

HOJA DE EVALUACIÓN
EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR
ATENCIÓN DEL NIÑO /NIÑA DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Fecha: _____
 No. Expediente: _____

Nombre: _____ Edad: _____ () _____ () Sexo: () _____ Peso: _____ kg. Temperatura _____ °C Talla: _____
 ¿Qué problema tiene el niño/niña? _____ Consulta Primera Seguimiento Control
 Encierre con un círculo los signos y síntomas presentes al momento de la evaluación.

VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL		CLASIFICAR																																													
<ul style="list-style-type: none"> • ¿No puede beber o tomar el pecho? • ¿Vomita todo lo que ingiere? • ¿Tiene convulsiones? • ¿Esta letárgico o inconsciente? 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD MUY GRAVE																																													
¿TIENE EL NIÑO/NIÑA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuanto tiempo hace? _____ días • Contar las respiraciones por minuto • _____ respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal. • Escuchar si hay estridor. • Escuchar si hay sibilancias. 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • NEUMONÍA G./ENF. MUY GRAVE • Neumonía. • No tiene neumonía. • Tos o resfriado. 																																													
¿TIENE EL NIÑO/NIÑA DIARREA? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuanto tiempo hace? _____ días • ¿Hay sangre en las heces? • Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • Determinar el estado general del niño/niña. ¿Está. <ul style="list-style-type: none"> - Letárgico o inconsciente? - inquieto o irritable? • ¿Tiene los ojos hundidos? • Ofrezca líquidos. ¿el niño/niña <ul style="list-style-type: none"> - No puede beber o bebe mal? - Bebe ávidamente, con sed? • Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior <ul style="list-style-type: none"> - Muy lentamente (mas de 2 segundos). - Lentamente 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • DESHIDRATACIÓN GRAVE • Tiene deshidratación. • No tiene deshidratación. • DIARREA PERSISTENTE GRAVE • Diarrea persistente. • Disenteria. 																																													
¿TIENE EL NIÑO/NIÑA PROBLEMA DE OIDO? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dolor de oído? • ¿Tiene supuración del oído? • En caso afirmativo ¿cuánto tiempo hace? _____ días. • Determine si hay: <ul style="list-style-type: none"> - Supuración del oído - Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • MASTOIDITIS • Otitis media. • Otitis media crónica. • No tiene otitis media. 																																													
¿TIENE EL NIÑO/NIÑA UN PROBLEMA DE GARGANTA ? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dolor de garganta? • Determine la presencia de: <ul style="list-style-type: none"> - Gánglios dolorosos y crecidos en el cuello. - Exudado blanco (pus) en la garganta. - Enrojecimiento de la garganta. 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Faringoamigdalitis estreptocócica. • Faringoamigdalitis viral • No tiene faringoamigdalitis 																																													
¿TIENE EL NIÑO/NIÑA FIEBRE? (Determinada por: Historia al tacto o temperatura de 37.5 °C o más). <ul style="list-style-type: none"> • Procede o ha estado en los últimos 5 días en zona de riesgo de malaria? • ¿Hace cuanto tiempo que tiene fiebre? _____ días. • Si es por mas de 7 días: ¿Ha tenido fiebre todos los días? • Determine si tiene: <ul style="list-style-type: none"> - Rigidez de nuca - Petequias o equimosis - Hemorragias gingivales. - Erupción maculopapular generalizada y - Tos o coriza u ojos enrojecidos. 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE • Malaria. • Enfermedad febril. • DENGUE GRAVE • Sospechoso de sarampión. • Otra enfermedad febril eruptiva. 																																													
DETERMINAR SI TIENE ANEMIA <ul style="list-style-type: none"> • Determine si tiene palidez palmar: <ul style="list-style-type: none"> - ¿intensa? - ¿Leve? - No tiene palidez. 		<ul style="list-style-type: none"> • ANEMIA GRAVE • Anemia leve. • No tiene anemia 																																													
DETERMINAR EL ESTADO NUTRICIONAL Y CRECIMIENTO <table border="0"> <tr> <td> DETERMINE EL ESTADO NUTRICIONAL - Emaciación visible ó - Edema en ambos pies ó - Desnutrición aguda moderada por gráfica - Desnutrición aguda severa por gráfica - Obesidad </td> <td> INTERPRETACION DEL CRECIMIENTO - En proceso de adelgazamiento - Con tendencia inadecuada de longitud o talla - En proceso de adelgazamiento y con tendencia inadecuada de longitud o talla - Ganancia excesiva de peso - Con ganancia excesiva de peso con tendencia inadecuada de longitud o talla </td> </tr> </table>	DETERMINE EL ESTADO NUTRICIONAL - Emaciación visible ó - Edema en ambos pies ó - Desnutrición aguda moderada por gráfica - Desnutrición aguda severa por gráfica - Obesidad	INTERPRETACION DEL CRECIMIENTO - En proceso de adelgazamiento - Con tendencia inadecuada de longitud o talla - En proceso de adelgazamiento y con tendencia inadecuada de longitud o talla - Ganancia excesiva de peso - Con ganancia excesiva de peso con tendencia inadecuada de longitud o talla		<ul style="list-style-type: none"> • Daño nutricional grave • Obesidad • Baja talla o baja talla sévera • Sobre peso • Normal • CreCIMIENTO Inadecuado persistente (en dos controles sucesivos) • CreCIMIENTO inadecuado • CreCIMIENTO adecuado • Sin tendencia 																																											
