



LIBRETA INTEGRAL DE SALUD

ES UN DERECHO RECIBIRLA Y SU DEBER CUIDARLA

En alianza con



para cada infancia

Ministerio de Salud Pública



LIBRETA INTEGRAL DE SALUD

**para la mujer embarazada, niñas y niños
menores de 5 años de edad.**

Esta libreta contiene información importante para el seguimiento de la atención de salud del embarazo, del crecimiento y desarrollo del niño o la niña.
Llévela siempre que vaya al establecimiento de salud.

Calendario de prestaciones de salud

Durante el embarazo

Este es un cuadro informativo. Asegúrese de recibir las prestaciones de salud según la semana gestacional en la que se encuentre.

Nro.	Prestación	Semana de gestación																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Captación en el primer trimestre	Primer control																			
2	Control prenatal*	Óptimo												Control		Control					
3	Consejería	Óptimo																			
4	Sesiones de educación prenatal																			Óptimo	
5	Ecos obstétricos (al menos 3)	Óptimo										Óptimo					Óptimo				
6	Prescripción de hierro más ácido fólico	Óptimo																			
7	Examen de proteinuria																			Óptimo	
8	Examen de laboratorio EMO - urocultivo**	Óptimo												Óptimo							
9	Pruebas de TORCH***	Óptimo												Óptimo							
10	Valoración de hemoglobina	Óptimo												Óptimo							
11	Vacuna dT****	Óptimo												Óptimo							
12	Tamizaje de VIH	Óptimo												Óptimo							
13	Examen VDRL (Sífilis)	Óptimo												Óptimo							

*Ideal un control prenatal mensual y mínimo 5 controles durante el embarazo (1.º en las primeras 20 semanas; 2.º entre las semanas 21-27; 3.º entre las semanas 28-33; 4.º entre las semanas 34-37; 5.º entre las semanas 38-40), o según prescripción del profesional en casos de riesgo materno neonatal.

**Trimestral si hay historia de ITU recurrente y/o cuadro clínico de ITU.

***Toxoplasmosis, rubéola citomegalovirus, herpes simple y VIH.

****Evaluar antecedente vacunal. No aplicar más de 5 dosis. 1.º dosis al contacto, 2.º dosis al mes, 3.º a los 6 meses, 4.º al año y 5.º al año.

Color	Semana sugerida
Verde	Óptimo (tiempo ideal)
Amarillo	Oportuno (tiempo aceptable)
Blanco	Fuera de tiempo / No aplica

Calendario de prestaciones de salud durante el embarazo

Según la semana gestacional

Este es un cuadro informativo. Asegúrese de recibir las prestaciones de salud según la semana gestacional en la que se encuentre.

Nro.	Prestación	Semana de gestación																				
		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
1	Captación en el primer trimestre																					
2	Control prenatal*	Control				Control				Control				Control				Control				
3	Consejería																					
4	Sesiones de educación prenatal																					
5	Ecos obstétricos (al menos 3)																					
6	Prescripción de hierro más ácido fólico																					
7	Examen de proteinuria																					
8	Examen de laboratorio EMO-urocultivo**																					
9	Pruebas de TORCH***																					
10	Valoración de hemoglobina																					
11	Vacuna dT****																					
12	Tamizaje de VIH																					
13	Examen VDRL (Sífilis)																					

*Ideal un control prenatal mensual y mínimo 5 controles durante el embarazo (1.º en las primeras 20 semanas; 2.º entre las semanas 21-27; 3.º entre las semanas 28-33; 4.º entre las semanas 34-37; 5.º entre las semanas 38-40), o según prescripción del profesional en casos de riesgo materno neonatal.

**Trimestral si hay historia de ITU recurrente y/o cuadro clínico de ITU.

***Toxoplasmosis, rubéola citomegalovirus, herpes simple y VIH.

****Evaluar antecedente vacunal. No aplicar más de 5 dosis. 1.º dosis al contacto, 2.º dosis al mes, 3.º a los 6 meses, 4.º al año y 5.º al año.

Color	Semana sugerida
	Óptimo (tiempo ideal)
	Oportuno (tiempo aceptable)
	Fuera de tiempo/No aplica

Estrategia nacional para la eliminación de la transmisión materno - infantil del VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas (ETMI Plus)

Período de embarazo	Tamizaje	*VIH	**Sífilis	***Hepatitis B	****Enfermedad de Chagas
Primer trimestre	Fecha de realización				
	Resultado (reactivo/no reactivo)				
	Semana de gestación				
Segundo trimestre	Fecha de realización				
	Resultado (reactivo/no reactivo)				
	Semanas de gestación				
Tercer trimestre	Fecha de realización				
	Resultado (reactivo/no reactivo)				
	Semanas de gestación				
Parto	Fecha de realización				
	Resultado (reactivo/no reactivo)				
	Semanas de gestación				
Posparto	Fecha de realización				
	Resultado (reactivo/no reactivo)				
	Semanas de gestación				

*Realizar un tamizaje en cada trimestre del embarazo, en el momento del parto y uno en el posparto.

**Realizar un tamizaje en la primera consulta del control prenatal, uno en el segundo trimestre, idealmente, antes de las 24 semanas y otro en el momento del parto o puerperio previo al alta.

***Realizar un tamizaje para hepatitis B en el primer trimestre, uno a la semana 20 de gestación y uno en el momento del parto.

****Chagas en la primera consulta o incluso en el momento del parto, previamente analizando la historia de exposición de la paciente: reside en zona o área de riesgo de transmisión, madre con infección por tripanozoma cruzi, transfusiones de sangre y manifestaciones clínicas.

Controles	Prenatales	Fecha de atención			Fecha próxima consulta			Firma y sello del médico	Observaciones
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
Posparto		Fecha de atención			Fecha próxima consulta			Firma y sello del médico	Observaciones
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		

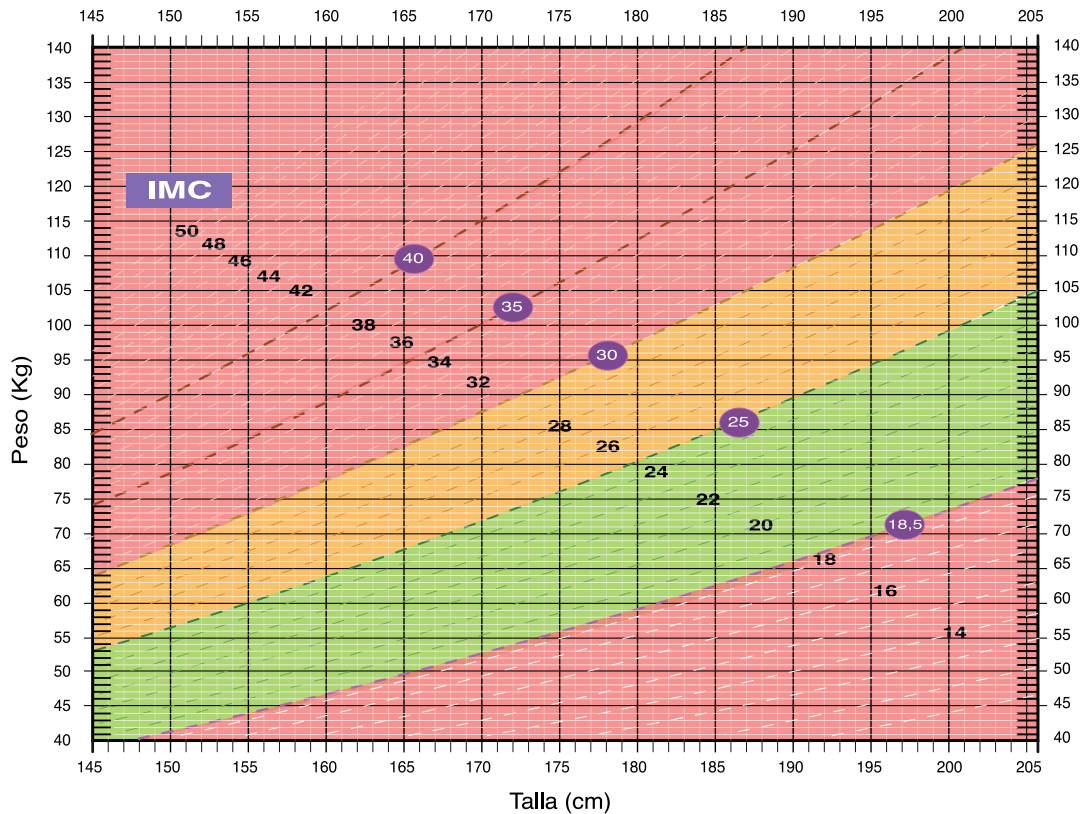
NOTA: En cada control debe registrarse la fecha de la próxima consulta.

Esquema de vacunación para embarazadas	Tipo de vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Nombre de la vacuna	Establecimiento de salud	
			Día	Mes	Año						
	Toxoide diftérico tetánico(dT)*	1.ª dosis									
		2.ª dosis									
		3.ª dosis									
		4.ª dosis									
		5.ª dosis									
	Otras Vacunas	Tipo de vacunas	Dosis	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Nombre de la vacuna	Establecimiento de salud
				Día	Mes	Año					

*La madre debe mencionar las dosis de vacunación de embarazos previos (llevar el carnet). Aplicar siempre y cuando no exista evidencia de vacunación anterior (pentavalente, DPT y dT) o completar esquema.

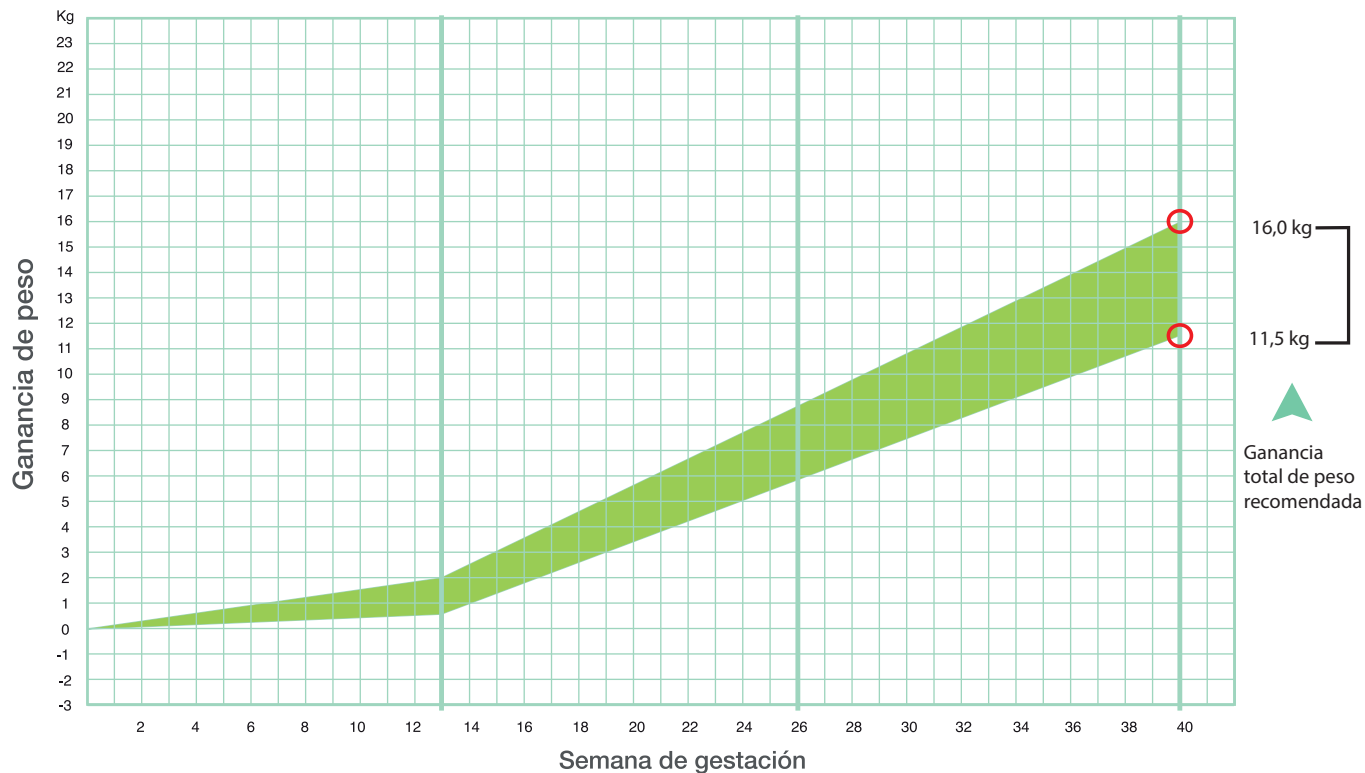
Curva de valoración del Índice de Masa Corporal (IMC)

