

CONTROL DE CITA PARA VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA

| FECHA | EDAD | | Per.Cef. | PESO (Kg) | TALLA (cm) | ESTADO NUTRICIONAL | | |
|-------|---------------|-------|----------|--------------|---------------|--------------------|------------|------------|
| | AÑOS | MESES | | | | PESO/EDAD | TALLA/EDAD | PESO/TALLA |
| | Recien nacido | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

A los 6 meses, iniciar la alimentación complementaria,
continuyendo con la lactancia materna hasta los 2 años o mas

PROXIMAS CITAS

| VACUNAS | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------|-----|-----|---|---|---|---|---|
| Antipolio | IPV | IPV | | | | | |
| Rotavirus | | | | | | | |
| Pentavalente | | | | | | | |
| Neumococo | | | | | | | |
| MMR | | | | | | | |
| DPT | | | | | | | |
| dT | | | | | | | |

- Lávate las manos antes de preparar los alimentos y comerlos. despues de usar el inodoro o la letrina
- Recuerda lavar bien las frutas y verduras que se comen crudas

Toda niña debe tener:

| Vacunas | Número de dosis | Edad de la vacunación |
|--------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BCG | 1 | Recién Nacido |
| Antipolio | 3 | 2, 4, y 6 meses |
| Pentavalente | 3 | 2, 4, y 6 meses |
| Rotavirus | 2 | 2 y 4 meses |
| Neumococo | 3 | 2, 4, y 6 meses |
| MMR | 2 | A los 12 y 18 meses |
| DPT | (2) | 1 Dosis a los 18 meses 2 da. Dosis a los 6 años de edad. |
| dT | 2 | 1 era. Dosis a los 10 años de edad 2 da. Dosis a Mujeres a los 20 años (o en el primer embarazo) y Hombres a los 20 años. |

VACUNAS

| VACUNAS | DOSIS | | | ADICIONALES | | | |
|--------------|-------|-----|---|-------------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| BCG | | | | | | | |
| Antipolio | IPV | IPV | | | | | |
| Rotavirus | | | | | | | |
| Pentavalente | | | | | | | |
| Neumococo | | | | | | | |
| MMR | | | | | | | |
| DPT | | | | | | | |
| MR | | | | | | | |
| dT | | | | | | | |

SUPLEMENTACION

| VITAMINA A | Dar 100.000 UI | Dar 200.000 UI | | | | |
|-----------------|----------------|----------------|--------|--------|--------|-------|
| | 6 a 11 meses | 1 año | 2 años | 3 años | 4 años | Otros |
| 1 ra. Dosis | | | | | | |
| 2 da. Dosis | | | | | | |
| Hierro | | | | | | |
| Zinc | | | | | | |
| Micronutrientes | | | | | | |
| Antiparasitario | | | | | | |



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD TARJETA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ

No. Exp. _____

Nombre: _____

Madre: _____

Padre: _____

Fecha de nacimiento: Día Mes Año:

Certificado de nacimiento: Si: No:

No. en el censo Sexo: M: F:

Dirección: _____

Unidad de Salud: _____

Municipio: _____

SILAIS _____

| Antecedentes perinatales | Lugar de nacimiento | Tipo de nacimiento |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| | Insti <input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | Unico <input type="checkbox"/> Multip. <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Atendido por: | | | Via del Parto: | |
| Médico <input type="checkbox"/> | Partera <input type="checkbox"/> | Enfermera <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Cesarea <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> |
| Apgar: 1 minuto <input type="text"/> | | 5 minutos <input type="text"/> | | |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Patología en: embarazo <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> puerperio: <input type="checkbox"/> | SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Edad Gest. al nacer: | Peso gm. al nacer: | Talla |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> Sem. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm |
| | | Menor de 37 <input type="checkbox"/> | Menor de | Per Cef |
| | | Mayor de 41 <input type="checkbox"/> | 2,500 <input type="text"/> gm | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm |

