 a 19 años)



*Patrones de crecimiento infantil de la OMS
 ** Fernández JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. *J Pediatr* 2004;1439-44.

Nueve mensajes sobre Alimentación Infantil

1 Alimentar a los bebés nada más que con leche materna durante los primeros 6 meses y continuar amamantándolos hasta los 2 años o más. ¡Este es el mejor comienzo para la vida!

2 A partir de los 6 meses, es necesario complementar la leche materna agregándole de a poco otros alimentos diferentes, de todos los grupos en la Gráfica de la Alimentación Saludable.

3 Es importante tomarse el tiempo suficiente para darles de comer bien, con tranquilidad, ayudándoles a que conozcan y prueben otros alimentos, y se acostumbren a ellos.

4 A partir del año de vida, los niños pueden compartir la mesa familiar y comer los mismo alimentos que consume el resto de la familia.

5 Para evitar las enfermedades es importante cuidar la higiene de todos los días, y muy especialmente, en la alimentación infantil.

6 La formación de hábitos alimentarios saludables se guía desde los primeros años de la vida.

7 Cuando los niños se enferman, hay que darles de comer comidas sencillas, livianas, en pequeñas cantidades y con mayor frecuencia. ¡No hay que reducir ni suspender la lactancia ni la comida de un niño enfermo!

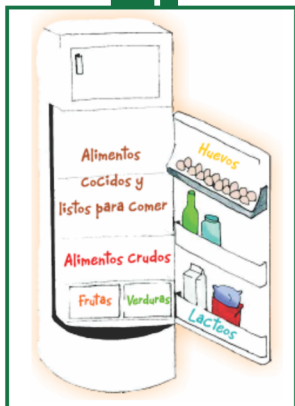
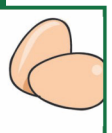
8 Cada cierto tiempo - todos los meses hasta que cumplen 6 meses, y luego cada dos meses hasta que cumplen 2 años, es muy importante hacer controlar el crecimiento y desarrollo de los niños. Eso permite saber si están bien alimentados.

9 Acaricie a sus niños con ternura y demuéstreles siempre su amor, para que aprendan a vivir en armonía, paz y tranquilidad.



Comer variado es bueno para vivir con salud

Consejos sobre una alimentación segura



1

Lavarse las manos con abundante agua y jabón, especialmente antes de empezar a cocinar y luego de ir al baño.

2

Utilizar siempre agua potable. Si no posee agua potable, colocar dos gotitas de lavandina por litro de agua.

3

Lavar muy bien verduras y frutas con agua potable, antes de utilizarlas.

4

Lavar los huevos antes de cocinarlos. Evitar consumo de huevos crudos o poco cocidos.

5

Lavar cuchillos, tenedores y tablas después de trabajar con alimentos crudos y antes de utilizarlos para alimentos cocidos. Es preferible utilizar recipientes y utensillos distintos para trabajar con alimentos crudos y alimentos cocidos.

6

No utilizar leche sin pasteurizar ni quesos de elaboración artesanal de origen dudoso.

7

Cocinar muy bien las carnes tanto en la superficie como en el interior hasta que adquiera un color más bien marrón. Evitar el uso de carne picada en los más chicos.

8

No dejar más de 2 hs un alimento recién cocinado fuera de la heladera.

9

En la heladera, ubicar la carne y los productos crudos en la parte inferior.

10

Descongelar los alimentos en la heladera dentro de un envase hermético para evitar que goteen sobre otros alimentos.

“PREVENCIÓN”: lo más importante en seguridad infantil

¡¡Enséñale a tu hijo a tener cuidado!!

- ▲ Explícale lo que es y no es peligroso, y el por qué.
- ▲ Cuéntale lo que puede y no puede hacer, y el por qué.
- ▲ Repítelo las explicaciones varias veces.
- ▲ Recuérdales los consejos cuando se olvide.

¡¡Recuerda que la mejor manera de enseñar es con el ejemplo!!

① Prepara un espacio donde tu hijo esté seguro y supervisado para explorar su entorno. Mientras más atención le prestes menor será el riesgo de lesiones.

① Extrema la precaución con braseros y estufas: apagarlos o sacarlos de la casa antes de dormir. Mantén ventilados los ambientes. **No fumar en el hogar.**

① Piensa en cada nueva habilidad que tu hijo está aprendiendo, **toma las precauciones correspondientes**, evitando situaciones y elementos de riesgo.