preconcepcional o del primer trimestre



Curva de ganancia de peso en la mujer embarazada

IMC preconcepcional normal 18,5 - 24,9



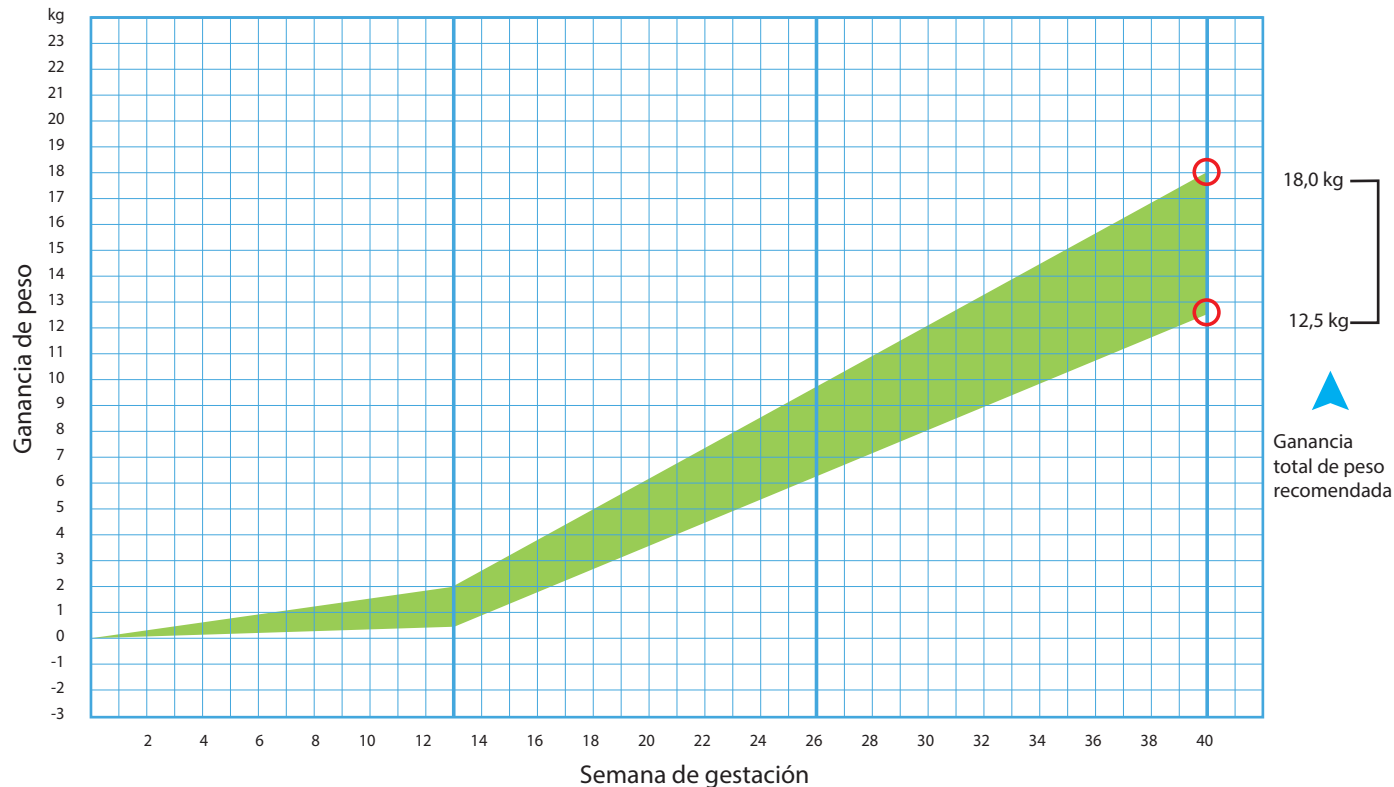
Ganancia semanal 0,35 a 0,50 Kg. en el segundo y tercer trimestre. En embarazos múltiples deben ganar de 17 - 25 Kg. en total (1 kilo = 2,2 libras)

IOM 2009

Guía de práctica clínica de control prenatal, 2016.

Curva de ganancia de peso en la mujer embarazada

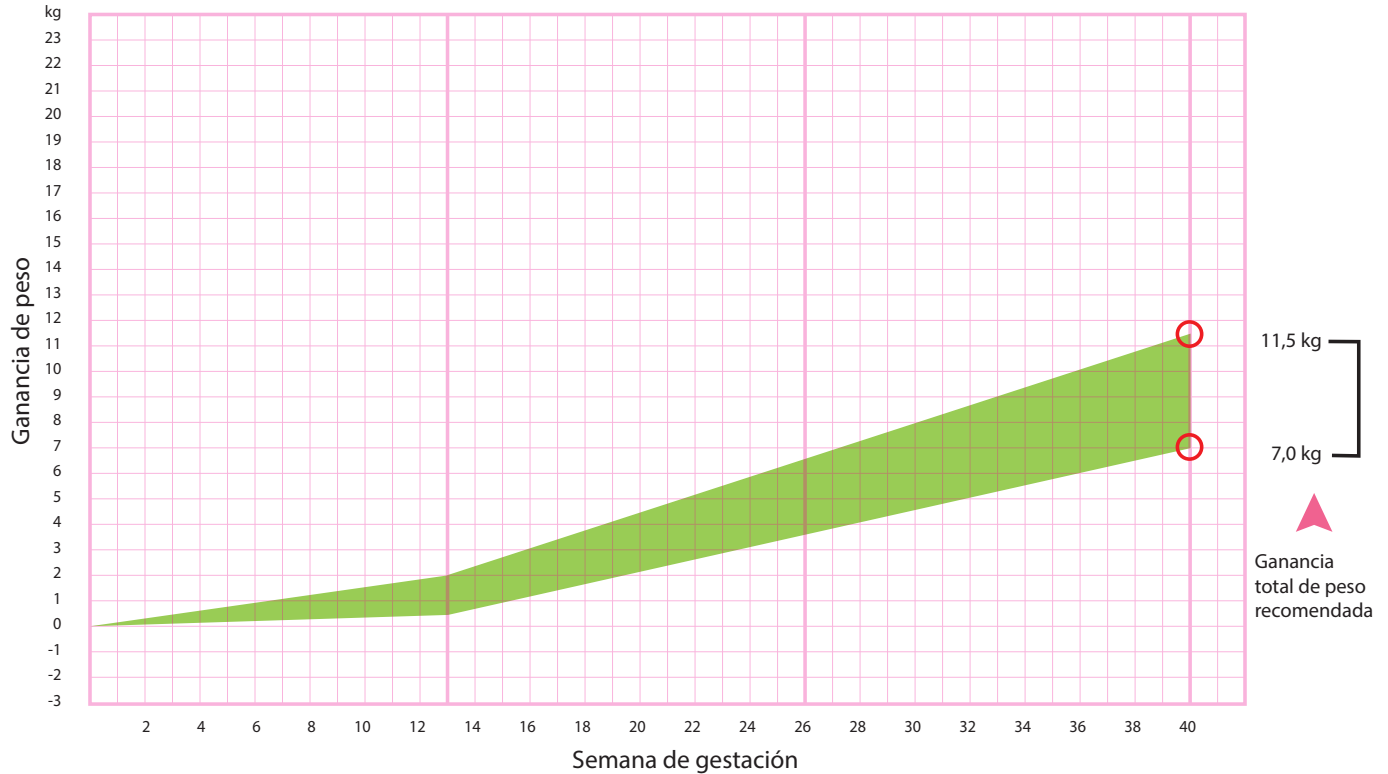
IMC preconcepcional bajo < 18,5



Ganancia semanal 0,44 a 0,58 Kg. en el segundo y tercer trimestre (1 kilo = 2,2 libras)

Curva de ganancia de peso en la mujer embarazada

IMC preconcepcional sobrepeso 25,0 a 29,9



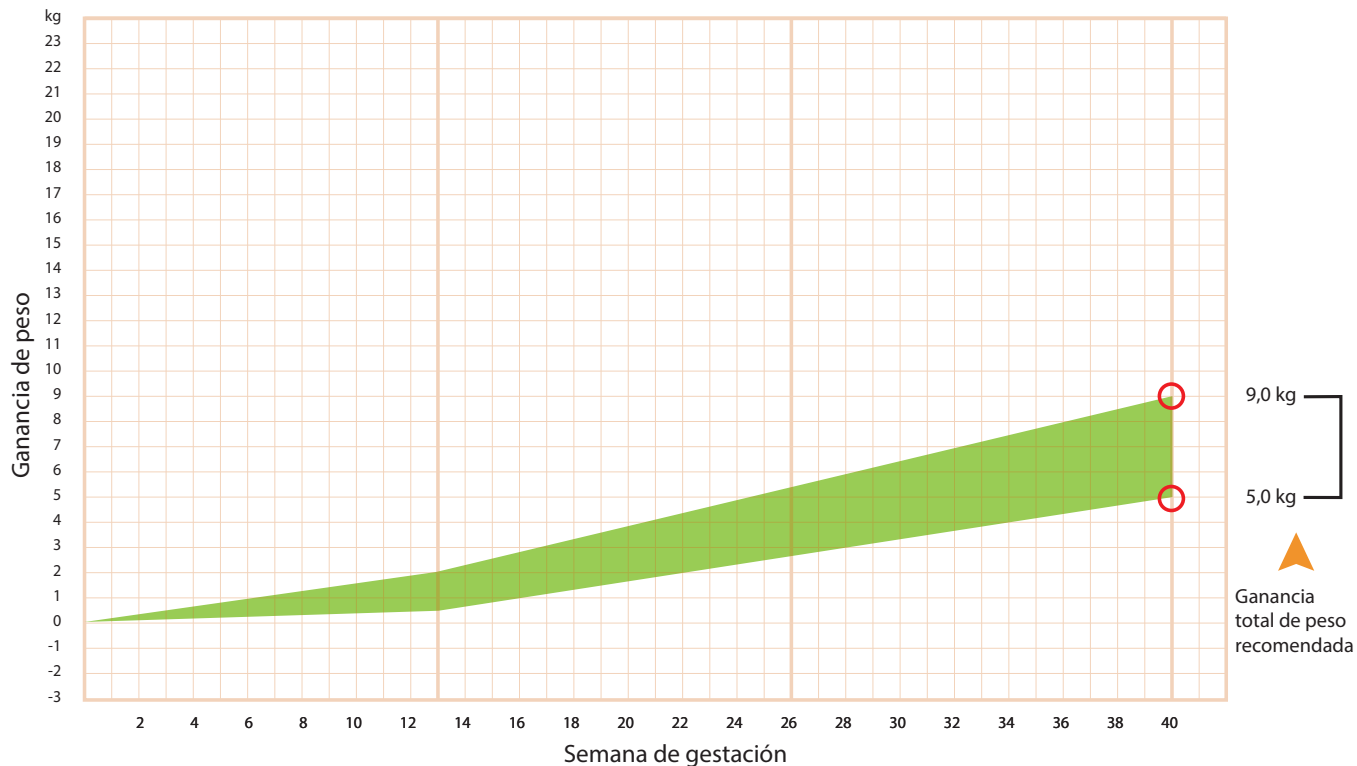
Ganancia semanal 0,23 a 0,33 Kg. en el segundo y tercer trimestre. En embarazos múltiples debe ganar de 14 - 23 kg. en total (1 kilo = 2,2 libras)

IOM 2009

Guía de práctica clínica de control prenatal, 2016.

Curva de ganancia de peso en la mujer embarazada

IMC preconcepcional obesidad > 30,0



Ganancia semanal 0,17 a 0,27 Kg. en el segundo y tercer trimestre. En embarazos múltiples debe ganar de 11 - 19 Kg. en total (1 kilo = 2,2 libras)

Recomendaciones para un embarazo saludable



Por su bienestar y el de su hijo o hija, acuda al primer control de salud apenas confirme su embarazo, de manera ideal antes de las 12 semanas (3 meses) y preferiblemente en compañía de su pareja o persona de su confianza.

Acuda al control prenatal una vez al mes o como se lo indique el profesional de la salud. Debe cumplir por lo menos con 5 controles durante su embarazo.

Durante su embarazo, le solicitarán varios exámenes clínicos para detectar posibles problemas que puedan afectar su salud y la de su hijo o hija. Recuerde hacérselos puntualmente.

Es su derecho recibir las prestaciones de salud detalladas en el calendario de las páginas 4 - 5 - 6.

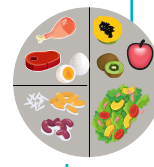
No olvide realizarse las pruebas de VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas para prevenir problemas de salud en su hijo o hija.

Recuerde: Llevar siempre esta libreta de salud a todos sus controles prenatales y en el momento del parto. Cúidela y consérvela en un lugar seguro.

Alimentación saludable durante el embarazo



Carne, pollo, pescado,
lácteos y huevos.



Frutas y verduras



Agua

Granos y
cereales.

Arme un plato colorido con alimentos frescos y propios de la región.

Consuma todos los días alimentos como: huevo, pollo, res, cerdo, pescado, vísceras o similares. Puede reemplazarlos combinando un cereal con una leguminosa (granos), por ejemplo: arroz con lenteja, tostado con chochos, etc.

Prefiera vegetales de diferentes colores y fruta al natural en lugar de jugos.

Aliméntese, diariamente, con algún tipo de lácteo: leche pasteurizada, queso bajo en sal o yogur natural.

Beba agua hervida, aproximadamente 8 vasos al día. Evite gaseosas, bebidas energizantes y azucaradas.

Evite alimentos procesados (enlatados, empaquetados, conservas).

Consuma 5 comidas al día: 3 principales (desayuno, almuerzo, merienda) y 2 refrigerios (a media mañana y a media tarde).

Suplementación con hierro más ácido fólico

Previenen la anemia y malformaciones en su hijo o hija



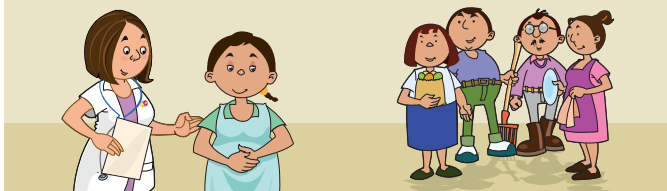
Desde el primer control prenatal, en el establecimiento de salud le entregarán tabletas de hierro más ácido fólico, que deberá tomarlas durante todo el embarazo hasta los 3 primeros meses después del parto.

Tome una tableta al día entre comidas con agua (no con leche, té o café); no consuma lácteos una hora antes y/o después de tomar la tableta.

Planificación del parto y transporte

a. ¿Quién me acompañará al establecimiento de salud para el parto o emergencia?

...../...../.....



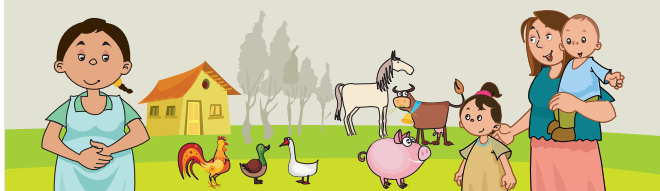
c. ¿Cuál es el establecimiento de salud más cercano en caso de parto o emergencia?

.....



b. ¿Quién cuidará mi casa, mis hijos y mis animales?

...../...../.....



d. ¿Quién me acompañará durante el parto?

...../...../.....



- Durante mi parto desearía usar mi propia ropa
- Desearía tener contacto piel a piel con mi hija o hijo inmediatamente después del parto
- Desearía iniciar la lactancia materna en la primera hora después del parto
- Tengo las siguientes necesidades por motivos de cultura e idioma

¿Qué necesitaré para el parto o emergencia?

¿Cómo he decidido dar a luz?



- Arrodillada
- En cuclillas
- De lado
- De pie
- Sentada
- Acostada

Otro:

Nombre y apellido del profesional de salud:

Señales de peligro

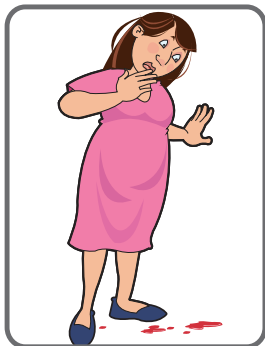
Durante el embarazo, parto y después del parto



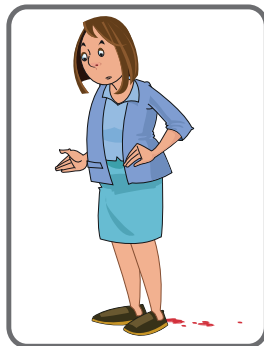
Fuerte dolor de cabeza
y visión borrosa



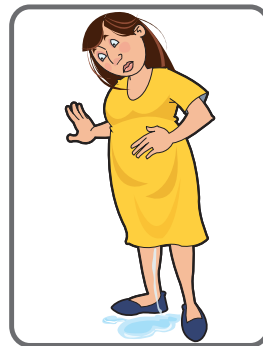
Fuerte dolor
de vientre



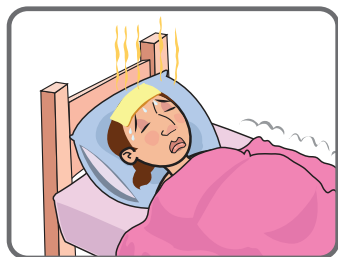
Sangrado vaginal
durante el embarazo



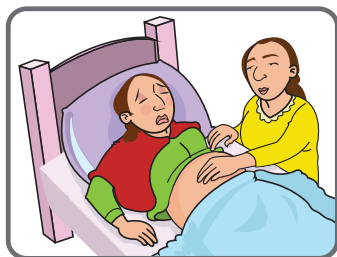
Sangrado vaginal
después del parto



Salida de
agua de fuente



Fiebre alta en el embarazo
y después del parto



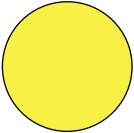
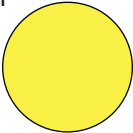
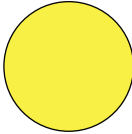
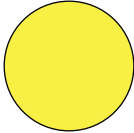
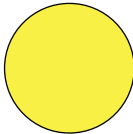
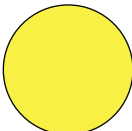
Falta de movimiento
de su hijo o hija

Ante cualquier señal de alarma acuda, inmediatamente, al establecimiento de salud más cercano o llame al 911.

Asistencia a las sesiones de educación prenatal*

Durante el embarazo

Recuerde: Consultar en el establecimiento de salud las fechas para recibir sus sesiones educativas, con información importante sobre salud y alimentación en el embarazo, lactancia, parto y posparto.

	Fecha:..... Tema:
	Fecha:..... Tema:
	Fecha:..... Tema:
	Fecha:..... Tema:
	Fecha:..... Tema:
	Fecha:..... Tema:



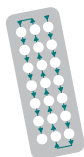
El establecimiento de salud registrará las fechas según corresponda.

*Conforme la Norma Técnica Educación Prenatal para el Sistema Nacional de Salud. MSP. 2015.

INFORMACIÓN PERINATAL - MSP

NACIONALIDAD Ecuatoriana <input type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/> Cuál? _____		FECHA DE NACIMIENTO día _____ mes _____ año _____ EDAD (años) <input type="radio"/> < de 15 <input type="radio"/> > de 35		AUTOIDENTIFICACIÓN Indígena <input type="radio"/> Afroecuatoriana afrodescendiente <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Mulata <input type="radio"/> Montubia <input type="radio"/> Mestiza <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		SABE LEER Y ESCRIBIR no <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> sí		ALFABETIZACIÓN E INSTRUCCIÓN Edu. Básica Jóvenes y Adultos <input type="radio"/> último año aprobado _____ Edu. básica (Preparatoria) <input type="radio"/> Edu. básica (elem. y media.) <input type="radio"/> Edu. básica (superior) <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Técnico superior <input type="radio"/> Tercer nivel de grado <input type="radio"/> Cuarto nivel pos-grado <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		ESTADO CIVIL Unión de hecho <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
ANTECEDENTES FAMILIARES TB <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Diabetes <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Hipertensión <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Preeclampsia <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Eclampsia <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Otra cond. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no médica grave <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Cuál? _____		PERSONALES Cirugía <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Genito-Urinaria <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Infertilidad <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Cardiopatía <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Nefropatía <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Violencia <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no VIH <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Cuál? _____		OBSTÉTRICOS gestas previas _____ abortos _____ vaginales _____ nacidos vivos _____ viven _____ ÚLTIMO EMBARAZO n/a <input type="radio"/> < 2500g <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> > 4000g <input type="radio"/> Embarazos Múltiples <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no emb. molar emb. ectópico _____		FIN EMBARAZO ANTERIOR día _____ mes _____ año _____ menos de 1 año <input type="radio"/> n/a <input type="radio"/> EMBARAZO PLANIFICADO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO Barrera <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> Hormonales <input type="radio"/> Natural <input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/> No usaba <input type="radio"/>									
GESTACIÓN ACTUAL PESO INICIAL _____ Kg. TALLA (cm.) _____ FUM _____ día _____ mes _____ año _____ FPP _____ día _____ mes _____ año _____ EG CONFIABLE por: FUM Eco <20 s. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		ECOGRAFÍA 11-13 semanas <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no FUMA ACT. 1 ^{er} trim. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2 ^{do} trim. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3 ^{er} trim. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no FUMA PAS. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no DROGAS. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no ALCOHOL. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no VIOLENCIA. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no ANTIRUBEOLA. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no ANTITETÁNICA. vigente <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 1 ^a _____ 2 ^a _____ EX. NORMAL. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no MAMAS <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no ODONT. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		CERVIX. Insp. visual <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/> PAP <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/> COLP <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/>		GRUPO. Rh _____ + _____ - _____ Inmuniz. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no TOXOPLASMOSIS. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no no se hizo <input type="radio"/> aplico <input type="radio"/>		<20 sem. Prueba solicitada. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no VIH-Diag. tratamiento <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no GLUCEMIA EN AYUNAS. <input type="radio"/> > 92 mg/dl <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <20 sem. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no >30 sem. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no PREVENCIÓN PREECLAMPSIA. Calcoio >12 sem. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Ácido Acetil Salicílico >12 sem. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no ESTREPTOCOCCO B. 35-37 semanas <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		Hb <20 sem. _____ g/dl <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Fe/FOLATOS indicados. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Hb ≥ 20 sem. _____ g/dl <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no SÍFILIS - Diagnóstico y tratamiento. No treponémica <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Prueba síd n/c <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Treponémica síd n/c <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Tratamiento síd n/c <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Tto. de la pareja síd n/c <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no					
CHAGAS. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no no se hizo <input type="radio"/> aplica <input type="radio"/>		PALESIAS/MALARIAS. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no no se hizo <input type="radio"/> aplica <input type="radio"/>		BACTERIURIA. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no sem normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/>		GLUCEMIA EN AYUNAS. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <20 sem. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no >30 sem. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		PREVENCIÓN PREECLAMPSIA. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Calcoio >12 sem. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Ácido Acetil Salicílico >12 sem. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		ESTREPTOCOCCO B. 35-37 semanas <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		EDUCACIÓN PRENATAL - Sesiones. 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ PLAN DE PARTO Y EMERGENCIA. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	
CONTROLES PRENATALES. día _____ mes _____ año _____ Edad gest. _____ Peso _____ Ganancia adecuada peso _____ TA _____ FC _____ FR _____ T°C _____ Sat. _____ Proteínuria _____ Est. conc. _____ Altura uterina _____ Presen-tación _____ FCF (lpm) _____ Movim. fetales _____ Sangrado vaginal _____ Exámenes, tratamientos, SCORE MAMÁ _____ Iniciales Técnico _____ Próxima cita día _____ mes _____ año _____		PARTEO <input type="radio"/> ABORTO <input type="radio"/> FECHA DE INGRESO día _____ mes _____ año _____ CONSULTAS PRENATALES total _____ HOSPITALIZACIÓN EMBARAZO días _____ CARNÉ <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		CORTICOIDES ANTENATALES. completo <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no incompl. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no ninguna <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no n/a <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		UTEROINHIBIDORES. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no n/a <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		INICIO. espontáneo <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no inducido <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no cesárea <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no día _____ mes _____ año _____ <37 sem. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no hora _____ min _____ temp ≥ 38°C <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		EG AL PARTO / ABORTO. semanas _____ días _____ por FUM <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no por Eco. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no PRESENTACIÓN SITUACIÓN. cefálica <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no pelviana <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no transversa <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no			
PESO PRODUCTO (aborto). _____ g n/a <input type="radio"/>		TAMAÑO FETAL ACORDE EG. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		ACOMPAÑANTE. Pareja <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Familiar <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Partera/o <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Otro <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Ninguno <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		PRÁCTICAS INTERCULTURALES. Vestimenta <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Entrega placenta <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Ingesta líquidos <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Otras <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Cuál? _____		POSICIÓN PARTO. arrodillada <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no de pie <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no cuclillas <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no sentada <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no acostada de lado <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no litotómica <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		NACIMIENTO. Establecimiento de salud <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no casa <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no otro <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no VIVO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no día _____ mes _____ año _____ hora _____ min _____ MUERTO <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Parto <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Anteparto <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Se ignora <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no					
MÚLTIPLE. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no orden _____		TERMINACIÓN. espont. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no cesárea <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no fórceps <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no vacuüm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no otra <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO. INDUC. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no OPER. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		EPISIOTOMÍA. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no DESCARGOS <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Grado (1 a 4) _____ MANEJO ACTIVO. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no									
PLACENTA. completa <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no retenida <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		LIGADURA CORDÓN AL CESAR PULSACIONES. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		RECIBIÓ. Inducto conducción <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Oxitócicos en TDP <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Antibiot. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Analgesia <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Anest. local <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Anest. región <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Anest. gen. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Trasfusión <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Sulfato de Mg. preeclam. eclam. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		Medicación. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Cuál? _____									
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		INFECCIONES. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		HEMORRAGIA. 1 TRIM. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2 TRIM. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3 TRIM. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		POSTPARTO. día _____ hora _____ T°C _____ TA _____ FR _____ pulso _____ Sat. _____ est. conc. _____ invol. uter. _____ loquios. _____ SCORE MAMA _____									
TRASTORNOS METABÓLICOS. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		TRASTORNOS TIROIDEOS. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		OTROS TRASTORNOS. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no									
DIABETES MELLITUS. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		TRASTORNOS TIROIDEOS. Hipotiroidismo <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Hipertiroidismo <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Crisis tiroidea <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Otro trastorno metabólico <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		OTROS TRASTORNOS. Hiperemesis gravídica <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Oliguria <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Trombosis venosa prof. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Anemia ferroprieva <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Tromboembilismo pulm. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Anemia falciforme <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Embolia L.A. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Enfermedad renal <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Cardiopatía <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Neoplasia maligna <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Valvulopatía <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Trastorno siquiátrico <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Convulsiones <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Alteración del estado de conciencia <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS. Parto obstruido <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Polihidramnio <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Rotura prolongada de memb. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Sufriamiento fetal agudo <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Oligoamnios <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Restricción de crecimiento intrauterino <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Otros <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no									
INTERVENCIONES. Alumbamiento manual <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no s/d <input type="radio"/> no Uterotónicos para tto. hemorragia <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Vía venosa central <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no s/d <input type="radio"/> no Administración de hemoderivados <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no s/d <input type="radio"/> no Nro. de vol. _____ Laparotomía (excluye cesárea) <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no s/d <input type="radio"/> no días _____ Ingreso a UCI < 7 días <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no s/d <input type="radio"/> no días _____ Uso de ATB IV para tto. de complicación infecciosa <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no s/d <input type="radio"/> no días _____ Cuáles _____		Procedimientos para detener/contener la hemorragia. Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas / hipogástricas <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no s/d <input type="radio"/> no Traje antishock no neumático <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no s/d <input type="radio"/> no Embolicaciones <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Balones hidroestáticos <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no													