DETERMINE EL ESTADO NUTRICIONAL - Emaciación visible ó - Edema en ambos pies ó - Desnutrición aguda moderada por gráfica - Desnutrición aguda severa por gráfica - Obesidad	INTERPRETACION DEL CRECIMIENTO - En proceso de adelgazamiento - Con tendencia inadecuada de longitud o talla - En proceso de adelgazamiento y con tendencia inadecuada de longitud o talla - Ganancia excesiva de peso - Con ganancia excesiva de peso con tendencia inadecuada de longitud o talla																																														
EVALUAR LA ALIMENTACION SI TIENE CRECIMIENTO INADECUADO, ANEMIA O ES MENOR DE 2 AÑOS Menor de 6 meses 1. ¿Usted le da pecho al niño/a SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Le da otros alimentos o líquidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2. Si le da pecho ¿Cuántas veces en 24 horas? _____ veces ¿Por cuánto tiempo? minutos _____ 3. ¿Problemas de succión, agarre? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 4. ¿Problemas de posición para el amamantamiento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Le da otros alimentos o líquidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mayor de 6 meses 1. ¿Cuáles alimentos le da a su niño? _____ 2. ¿Cuántas veces por día? veces _____ 3. ¿Qué usa para darle de comer? _____ 4. ¿De qué tamaño son las proporciones que le da? 5. ¿Recibe el niño/a su propia ración? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 6. ¿Quién le da de comer y cómo? 7. Durante ésta enfermedad, ¿Hay algún cambio en la alimentación del niño/a SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si hay cambio, ¿Cuál? _____		<ul style="list-style-type: none"> • No lactancia materna • Baja frecuencia y poco tiempo de lactancia materna • Da otros alimentos • Problemas de frecuencia y cantidad de alimentación • Problemas de calidad de alimentación • Uso de biberón • No alimentación Activa • Desgano • No hay problemas de alimentación 																																													
EVALUAR EL DESARROLLO Si las condiciones generales del niño/niña son satisfactorias (no clasificación roja o amarilla). <ul style="list-style-type: none"> • Determinar una alteración por situación base. • Ausencia de un logro que debería estar cumplido. 		<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad • Probable alteración del desarrollo. • No tiene alteración del desarrollo. 																																													
VERIFICAR ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN <table border="1"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>Nacimiento</th> <th>2 Meses</th> <th>4 Meses</th> <th>6 Meses</th> <th>12 Meses</th> <th>18 Meses</th> <th>2 a 4 años</th> <th>4-5 años</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VACUNA</td> <td>BCG</td> <td>Sabin-1</td> <td>Sabin-2</td> <td>Sabin-3</td> <td>S.R.P</td> <td>D.P.T.</td> <td>S.R.</td> <td>D.P.T.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Hepatitis B</td> <td>Pentavalente-1</td> <td>Pentavalente-2</td> <td>Pentavalente-3</td> <td>Sarampión Rubéola</td> <td>Refuerzo</td> <td>En Campaña</td> <td>Refuerzo</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Rotavirus -1</td> <td>Rotavirus -2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Vitamina</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Neumococo- 1</td> <td>Neumococo- 2</td> <td>Neumococo- 3</td> <td>y paperas</td> <td></td> <td>Masiva</td> <td>"A"</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Pentavalente = DPT + HB + Hib *Vitamina "A" cada 6 meses a partir de los seis meses de edad.</p>	EDAD	Nacimiento	2 Meses	4 Meses	6 Meses	12 Meses	18 Meses	2 a 4 años	4-5 años	VACUNA	BCG	Sabin-1	Sabin-2	Sabin-3	S.R.P	D.P.T.	S.R.	D.P.T.		Hepatitis B	Pentavalente-1	Pentavalente-2	Pentavalente-3	Sarampión Rubéola	Refuerzo	En Campaña	Refuerzo			Rotavirus -1	Rotavirus -2					Vitamina			Neumococo- 1	Neumococo- 2	Neumococo- 3	y paperas		Masiva	"A"		Fecha próxima Vacuna: _____
EDAD	Nacimiento	2 Meses	4 Meses	6 Meses	12 Meses	18 Meses	2 a 4 años	4-5 años																																							
VACUNA	BCG	Sabin-1	Sabin-2	Sabin-3	S.R.P	D.P.T.	S.R.	D.P.T.																																							
	Hepatitis B	Pentavalente-1	Pentavalente-2	Pentavalente-3	Sarampión Rubéola	Refuerzo	En Campaña	Refuerzo																																							
		Rotavirus -1	Rotavirus -2					Vitamina																																							
		Neumococo- 1	Neumococo- 2	Neumococo- 3	y paperas		Masiva	"A"																																							
EVALUAR OTROS PROBLEMAS:																																															

Ver atrás