① **Ofrécele juguetes seguros y adecuados para su edad.** Deben ser grandes, que no entren en su boca, de material atóxico, lavables, irrompibles, sin filos, cadenas, cuerdas ni partes pequeñas. Los peluches no deben tener partes que puedan ser desprendidas. Revisa los juguetes periódicamente para detectar partes rotas.



① **No es recomendable que los niños pequeños se acerquen a animales o tengan mascotas.** Si las tienen, hay que enseñarles a cuidarlos y respetarlos para evitar reacciones negativas del animal. **No son juguetes.**

① Los niños necesitan de atención y cuidado constante. Nunca lo dejes sin un adulto responsable que lo cuide. **Los hermanos no son cuidadores.**

① Enséñale que no debe hablar con personas extrañas, personalmente ni por teléfono. **Tampoco** aceptar cosas que ellas le ofrezcan, ni subir a sus autos.

① Evita la exposición solar directa de 10 a 17 hs. Usar filtro solar adecuado.

① **Los niños no miden el peligro.** Enséñale que para cruzar la calle debe ir de la mano de un adulto y siempre mirar para ambos lados. **La mayoría de los accidentes que ocurren en la calle se pueden evitar.**



① Los siniestros viales son la mayor amenaza para la seguridad de los niños. Siempre **deben ir en la parte trasera del auto** usando un asiento infantil que cumpla con las normas de seguridad. Nunca llesves a tu hijo en brazos en el asiento delantero ni trasero. **Las motos NO son un medio adecuado para su traslado.**

① No dejes a tu hijo encerrado dentro del auto.

PERÍODO DE 0-6 MESES:

- No dejes solo al bebé en lugares donde pueda caerse (cambiadores, cama, mesa).
- La cuna y cochecito deben ser estables. No dejes juguetes u otros objetos en la cuna. La separación de los barrotes no debe ser mayor de 6 cm.
- No coloques cadenitas ni cintas alrededor del cuello. No uses alfiler de gancho.
- No tomes o transportes mate, líquidos o comidas calientes, ni cocines mientras sostienes el bebé en brazos.
- No le des ningún tipo de té, yuyos, miel ni medicamentos sin indicación médica.
- Controla la temperatura del agua del baño (37°C). ¡Nunca lo dejes solo! ¡Con algunos centímetros de agua se puede ahogar!
- No uses talco cerca de la cara y cuello del bebé.
- En el auto debe ir en el asiento trasero, en silla apropiada con arnés, orientada hacia atrás, hasta aproximadamente el año de vida o 9 kg.



PERÍODO DE 7-12 MESES:

- Identifica riesgos potenciales en tu casa: objetos filosos, bordes de mesa, tomacorrientes, desniveles, balcones, pozos, fuentes de calor, etc.
- Instala rejas o redes en ventanas y balcones, puertas de protección en escaleras y cercos de 1,20 metro en las piletas. No dejes baldes o palanganas con agua.
- Fija a la pared muebles o estanterías que puedan caerse si el niño se cuelga de ellos.
- No dejes sillas o muebles que le permitan llegar a bordes de ventanas o a lugares peligrosos.
- Coloca protectores sobre los tomacorrientes, evita que el niño esté en contacto con artefactos eléctricos y cables. Instala disyuntor eléctrico.
- No dejes a su alcance sustancias peligrosas (medicamentos, venenos, productos de limpieza, pinturas y solventes). Deben estar tapados, en su envase original y etiquetados. No guardes los productos químicos en botellas de gaseosas. Manténlos bajo llave o en lugares altos.
- Utiliza las hornallas de atrás y coloca hacia atrás los mangos de las sartenes.
- Evita manteles de los que el niño pueda tirar.
- Las sillas altas para comer, si no cumplen todas las normas de seguridad, son marcadamente inseguras. Siempre debe estar sujeto y supervisado.
- **No coloques a tu niño en el andador.**
- No dejes al alcance del niño bolsas de plástico o globos, objetos de pequeño tamaño (como monedas) ni ofrezcas alimentos con los que pueda atragantarse (maní, pochocho, garrapiñada, caramelos, pedacitos de salchichas, galletitas duras, etc.).