Métodos anticonceptivos



Pastillas anticonceptivas

Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva. Se toma una tableta diaria durante 21 o 28 días, dependiendo de la presentación. Es importante tomarla a la misma hora todos los días.

Método elegido Método entregado



Inyecciones anticonceptivas

Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva. Según el tipo de inyección se aplica mensual o trimestralmente.

Método elegido Método entregado



T de cobre

Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva. Se coloca dentro de la cavidad uterina por personal calificado, puede durar de 5 a 10 años.

Método elegido Método entregado

Condón masculino y femenino

Es un método que brinda doble protección. Uso: Hombres y mujeres. A más de prevenir un embarazo, protege de infecciones de transmisión sexual.



Método elegido Método entregado

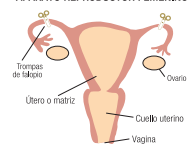


Implante subdérmico

Uso: Todas las mujeres en edad reproductiva. Se coloca bajo la piel del brazo una o dos tirillas que libera, permanentemente, una hormona por un periodo de 3 a 5 años.

Método elegido Método entregado

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO



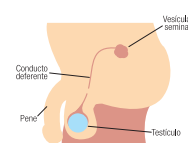
Ligadura de trompas

Uso: Mujeres en edad reproductiva que no desean tener más hijos e hijas. Método anticonceptivo definitivo.

No afecta el deseo sexual. Procedimiento simple y seguro.

Método elegido Método entregado

APARATO REPRODUCTOR MASCULINO



Vasectomía

Uso: Hombres en edad reproductiva que no desean tener más hijos e hijas. Método anticonceptivo definitivo. No afecta el deseo sexual y es un procedimiento simple y seguro.

Método elegido Método entregado



Anticonceptivo oral de emergencia

Uso: Se toma de manera inmediata hasta los 5 días después de ocurrida la relación sexual sin protección o en caso de violación. Para prevenir embarazos no intencionados.

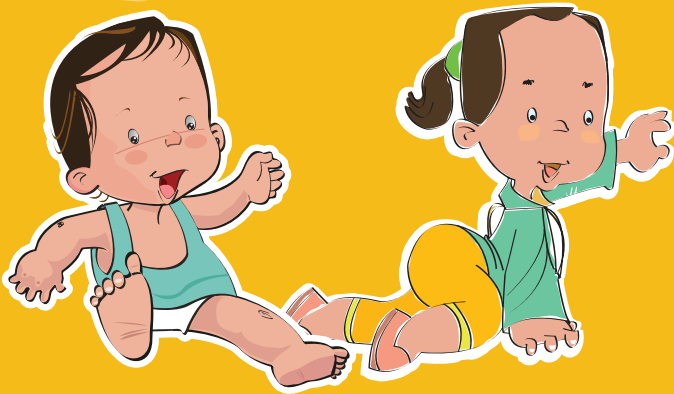
No es un método anticonceptivo regular.

Método elegido Método entregado

No se requiere del consentimiento o aceptación de la pareja para la elección de cualquier método anticonceptivo incluyendo los quirúrgicos. Recuerde considerar las recomendaciones del profesional de salud sobre el uso de anticonceptivos durante los primeros seis meses si está dando de lactar. Si requiere más información comuníquese a la línea gratuita y confidencial 171 opción 2.

Exija información y el método anticonceptivo más conveniente antes del alta del establecimiento de salud.

NIÑO/ NIÑA



Guíese por el código de color

- Salud infantil, crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 5 años.
- Esquema de vacunación.

HCU:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CC/Ci:

Madre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CC/Ci:

Niño/niña

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombres:

Apellidos:

Discapacidad: Sí No Tipo

Fecha de nacimiento:

Día	Mes	Año

Teléfono domicilio:

Teléfono celular:

Dirección domicilio:

.....

Nombre de la madre/padre:

.....

Zona:

Provincia:

Cantón:

Parroquia:

Establecimiento de salud:

Ministerio de Salud Pública:

Seguro de la Policía:

Otro:

Seguro de las Fuerzas Armadas:

--

IESS:

Seguro Social Campesino:

Salud infantil

Recuerde: completar esta información por su importancia para los controles subsecuentes y factores de riesgo a considerar dentro de los trastornos del desarrollo infantil.

RECIÉN NACIDO/A PESO AL NACER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g <2500 g <input checked="" type="radio"/> >4000 g <input checked="" type="radio"/>		P. CEFÁLICO cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LONGITUD cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		EDAD GESTACIONAL sem. <input type="text"/> <input type="text"/> días <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> FUM <input type="radio"/> ECO <input type="radio"/> ESTIMADA		PESO E.G. adec. <input type="radio"/> peq. <input checked="" type="radio"/> gde. <input checked="" type="radio"/>		APGAR (min) 1er <input type="text"/> <input type="text"/> 5to <input type="text"/> <input type="text"/> 10mo <input type="text"/> <input type="text"/> n/a <input type="radio"/>		REANIMACIÓN no si no si estimulac. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> tubo <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> aspiración <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> endotraq. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> máscara <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> masaje c. <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> bolsa <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> medicación <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	
ATENCIÓN médico <input type="radio"/> obst. <input type="radio"/> enf. <input type="radio"/> auxil. <input checked="" type="radio"/> estud. <input checked="" type="radio"/> empir. <input checked="" type="radio"/> otro <input checked="" type="radio"/>				LUGAR DE PARTO Establecimiento de salud <input type="radio"/> Domicilio <input checked="" type="radio"/> Otro <input checked="" type="radio"/>		MÉTODO CANGURO Amerita <input type="radio"/> Se aplica <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		NORMAL no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>		DEFECTOS CONGÉNITOS no menor mayor <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> CIE 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
PARTO <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		NEONATO <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>		Tipificación R.N. -----		Vitamina K no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>		Profilaxis Ocular no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>		EXAMEN FÍSICO no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	
ENFERMEDADES ninguna <input type="radio"/> 1 ó más <input checked="" type="radio"/> CIE 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				TAMIZAJE METABÓLICO Se realiza <input type="radio"/> No se realiza <input checked="" type="radio"/> n/a <input type="radio"/>		TAMIZAJE AUDITIVO Pasa OI <input type="radio"/> OD <input type="radio"/> No pasa OI <input checked="" type="radio"/> OD <input checked="" type="radio"/> No se hace <input checked="" type="radio"/>		EGRESO RN Apego inmediato no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> Ligadura de cordón al cesar pulsaciones no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> Meconio 1er. día no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> Lactancia inmediata no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>		FECHA AL ALTA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ALIMENTO AL ALTA lactancia exclusiva <input type="radio"/> parcial <input checked="" type="radio"/> artificial <input checked="" type="radio"/> leche humana <input checked="" type="radio"/>	
						PESO AL EGRESO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g Responsable egreso materno / nombres completos / sello -----					

Alerta

Calendario de prestaciones de salud

Para niños y niñas hasta los 2 años de edad

Este es un cuadro informativo. Asegúrese que su niño o niña reciba las prestaciones de salud.

Nro.	Prestación	Recién nacido/a	Meses																							
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1	Apego precoz	En el parto																								
2	Pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical*	En el parto																								
3	Lactancia materna	1ª hora de vida																								
4	Tamizaje metabólico	4-28 días																								
5	Tamizaje auditivo**	A partir de las 24 horas de nacido																								
	Tamizaje de neurodesarrollo																									
6	Control de niña/niño sano***	Entre el 3.º y 5.º día de nacido.																								
7	Sesiones de educación en lactancia materna exclusiva																									
8	Sesiones de educación en lactancia materna continua y alimentación complementaria																									
9	Suplementación con hierro y micronutrientes en polvo****																									
10	Suplementación de vitamina A****	1.ª entrega																								
		2.ª entrega																								
		3.ª entrega																								
11	Valoración de hemoglobina	1.ª valoración																								
		2.ª valoración																								
		3.ª valoración																								




*Tres minutos después del nacimiento o cuando deje de latir.

**Tamizaje auditivo se puede aplicar hasta los 5 años.

***De 0 a 8 meses (1 control mensual), de 8 a 12 meses (1 control bimestral) y de 12 a 23 meses (1 control trimestral).

****Un sobre diario pasando 1 día, por 6 meses consecutivos (90 sobres).

*****De 6 a 11 meses 100.000 UI.
De 12 a 23 meses 200.000 UI.

Color	Semana sugerida
	Óptimo (tiempo ideal)
	Oportuno (tiempo aceptable)
	Fuera de tiempo/No aplica

Esquema de vacunación

Para niños y niñas menores de 2 años

Este es un cuadro informativo. Asegúrese de que su niño o niña reciba las vacunas oportunamente.

Nro.	Prestación		Meses																						
			0 a 29 días	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	BCG (meningitis)	Dosis única	Primeras 24 horas																						
2	HB (hepatitis B 0)	Dosis única	Primeras 24 horas																						
3	Neumococo (neumonía, meningitis, otitis)	1.ª dosis																							
		2.ª dosis																							
		3.ª dosis																							
4	Rotavirus	1.ª dosis																							
		2.ª dosis																							
5	Vacuna fIPV (Poliomielitis)	1.ª dosis																							
		2.ª dosis																							
	Vacuna bOPV (Poliomielitis)	3.ª dosis																							
		4.ª dosis																							
6	Pentavalente**	1.ª dosis																							
		2.ª dosis																							
		3.ª dosis																							
7	Vacuna SRP (sarampión, rubeola, parotiditis)	1.ª dosis																							
		2.ª dosis																							
8	Fiebre amarilla	Dosis única																							
9	Varicela	Dosis única																							
10	Influenza estacional pediátrica	1.ª y 2.ª dosis																							
11	Influenza estacional pediátrica*	1 dosis																							

Edad sugerida para la vacuna

Óptimo (tiempo ideal)	Oportuno (tiempo aceptable)	Fuera de tiempo/no aplica
-----------------------	-----------------------------	---------------------------

* A partir de 1 año de edad se aplica una dosis anual.

** Difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B, meningitis y neumonía.

Calendario de prestaciones de salud

Para niños y niñas de 2 a 5 años

Este es un cuadro informativo. Asegúrese de que su niño o niña reciba las prestaciones.

