

CONTROL DE ATENCIÓN DEL NIÑO

Fecha	Edad meses	Peso	Ganancia de peso		Talla	Ganancia de talla		Cita
			gr	Condición		cm	Condición	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	

Bueno ● Malo ●

ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES

FIERRO		VITAMINA "A"		OTRO	
Fecha	Edad	Fecha	Edad	Dosis	

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

		SI	No	Diag		SI	No	Diag				
1 mes	Movimientos asimétricos de brazos y piernas			N	12 meses	Camina sola con pobre equilibrio y piernas separadas		N				
	Aprieta cualquier objeto colocado en su mano					Ofrece un juguete						
	Detiene sus movimientos al oír un sonido			T		Hace garabatos		T				
2 meses	Cuando llora se tranquiliza al ser alzada o acariciada				14 meses	Dice dos palabras sueltas además de "Papá y Mama"		N				
	Sigue con la mirada objetos sin sonido en ángulo de 90°			N		Forcejea hasta sacarse los zapatos						
	Emite sonidos o "agu" cuando se le habla											
3 meses	Sonríe ante cualquier rostro			T	16 meses	Mete un frejol en un frasco		N				
	Al contacto con un objeto abre y cierra la mano					Identifica figuras de objetos comunes						
	La cabeza acompaña al movimiento del tronco - no cae			N		Arrastra juguetes		T				
4 meses	Sigue con la mirada objetos cercanos sin sonido en ángulo de 180°				18 meses	Come en la mesa con los demás						
	Voltea al oír el sonido de la campana			T		Sentada en el suelo se para sola		N				
	Juega con sus manos					Hace torre de 3 cubos						
5 meses	Toma un objeto con ambas manos			N	20 meses	Dice palabras frase "Mamá teta"		T				
	Lleva los juguetes a la boca			T		Utiliza un objeto para alcanzar otro						
	Mantiene el dorso recto con apoyo de manos hacia delante			N		Defiende su juguete		N				
6 meses	Se repite así misma y en respuesta a los demás				22 meses	Corre						
	Reconoce su nombre			T		Avisa para hacer sus necesidades		T				
	Juega con sus manos y pies					Avisa para hacer sus necesidades		N				
7 meses	Gira sobre su cuerpo fácilmente			N	24 meses	Comprende dos frases sencillas consecutivas: "Recoge el cubo y dámelo"						
	Coge un objeto en cada mano					Intenta quitarse las prendas inferiores		T				
	Comprende "ven" "chau"			T		Juega con otros niños						
8 meses	Mira cuando cae un objeto				30 meses	Hace torre de 7 cubos		N				
	Se mantiene sentado sin apoyo			N		Comprende 3 frases "Siéntate, quítate los zapatos y dámelos"						
	Dice "Pa-Pa" "Ma-Ma" a cualquier persona			T		Dice oraciones simples "Mamá vamos calle", "Mamá quiere pan"		T				
9 meses	Hace pinza índice pulgar - torpe				3 años	Desenrosca la tapa de un frasco para mirar dentro						
	Llama o grita para establecer contacto con otros			N		Hace un puente con 3 cubos		N				
	Lanza objetos a cierta distancia, disfruta con el sonido			T		Pasa una página, elige una figura de un libro y la nombra						
10 meses	Comprende el "No"			N	4 años	Se pone alguna ropa		T				
	Encuentra objetos ocultos			T		Coloca los aros en orden de tamaños						
	Camina apoyándose en las cosas			N		Nombra animales (de 8 menciona 6)		N				
11 meses	Dice "Papi" y "Mamá"				4 años	Nombra colores (rojo, azul y amarillo)						
	Busca el juguete en la caja			T		Copia una cruz		D				
	Hace pinza fina			N		Se para en un pie 10 segundos o más						
12 meses	Responde a una orden simple e identifica objetos				4 años	Verbaliza su nombre y apellidos						
	Sujeta de una mano empuja la pelota con el pie			T		Conoce la utilidad de objetos (cuchara, lápiz, tijera, jabón)		N				
	Explora su juguete					Copia un círculo		D				
					Abotona y desabotona un estuche							
					Camina en punta de pies seis pasos o más							

N: Normal D: Déficit T: Transtorno del desarrollo

AYUDANDO A CRECER A NUESTROS HIJOS AYUDAMOS A CRECER A NUESTRO PAIS



CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA

N° HC: _____ N° Carpeta FAM: _____
 Cod. de Afiliación: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ CUI/DNI: _____
 Nombres y Apellidos: _____
 - De la Niña: _____
 - De la Madre: _____ DNI: _____
 - Del Padre: _____ DNI: _____
 Dirección: _____
 E-mail: _____ Teléfono: _____
 Establecimiento: _____
 Programa de Salud: _____

VACUNACIÓN (Anotar Fechas):

Tuberculosis (BCG): (Recién Nacido) _____

Antihepatitis (HvB): (Recién Nacido) _____

Antipolio: (OPV ó IPV*) *Condición Especial _____
 Fechas de las próximas dosis: / / / / /
 1ra (2 meses) 2da (4 meses) 3ra (6 meses)

Pentavalente: (DPT + Hib + HvB) _____
 Fechas de las próximas dosis: / / / / /
 1ra (2 meses) 2da (4 meses) 3ra (6 meses)

Neumococo: menor de 1 año 1 año _____
 Fechas de las próximas dosis: / / / / /
 1ra (2 meses) 2da (4 meses) 3ra (12 meses)

Rotavirus: _____
 Fechas de las próximas dosis: / / / / /
 1ra (2 meses) 2da (4 meses)

Influenza: 1er Año _____
 Fechas de las próximas dosis: / / / / /
 1ra (7 meses) 2da (8 meses)