PERÍODO DE 1 a 6 AÑOS:

- La mayoría de los accidentes ocurren en el hogar. Los lugares más peligrosos son la cocina y el baño.
- No dejes al alcance del niño bebidas alcohólicas ni sustancias tóxicas o pilas.
- No guardes armas de fuego en la casa.
- Mantén con llave las puertas de salida al exterior.
- No dejes que el niño interactúe con animales sin supervisión de adultos. La mayoría de las agresiones a niños proviene de perros propios o conocidos.
- Supervisa al niño durante el baño.
- El uso de la piletta debe ser sólo bajo la supervisión de un adulto. A partir de los 3 a 5 años es recomendable que los niños aprendan a nadar. Antes de esta edad tomar clases de natación AÚN NO PROTEGE.
- Está absolutamente prohibida la natación en aguas oscuras (río, lago, mar). Presta atención al juego en lugares donde haya espejos de agua, zanjas, pozos, arroyos.
- No es seguro que los niños menores de 5 años jueguen solos lejos de su casa. Enséñales a diferenciar los lugares seguros de los peligrosos.
- Presta atención a los riesgos en la calle, vereda, plazas y areneros (entradas de garage, animales, vidrios, personas extrañas, etc).
- No permitas el uso de pirotecnia.
- En el auto debe ir en el asiento trasero, en silla apropiada con arnés, orientada hacia adelante, hasta aproximadamente los 4 años o 20 kg y luego con asiento/almohadón elevador y cinturón de seguridad.
- Evita transportar al niño en bicicleta. Si no hay alternativa debe usar asiento especial y casco. Las motos NO son un medio adecuado para trasladar un menor.



PERÍODO DE 6 a 11 AÑOS:

- La mayoría de los accidentes ocurren fuera de la casa, en el ámbito y horario escolar.
- Presta atención a los riesgos en áreas y actividades recreativas.
- En la casa enséñale sobre los cuidados que debe tener en el manejo de artefactos eléctricos y fuego.
- Evitar el uso de cama cuchetas. En caso de usarlas deben tener baranda protectora.
- En el auto debe ir en asiento trasero con asiento/almohadón elevador (hasta alcanzar aproximadamente 30 kg, - 1,25 metros) y cinturón de seguridad.
- En bicicleta el niño deben circular por la vereda, con casco y calzado apropiado. Debe poder apoyar sus pies en el suelo.
- Las motos NO son un medio adecuado para trasladar un menor. De hacerlo debe usar casco siempre.



ASPIRACIÓN DE CUERPO

- ▲ Si el niño puede respirar, toser, hablar o llorar, no trates de retirar el objeto de su boca, deja que trate de expulsarlo solo, tosiendo.
- ▲ **Si se pone azulado, no puede respirar, hablar ni llorar, es necesario actuar con rapidez**, pide ayuda para que busquen asistencia médica y comienza las maniobras inmediatamente.

Niño menor de 1 año



1

Coloca al niño boca abajo a lo largo de tu brazo, sosteniendo su cabeza y cuello con una mano.



2

Aplica 4 o 5 golpes entre los omóplatos o los huesos de la parte superior de la espalda.



3

Si no reanuda su respiración, da vuelta al niño boca arriba sobre tu brazo, sosteniendo la cabeza con tu mano. Apoya tu brazo en tu pierna para que la cabeza le quede más baja que el pecho.

4

Imagina una línea entre las 2 tetillas y apoya 2 dedos (mayor y anular) un poco más abajo, en la zona media del esternón. Presiona firmemente 4 a 5 veces.

Si es necesario, repite alternadamente las palmadas en la espalda y las presiones en el pecho hasta que salga el objeto o sea capaz de respirar.

Primeros Auxilios

Niño mayor de 1 año

Realiza compresiones abdominales.



1

Colócate detrás del niño y pon tus brazos alrededor de su cintura.

2

Localiza el ombligo del niño. Cierra el puño con el pulgar adentro. Coloca el puño un poco más arriba que el ombligo, pero bastante más abajo que la punta del esternón.

3

Rodea el puño cerrado con la otra mano.

4

Aprieta hacia arriba, fuerte y rápidamente.



Repite las compresiones abdominales hasta que salga el objeto.

Suelta tu brazo después de apretar, de modo que cada compresión abdominal sea separada de las otras.

Si el niño pierde el conocimiento, pide ayuda inmediatamente y dirígete al servicio de urgencia más cercano.