Nro.	Prestación	Meses					
		2 a 3 años		3 a 4 años		4 a 5 años	
		24 a 29 meses	30 a 35 meses	36 a 41 meses	42 a 47 meses	48 a 53 meses	54 a 60 meses
1	Control de la niña/niño sano	24 meses	30 meses	36 meses	42 meses	48 meses	54 y 60 meses
2	Vacuna influenza estacional pediátrica	1 dosis		1 dosis		1 dosis hasta los 59 meses	
	Tamizaje auditivo	Si no se realizó la prueba de tamizaje auditivo infantil - TAI, puede hacerla hasta los 5 años.					
4	Tamizaje visual			36 meses		48 meses	60 meses
5	Tamizaje neurodesarrollo			1 vez cada 3 meses			
6	Valoración de hemoglobina	24 meses	30 meses	36 meses	42 meses	48 meses	54 y 60 meses
7	Suplementación de vitamina A	24 meses	30 meses	36 meses	42 meses	48 meses	54 y 60 meses

*Dosis de 200.000 UI (Unidades Internacionales)

Color	Edad sugerida para la prestación
	Óptimo (tiempo ideal)
	Oportuno (tiempo aceptable)
	Fuera de tiempo/no aplica

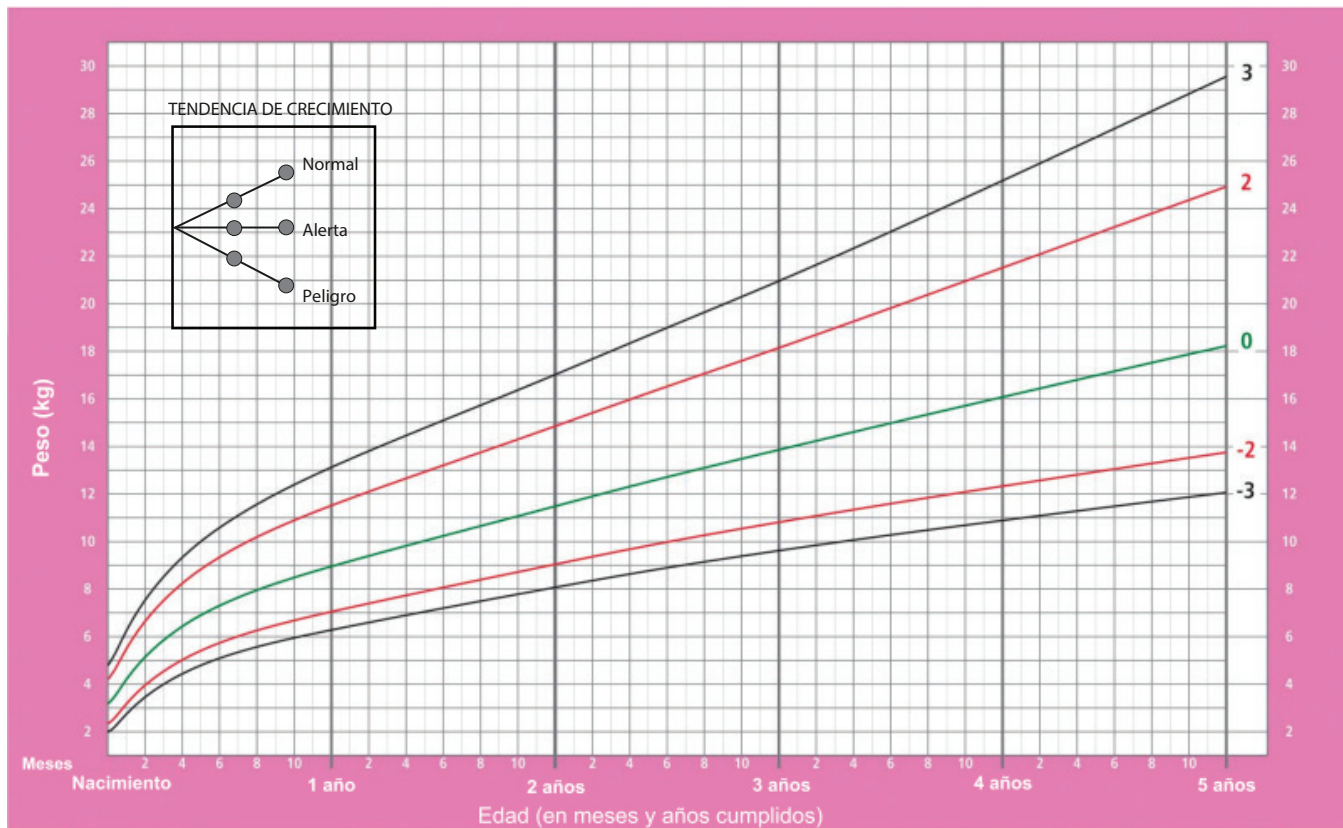
NOTAS

Para uso exclusivo de la madre y/o cuidador de la niña o niño



Peso para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 5 años

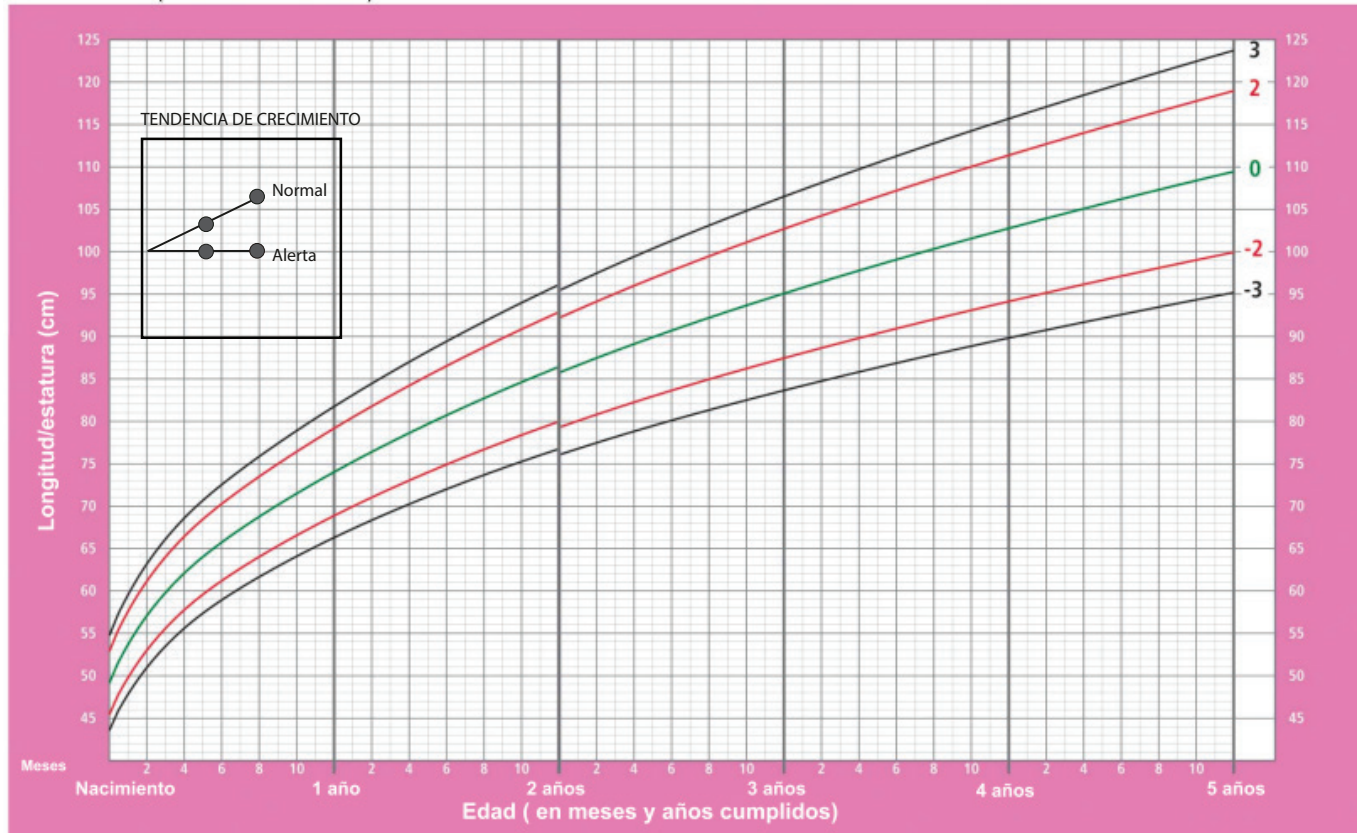


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

Longitud/estatura para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 5 años