Sarampión, Rubeola y Paperas (SPR): 12 Meses _____ 15 Meses _____

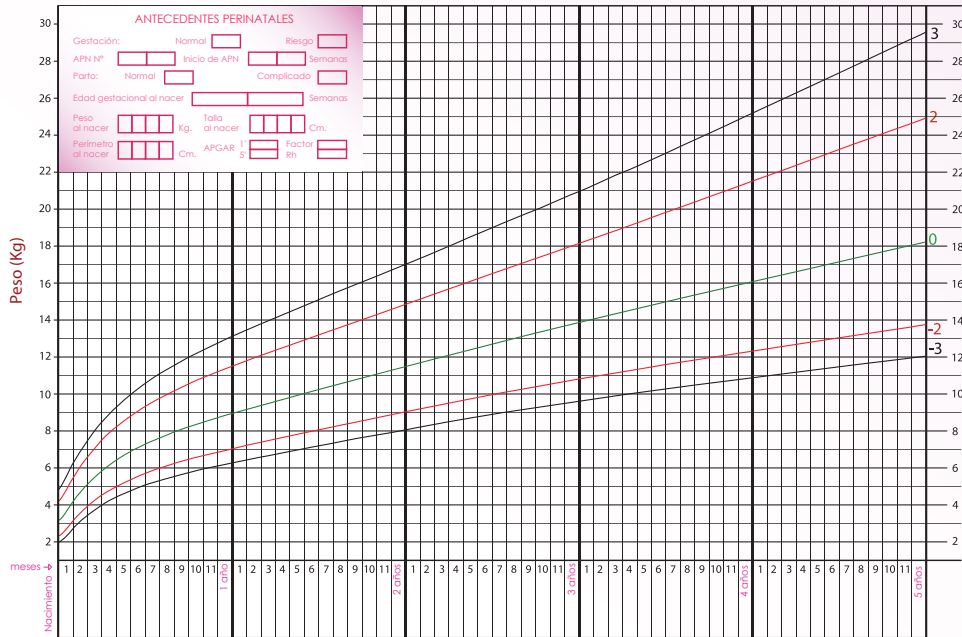
1er. Refuerzo DPT (18 meses o 6 meses después de la 3era Pentavalente): _____
 2do. Refuerzo DaPT (4 años) Refuerzo SPR (4 años) _____

VPH 1ra Dosis 2da Dosis 3ra Dosis 10 años DT 1ra Dosis 2da Dosis A partir de 10 años 3ra Dosis

LA VACUNA ES TODO EL AÑO Y ES GRATUITA

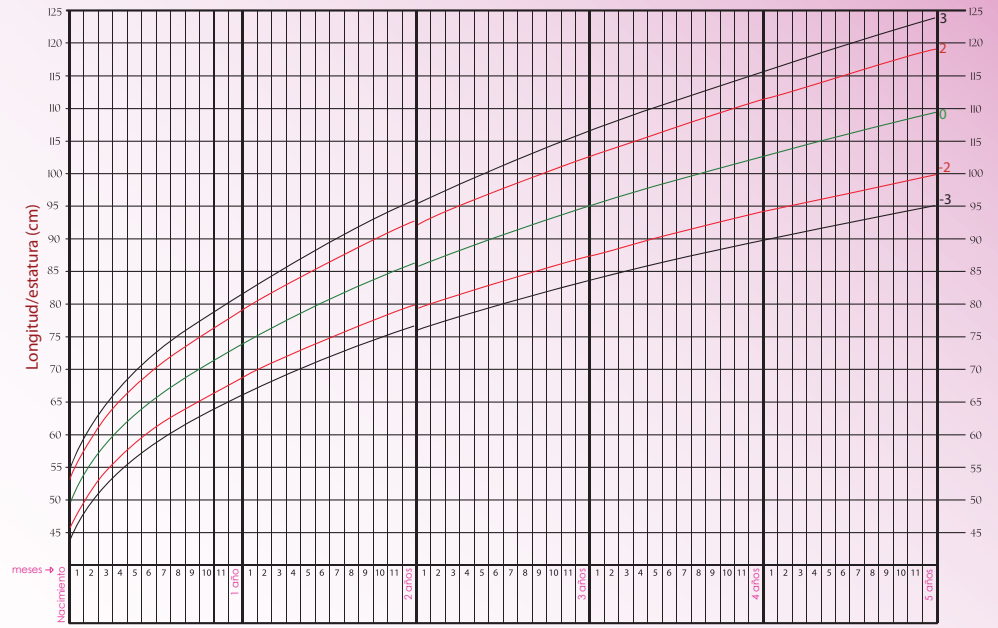
GRAFICA PESO-EDAD

TENDENCIA DE LA GANANCIA DE PESO



GRAFICA TALLA-EDAD

TENDENCIA DEL CRECIMIENTO



Lactancia Materna Exclusiva

0 a 6 meses

Lactancia Materna y alimentación complementaria

6 a 7 meses
* Iniciar la alimentación papilla, mazamorra o puré

7 a 8 meses
* Además de aplastado debe consumir alimentos triturados

9 a 11 meses
* Debe consumir alimentos picados

Lactancia materna y Alimentación familiar

12 a 24 meses

Alimentación completa

24 meses a más

RECUERDA

Lava siempre tus manos y las de tu niño:

- * Antes de preparar los alimentos.
- * Antes de Comer.
- * Después de ir al baño.
- * Después de cambiar pañales.

Regala a tu hija una sonrisa sana

- * Lleva a tu hija al odontólogo antes del 3º mes de vida.
- * Realiza la higiene bucal de tu hija después de cada comida sobre todo antes de dormir.
- * Visita al odontólogo cada 3 meses para control.