QUEMADURAS POR OBJETOS O LÍQUIDOS CALIENTES

1

Deja que corra agua fría sobre la parte quemada o cubre el área con una toalla humedecida con agua fría, hasta que disminuya el dolor. No apliques hielo. Si hubiera ampollas “no las rompas”.

2

Retira la ropa si es posible, pero si está pegada a la piel, no la quites.

3

Seca la zona suavemente con una compresa de gasa estéril o tela limpia.

4

Cubre la quemadura con gasa seca estéril o tela limpia.

No utilices otro tipo de tratamiento local (cremas, pasta dental, huevo, etc).

Para toda quemadura extensa y más aún si se ubica en la cara, ojos, cuello, manos, pies, genitales, pliegues (codos, rodillas): ¡Dirígete al servicio de urgencia más cercano!

Primeros Auxilios

TRAUMATISMO DE CRÁNEO

No muevas al niño con un posible **traumatismo grave** de cabeza, cuello o espalda, le puede causar daño neurológico.

- ▲ Ha perdido el conocimiento.
- ▲ Presenta convulsiones.
- ▲ Salida de sangre o líquido acuoso por las orejas o la nariz.

Llama a la ambulancia

- ▲ El niño es menor de 1 año.
- ▲ Presenta más de 2 vómitos.
- ▲ Somnolencia.
- ▲ Irritabilidad.
- ▲ Dolor de cabeza persistentes.
- ▲ Dificultad para hablar, caminar o ver.

Consulte al médico

FRACTURAS

- 1 No trates de colocar el hueso en su lugar ni de ponerlo en otra posición, cúbrelo con una gasa estéril o tela limpia.
- 2 Evita todo movimiento de la parte lesionada.
- 3 Si presenta abundante sangrado aplica compresión local con gasa estéril o tela limpia, no menos de 5 minutos.
- 4 Manténlo abrigado, no le des nada de beber ni de comer.
- 5 Llama al servicio de ambulancia.

HEMORRAGIA

Si tu niño sangra:

- 1 Manténlo lo más quieto que puedas.
- 2 Aplica una compresa de gasa o una tela limpia directamente sobre la herida y presiona. Si no tienes una tela, usa tus propias manos.
- 3 A pesar de que la sangre atraviese la compresa o la tela, no la quites. Pon otra compresa encima de la primera. Mantén la presión.
- 4 Si la hemorragia es en un brazo o una pierna, levántalo por encima del nivel del corazón, a menos que pienses que está fracturado

Cuando la hemorragia disminuya, envuelve firmemente la compresa o el paño con un vendaje en el mismo lugar, pero no lo aprietes tanto al punto de interrumpir la circulación.

Consulta al servicio de urgencia.

CERTIFICADO DE SALUD

Certifico que
DNI Nro....., de años de edad, cuya historia
clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a
las.....hs. y aparece en condiciones de realizar actividades escolares, incluidas
las propias de la educación física escolar curricular, que corresponden a su edad,
sexo, grado de maduración y desarrollo.

Observaciones:.....
.....
.....
.....

.....
Firma del padre/madre
o responsable legal

.....
Firma y sello del Médico

DNI:

FECHA:/...../.....

Edad	BCG (1)	Hepatitis B (HB) (2)	Neumococo Conjugada (3)	Pentavalente (DPT-Hib-HB) (4)	Cuádruple (DPT-Hib) (5)	Sabin (OPV) (6)	Triple Viral (SRP) (7)	Gripe (8)	Hepatitis A (HA) (9)	Triple bact. Celular (DTP) (9)	Triple bact. Acelular (dTdap) (10)	Doble bact. (dT) (11)	VPH (12)	Doble viral (SR) (13)	Fiebre amarilla (FA) (14)	Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) (15)
Recién nacido	Única dosis [A]	1° dosis [B]														
2 meses		1° dosis	1° dosis	1° dosis		1° dosis										
4 meses		2° dosis	2° dosis	2° dosis		2° dosis										
6 meses		3° dosis		3° dosis		3° dosis										
12 meses			Refuerzo				1° dosis	Dosis anual [E]	Única dosis						1° dosis	
18 meses					1° refuerzo	4° dosis										
24 meses																
5-6 años (Ingreso escolar)						Refuerzo	2° dosis		2° refuerzo							
11 años		Iniciar o completar esquema [C]					Iniciar o completar esquema [D]		Refuerzo				3° dosis [J] (mujeres)			
A partir de los 15 años																Única dosis
16 años										Refuerzo [I]						
Cada 10 años										Refuerzo					Refuerzo	
Embarazadas								Dosis anual [F]								
Puerperio								Dosis anual [G]								
Personal de Salud		3° dosis						Dosis anual [F]			1° dosis [H]			Única dosis [D]		

[A] Antes de egresar de la maternidad.