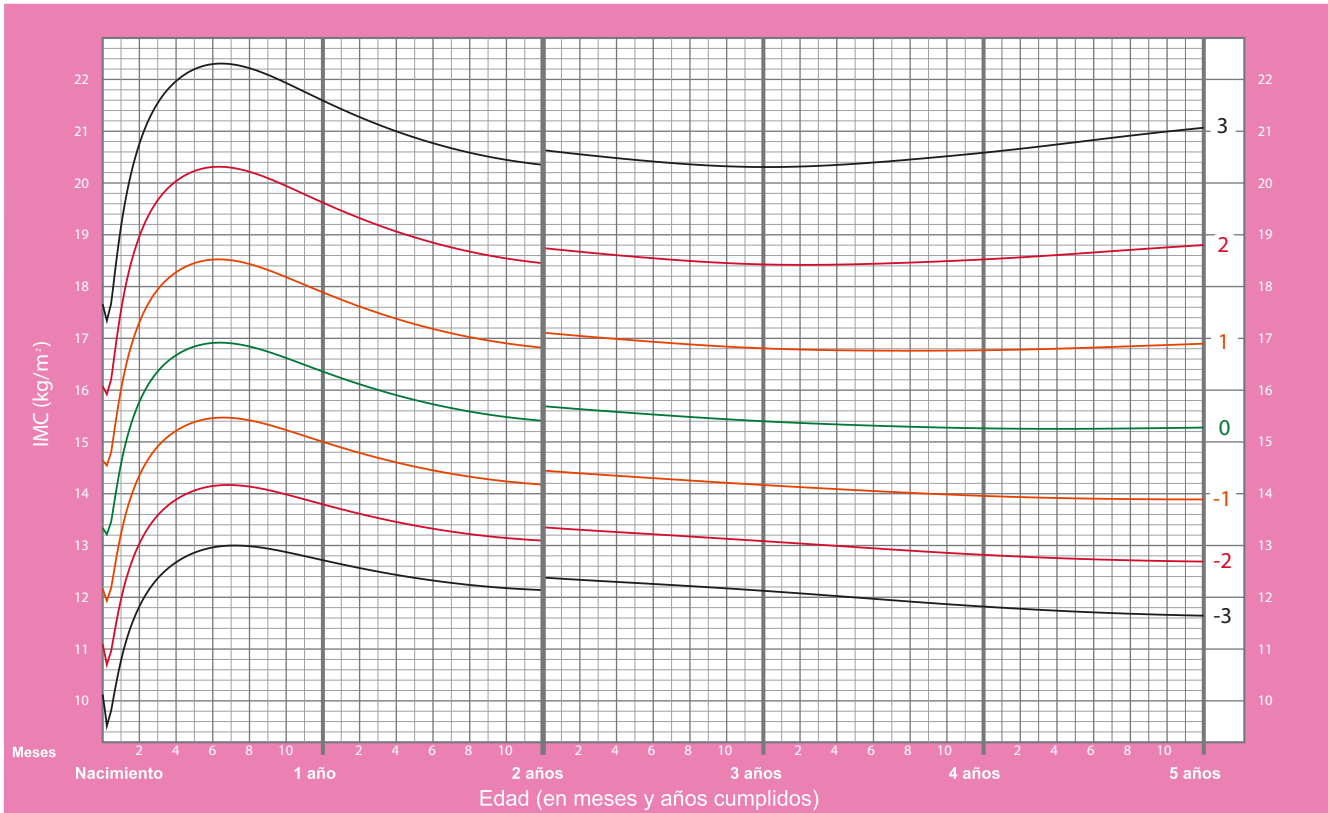


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

IMC para la edad en niñas

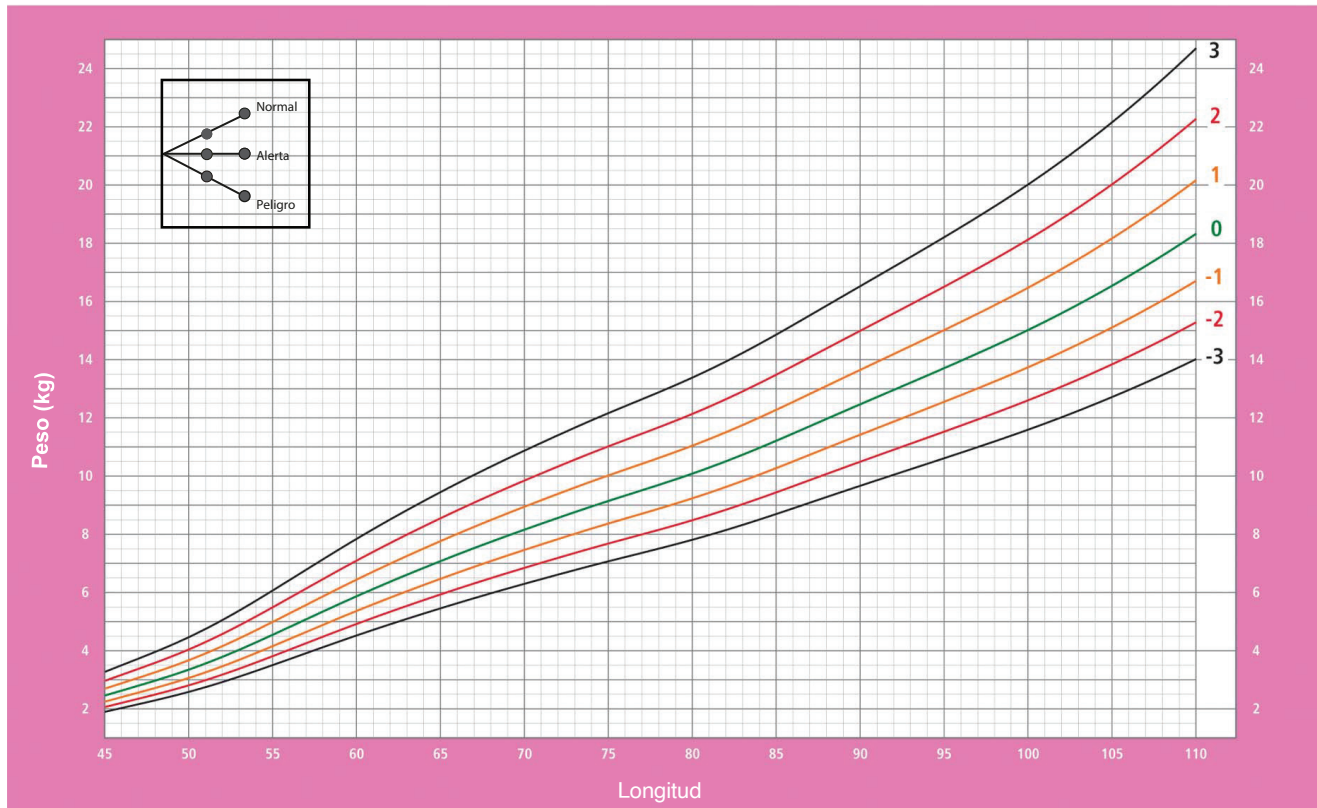
Desde el nacimiento hasta los 5 años



Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

Peso para la longitud en niñas

Desde el nacimiento hasta los 2 años

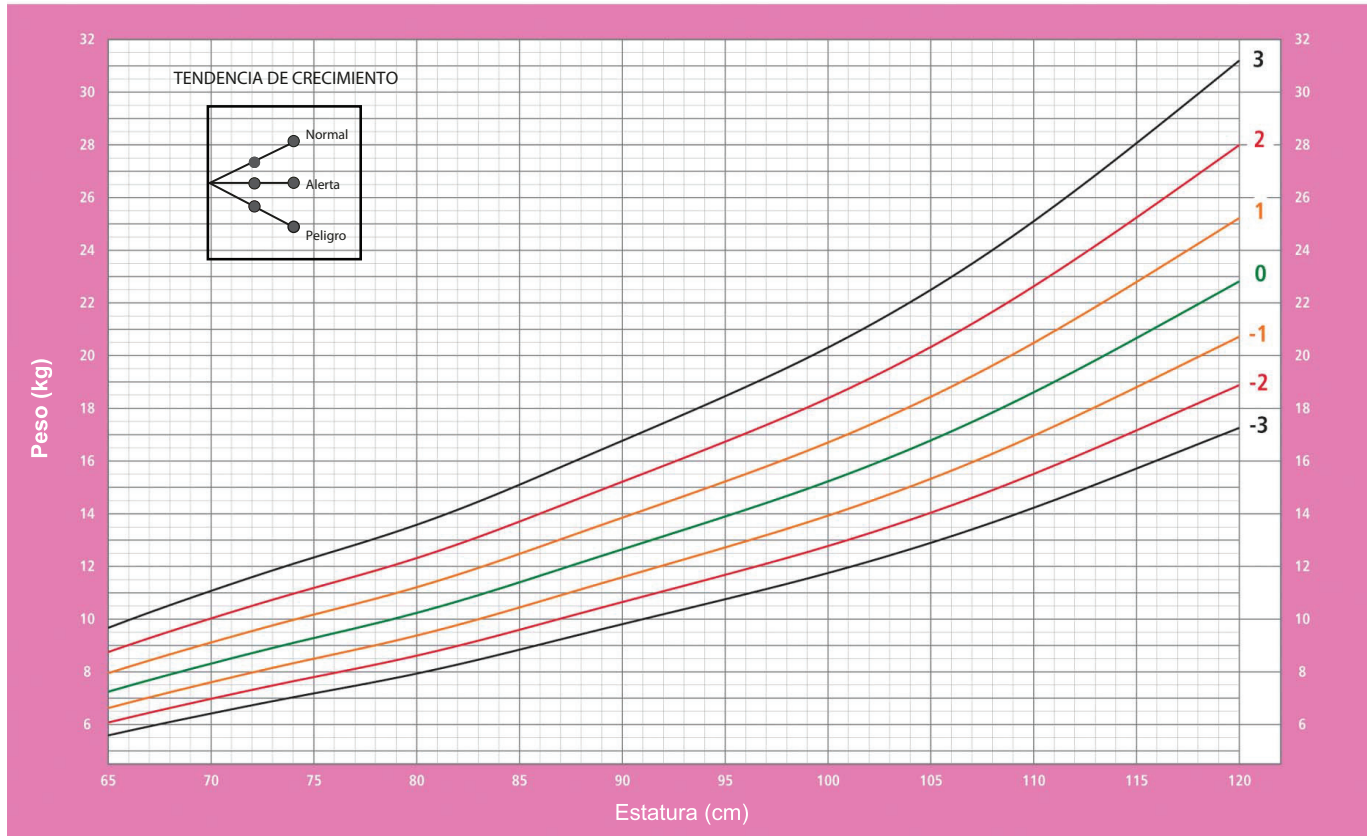


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

Peso para la estatura en niñas

Desde los 2 hasta los 5 años

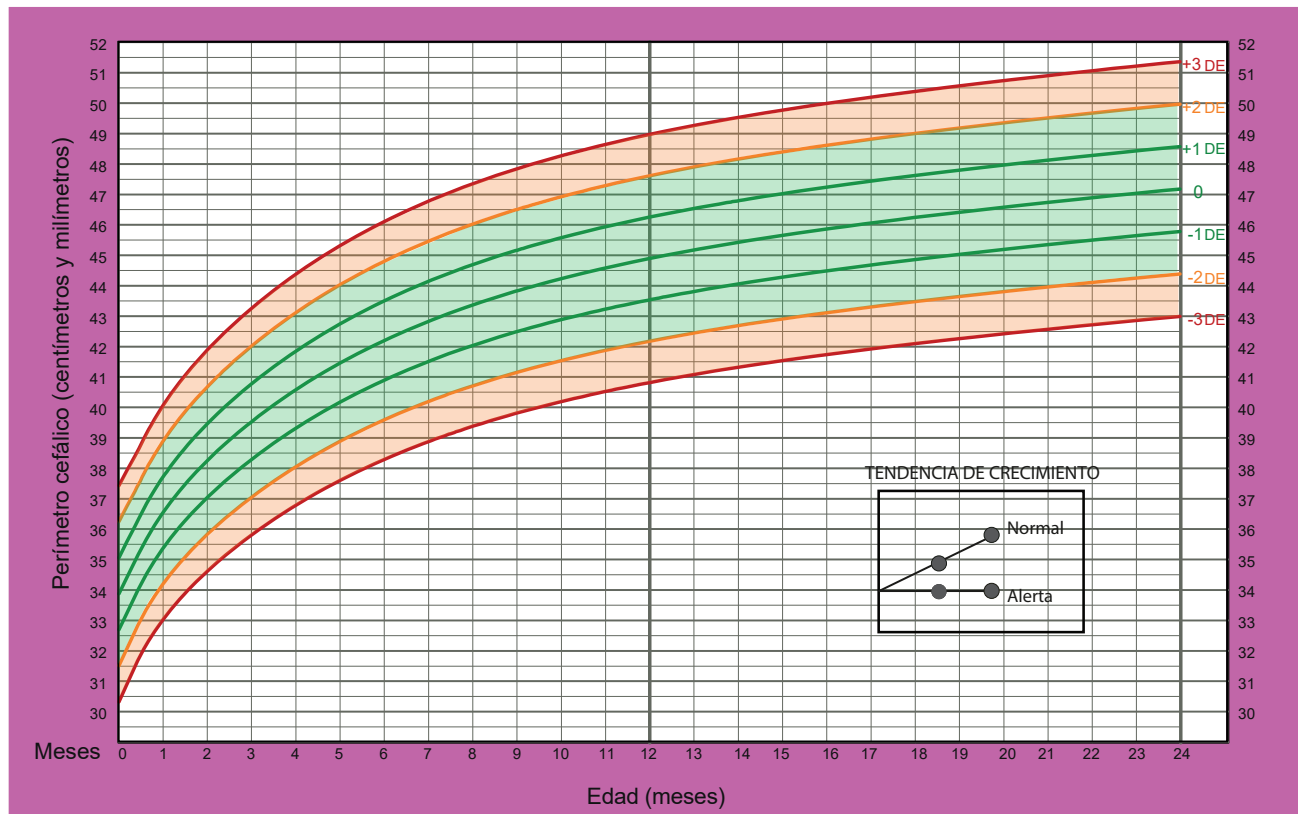


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

Perímetro cefálico para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 2 años

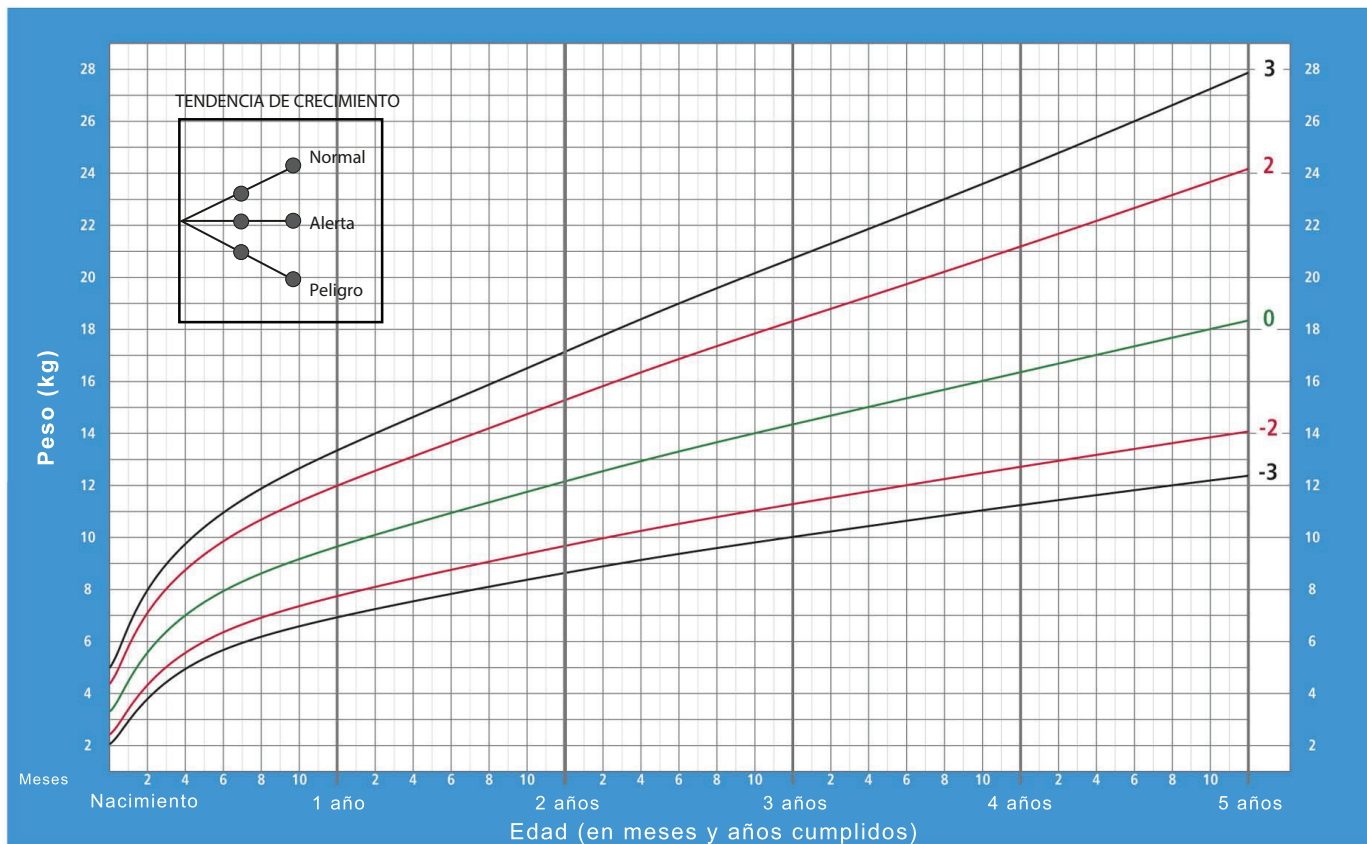


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2007

Peso para la edad en niños

Desde el nacimiento hasta los 5 años

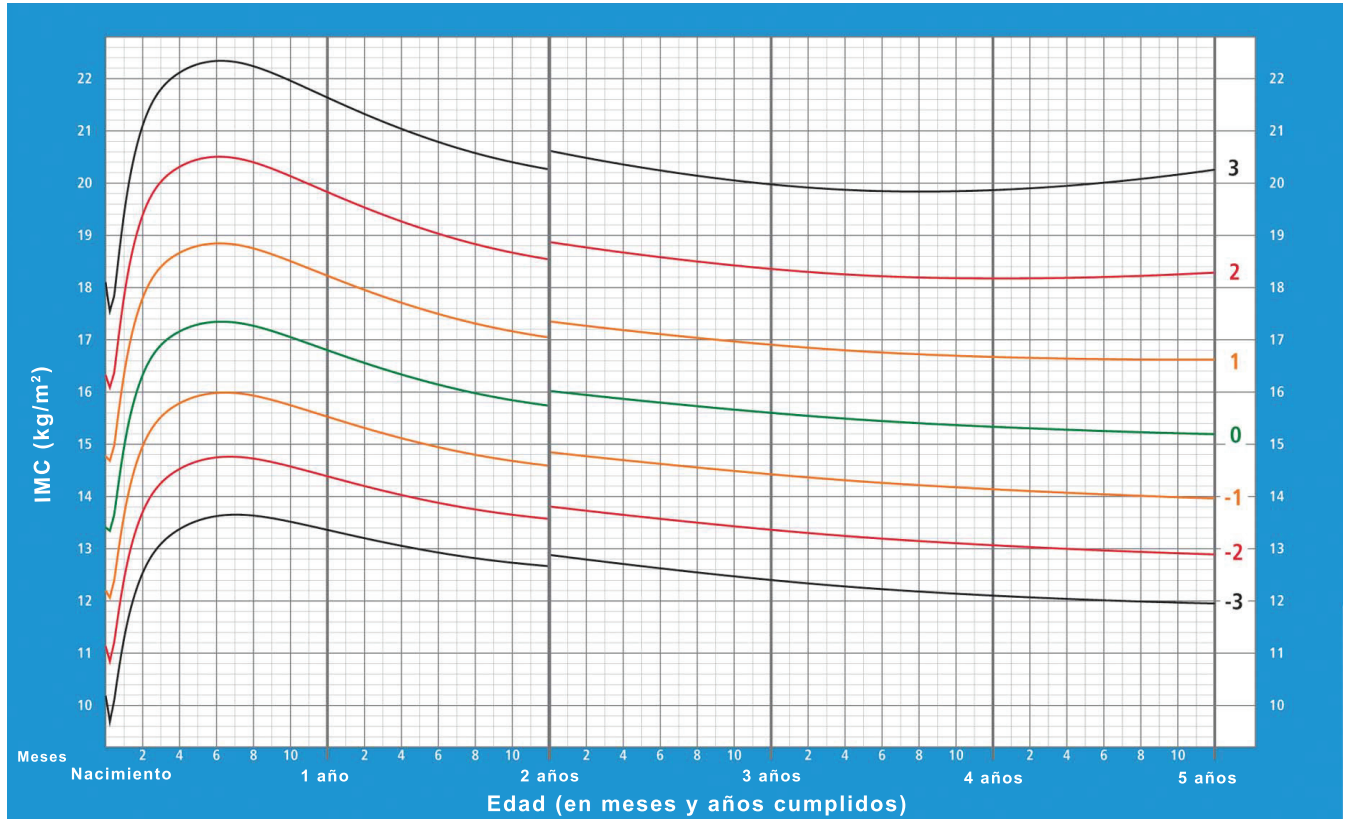


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

IMC para la edad en niños

Desde el nacimiento hasta los 5 años

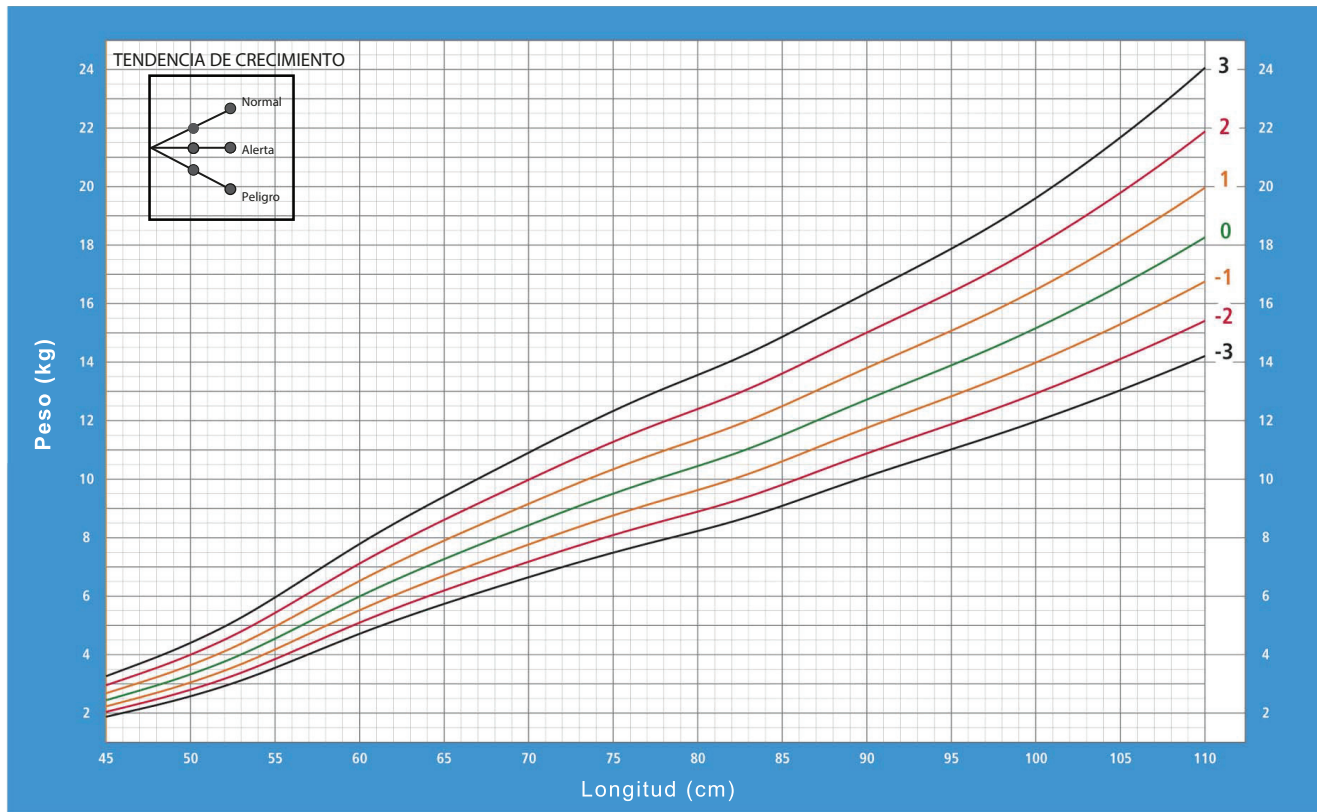


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

Peso para la longitud en niños

Desde el nacimiento hasta los 2 años

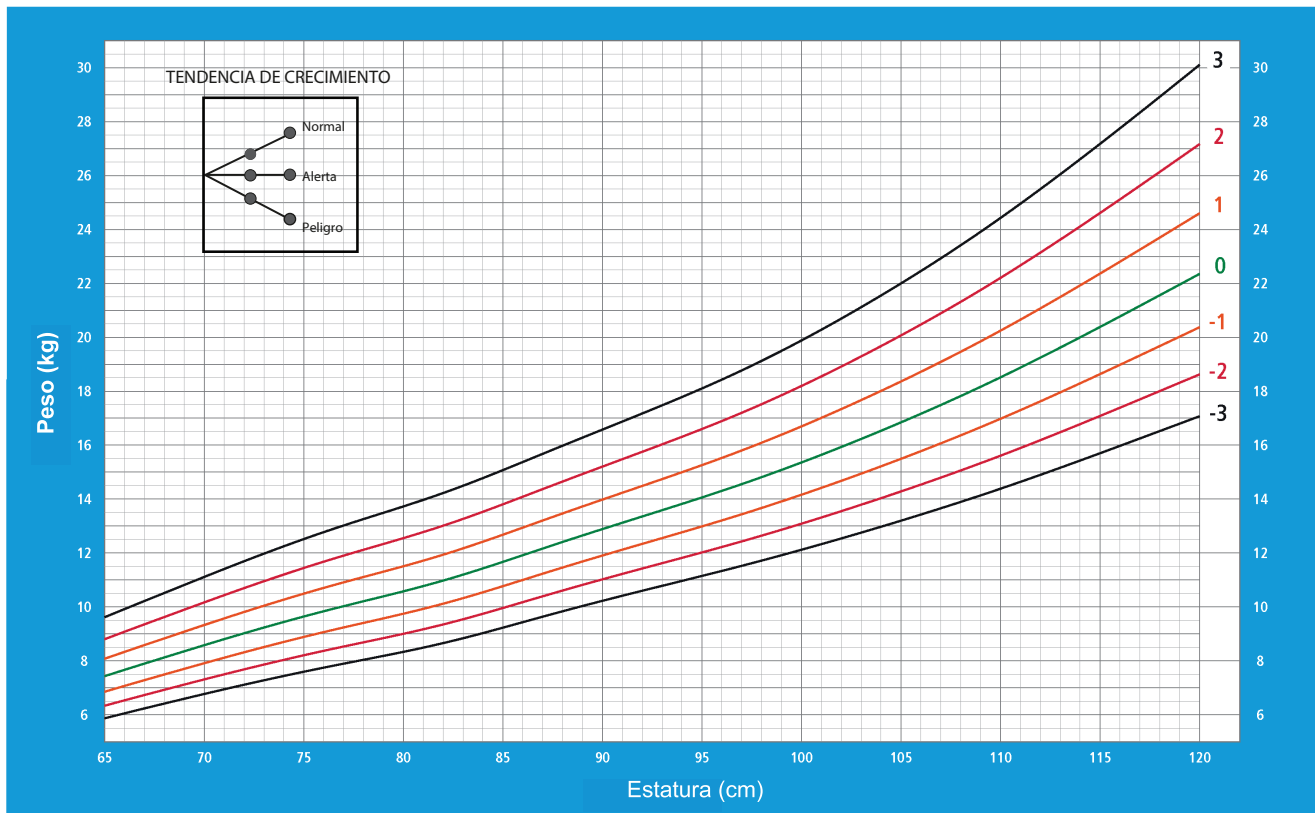


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

Peso para la estatura en niños

Desde los 2 hasta los 5 años

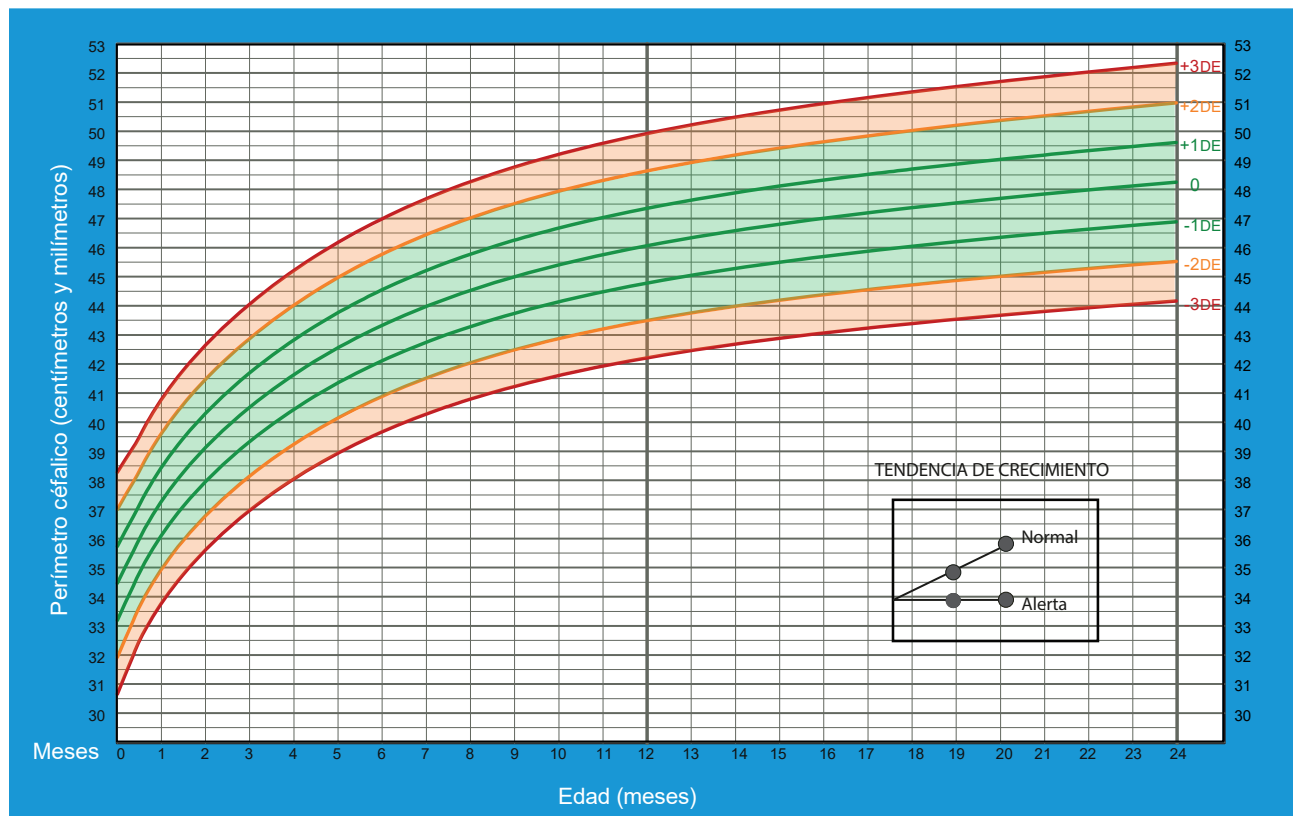


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

Perímetro cefálico para la edad en niños

Desde el nacimiento hasta los 2 años



Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2007

Tamizaje e hitos del desarrollo

De 0 a 11 meses de edad

Tamizaje metabólico

Fecha de atención			Edad	Resultado normal		Patología
Día	Mes	Año		Sí	No	

Realizar entre el 4.º y 28.º días de nacida/o

Neurodesarrollo - Test Denver II *





Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso

*Se recomienda una valoración mensual de neurodesarrollo (mínimo 3 al año).