[B] En las primeras 12 horas de vida.

[C] Si no hubiera recibido el esquema completo deberá completarlo.

[D] En caso de tener que iniciar, aplicar 1° dosis, 2° dosis al mes de la primera y 3° dosis a los 6 meses de la primera.

[E] Si no hubiera recibido dos dosis de Triple Viral a una de Triple Viral más una dosis de Triple Viral.

[F] Debe ser recibida en la primer vacunación, 2 dosis de vacunas separadas, al menos por 4 semanas.

[G] En cualquier trimestre de la gestación.

[H] Durante los tres primeros 6 meses que no se vacunaron durante el embarazo.

[I] Una vez que el niño cumple los 16 años.

[J] Las que concuerdan con el plan DTaP, las que corresponden a un refuerzo a los 21 años.

[K] Aplicar 1° dosis, 2° dosis al mes de la primera, y 3° dosis a los 6 meses de la primera.

[L] Iniciar o completar el esquema.

(9) DTP: (Triple bacteriana difteria, tétanos, tos convulsa.

(10) dtap: (Triple bacteriana acelular).

(11) dT: (Doble bacteriana difteria, tétanos).

(12) VPH: (Virus del papiloma humano).

(13) SR: (Doble viral sarampión, rubéola).

(14) FA: (Fiebre amarilla) una dosis para residentes o viajeros a zonas de riesgo.

(15) FHA: (Fiebre hemorrágica argentina) (residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zonas de riesgo).

(1) BCG: Tuberculosis (formas masajías).

(2) HB: Hepatitis B.

(3) Pneum: la meningitis, la neumonía y sepsis por neumococo.

(4) DTP-HB-Hiv: (Pentavalente) difteria, tétanos, tos convulsa, Hep B, Haemophilus influenzae b.

(5) TP-Hib: (Cuádruple) difteria, tétanos, tos convulsa, Haemophilus influenzae b.

(6) OPV: (Sabin) poliomielitis oral.

(7) SRP: (Triple viral) sarampión, rubéola, paperas.

(8) HA: (Hepatitis A).

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello	Próxima Dosis
Recién Nacido	BCG	Única				
	Hepatitis B	1º				
2 meses	Sabin	1º				
	Pentavalente (DTP Hib - HB)	1º				
	Neumococo Conjugada	1º				
4 meses	Sabin	2º				
	Pentavalente (DTP Hib - HB)	2º				
	Neumococo Conjugada	2º				
6 meses	Sabin	3º				
	Pentavalente (DTP Hib - HB)	3º				
Entre los 6 a 24 meses	Gripe	Anual				
12 meses	Triple Viral (SRP)	1º				
	Hepatitis A	Única				
	Neumococo Conjugada	R				
18 meses	Sabin	4º				
	Cuádruple (DTP Hib)	1º R				

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacunatorio Firma y Sello	Próxima Dosis
5/6 años Ingreso Escolar	Sabin	R				
	Triple Viral (SRP)	2º				
	Triple Bacteriana (DTP)	2º				
11 años	Triple Bacteriana Acelular (dTpa)	R				
	VPH (Solo en mujeres 0 - 1 - 6 meses)	1º				
		2º				
		3º				
21 años	Doble Bacteriana	R				
Otras						

Equipo técnico

Coordinación:

*Dr. ZANUTTINI, Guillermo. Médico Generalista.
Área Atención Integral de la Niñez, Dirección de Salud Materno Infanto Juvenil.*

Redacción, revisión y diseño

*Dra. REINA, María del Pilar. Médica Pediatra.
Dra. RODRÍGUEZ, Élida. Médica Pediatra.
Dra. RODRÍGUEZ ALCÁNTARA, Valeria. Médica Pediatra.*

Diseño gráfico:

*Sr. GONZÁLEZ, Javier Germán Jesús.
Área Informática, Dirección de Salud Materno Infanto Juvenil.*

Agradecimientos

*A la Sociedad Argentina de Pediatría (filiales Río Paraná, Río Uruguay y Concordia)
por su valioso aporte en la revisión final del contenido.*





Gobierno de Entre Ríos