Tamizaje auditivo

Fecha de atención			Edad	Pasa		No Pasa		Referido	
Día	Mes	Año		OD	ID	OD	ID	Sí	No

Hitos del desarrollo

<p>Sostiene la cabeza de 1 a 3 meses de edad</p> <p>Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>		<p>Maneja un adecuado lenguaje corporal con la madre o cuidador</p> <p>Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>
<p>Se sienta de 4 a 6 meses de edad</p> <p>Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>		<p>Realiza intercambio de miradas</p> <p>Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>
 <p>Hace pinza a los 3 meses de edad</p> <p>Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>		<p>Gatea o da sus primeros pasos de 10 a 12 meses de edad</p> <p>Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p>

 **Alerta**

Control de crecimiento y desarrollo del niño o la niña

De 24 a 35 meses de edad (2 a 3 años)

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Talla (cm)	*Alimentación variada		**Suplementación	Firma y sello
Día	Mes	Año				Sí	No	Vitamina A	

* Considere alimentación variada cuando el niño o la niña consume alimentos de varios grupos (lácteos, frutas, verduras, carnes, cereales, tubérculos, legumbres y grasas saludables).


** La suplementación con vitamina A debe ser supervisada por un médico. No sobrepase la dosis (200.000 UI cada 6 meses).

Neurodesarrollo - Test Denver II

Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso

Tamizaje auditivo

Esta prueba se aplicará a los niños o niñas hasta los 5 años.

Hitos del desarrollo	
<p>Dice y muestra cuántos años tiene</p> <p>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Dice su nombre y apellido</p> <p>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/></p>
<p>Acepta y comprende el "NO"</p> <p>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Acepta y comprende reglas</p> <p>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/></p>
	
<p>Controla esfínteres a los 30 meses de edad (aproximadamente)</p> <p>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/></p>	

Alerta

Control de crecimiento y desarrollo del niño o la niña

De 36 a 47 meses de edad (3 a 4 años)

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Talla (cm)	*Alimentación variada		**Suplementación	Firma y sello	Observaciones
Día	Mes	Año				Sí	No	Vitamina A		

* Considere alimentación variada cuando la niña o el niño consume alimentos de varios grupos (lácteos, frutas, verduras, carnes, cereales, tubérculos, legumbres y grasas saludables).

** La suplementación con vitamina A debe ser supervisada por un médico. No sobrepase la dosis (200.000 UI cada 6 meses).

Visual

Fecha de atención			Edad	Resultado normal			Observaciones
Día	Mes	Año		Sí	No		
					OD	OI	

Realizar un control anual a partir de los 3 años.

Neurodesarrollo - Test Denver II

Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso

Realizar un control cada 6 meses.

Tamizaje auditivo

Esta prueba se aplicará a los niños o niñas hasta los 5 años.


Hitos del desarrollo

Dibuja a los 40 meses de edad (tres años aproximadamente)

Sí No

Reconoce a los colores a los 46 meses de edad (3 años y medio aproximadamente)

Sí No



Comprende el significado de pelota, frío, cansado, hambre, casa, mesa, cobija, puerta, techo, manzana, plátano.

Sí No

● **Alerta**

Control de crecimiento y desarrollo del niño o la niña

De 48 a 59 meses de edad (4 a 5 años)

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Talla (cm)	*Alimentación variada		**Suplementación	Firma y sello	Observaciones
Día	Mes	Año				Sí	NO	Vitamina A		

* Considere alimentación variada cuando el niño o la niña consume alimentos de varios grupos (lácteos, frutas, verduras, carnes, cereales, tubérculos, legumbres y grasas saludables).

**La suplementación con vitamina A debe ser supervisada por un médico. No sobrepase la dosis (200.000 UI cada 6 meses).

Visual

Fecha de atención			Edad	Resultado normal			Observaciones
Día	Mes	Año		Sí	No		
					OD	OI	

Realizar un control anual a partir de los 3 años.

Neurodesarrollo - Test Denver II


Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso

Realizar un control cada 6 meses.

Tamizaje auditivo

Esta prueba se aplicará a los niños o niñas hasta los 5 años.

Hitos del desarrollo	
Identifica al menos 4 colores y los nombra:	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Cuenta con los diez dedos de su mano:	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Permanece en equilibrio con cada pie por 4 a 6 segundos:	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>



Alerta

Tamizaje

Anemia

Fecha			Edad	Valor de hemoglobina	Valor de hemoglobina corregido	Resultado normal		Tratamiento		Observaciones
Día	Mes	Año				Sí	No	Sí	No	

Nota: El diagnóstico de anemia en los niños y las niñas de 6 meses a 6 años se realiza con un valor de hemoglobina por debajo de 11 g/dl.

Ajuste de altitud para medir la concentración de hemoglobina

Altitud (metros sobre el nivel del mar)	Medidas de hemoglobina ajuste g/dl	Altitud (metros sobre el nivel del mar)	Medidas de hemoglobina ajuste g/dl
Menos de 1.000	-0,0		
1.000 - 1.499	-0,2	3.000 - 3.499	-1,9
1.500 - 1.999	-0,5	3.500 - 3.999	-2,7
2.000 - 2.499	-0,8	4.000 - 4.499	-3,5
2.500 - 2.999	-1,3	4.500 - 4.999	-4,5

Registro de vacunación

Niños y niñas menores de 1 año

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
*BCG (Meningitis)	Dosis única	Dentro de las 24 horas							
HB cero (Hepatitis B)	1.º dosis	Dentro de las 24 horas							
**Rotavirus (Diarrea)	1.º dosis	2 meses							
	2.º dosis	4 meses							
***Pentavalente (Difteria, Tostferia, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1.º dosis	2 meses							
	2.º dosis	4 meses							
	3.º dosis	6 meses							
****fIPV (Poliomielitis)	1.º dosis	2 meses							
	2.º dosis	4 meses							
bOPV (Poliomielitis)	3.º dosis	6 meses							
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1.º dosis	2 meses							
	2.º dosis	4 meses							
	3.º dosis	6 meses							

*BCG dosis única: se administrará hasta los 11 meses 29 días.

**Rotavirus. La primera dosis es hasta los 3 meses 29 días. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).

***En caso de reacción anafiláctica o alergia a la vacuna pentavalente, colocar vacuna HB pediátrica en el mismo esquema que pentavalente.

****El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas

Registro de vacunación

Niños y niñas de 12 a 23 meses

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
SRP (Sarampión, Rubéola, Parotiditis)	1.º dosis	12 meses							
	2.º dosis	18 meses							
Fiebre amarilla	1.º dosis	12 meses							
Varicela	1.º dosis	15 meses							
DPT (Difteria, Tostferia, Tétanos)	1.º refuerzo (4.º dosis componente DPT)	18 meses							
bOPV (Poliomielitis)	1.º refuerzo (4.º dosis)	18 meses							

Esquema de captación tardía de vacunación

Niños y niñas hasta los 5 años de edad

Tipo de vacunas	Dosis	Edad de captación esquema incompleto	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
DPT (difteria, tétanos y tosferina)	1.ª dosis a la captación	1 a 5 años							
	2.ª dosis a los dos meses de la captación								
	3.ª dosis a los siete meses de la segunda								
	4.ª dosis al año de la tercera								
HB Cero pediátrica (hepatitis B)	1.ª dosis a la captación	2 a 5 años							
	2.ª dosis al mes de la captación								
	3.ª dosis a los 6 meses de la segunda dosis								
fIPV (poliomielitis)	1.ª dosis	1 a 5 años							
	2.ª dosis a los 2 meses de la primera								
bOPV (poliomielitis)	3.ª dosis	1 a 5 años							
	4.ª dosis al año de la tercera								
SRP (sarampión, rubéola y paperas)	1.ª dosis a la captación	1 a 6 años 11 meses 29 días							
	2.ª dosis a los 6 meses de la primera								
FA (fiebre amarilla)	Dosis única	a partir de los 2 años							

Si el niño o la niña no recibe la vacuna en el tiempo óptimo, acudir de manera inmediata al establecimiento de salud para completar el esquema de las dosis pendientes.

Esquema de vacunación

Influenza estacional

Edad óptima de vacunación	Vacunas	Dosis	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
6 a 11 meses	Influenza estacional	1.ª dosis							
		2.ª dosis (al mes de la primera)							
12 a 23 meses (1 a 2 años)		Una dosis							
24 a 35 meses (2 a 3 años)		Una dosis							
36 a 47 meses (3 a 4 años)		Una dosis							
48 a 59 meses (4 a 5 años)		Una dosis							



Otras vacunas de 0 a 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				

Observaciones:

Registro de vacunación para niños o niñas desde los 5 hasta los 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
bOPV	5. ^a dosis	5 años							
*DPT	*5. ^a dosis	5 años							
HPV	1. ^a dosis	9 años (solo niñas)							
	2. ^a dosis**								
dT adulto	3. ^{er} refuerzo	15 años							

Recuerde: consultar en el establecimiento de salud las vacunas que debe recibir su niño o niña a partir de los 5 años.

*DPT 5.^o dosis o 2.^o refuerzo: se aplica y se registra siempre y cuando se verifique en el carnet que se han recibido las 3 dosis de pentavalente y la 4.^a dosis con DPT; caso contrario proceder con la aplicación de: la 1.^a dosis al primer contacto; 2.^a dosis al mes de la primera; 3.^a dosis a los 6 meses después de la segunda ; 4.^a dosis al año de la tercera ; 5.^a dosis al año de la cuarta.

**HPV Colocación de segunda dosis a 6 meses después de la primera.

Recomendaciones para la alimentación

Del niño o la niña según la edad



Lactancia materna

Aliméntelo únicamente con leche materna hasta los 6 meses de edad. No ofrezca otros alimentos ni líquidos, ni sólidos.

A partir de los 6 meses de edad continúe ofreciendo leche materna hasta los 2 años o más y complemente con otros alimentos.

La lactancia debe ser a libre demanda, cuando su hijo o hija lo desee, sin tiempos ni horarios. Si tiene dificultad para dar de lactar, acuda al establecimiento de salud para que le brinden asesoría a través de un profesional o en los grupos de apoyo a la lactancia materna.

Recomendaciones para la alimentación

Del niño o la niña de 6 a 8 meses



Empiece con pequeñas cantidades (2-3 cucharadas, 2 veces al día).

Comience con alimentos de textura suave de preferencia aplastados con tenedor (no licuados).

Ofrezca un alimento nuevo por 3 días seguidos, antes de introducir otro para verificar la tolerancia.

Inicie el consumo de pequeños sorbos de agua segura (hervida, filtrada o clorada).

Ejemplos de alimentos a ofrecer: cereales como maíz, quinua, arroz; frutas como banano, manzana, papaya, babaco; carnes como res, pollo, hígado en pedacitos; tubérculos como papa, yuca, camote; yema de huevo, entre otros.

No añada sal, azúcar ni condimentos en las preparaciones.

Recomendaciones para la alimentación

Del niño o la niña de 9 a 11 meses



Brinde 3 comidas principales y 2 refrigerios.

No ofrezca leche de vaca, gaseosas ni golosinas.

Acompañe a su hija o hijo mientras se alimenta.

Permita que su niña o niño manipule los alimentos y coma por sí solo, asistiéndole cuando necesite.



Antes de los 10 meses de edad, la niña o niño debe consumir alimentos sólidos, picados y en pedacitos. Si no lo hace, puede tener dificultades para aceptar nuevos alimentos en el futuro.

Recomendaciones para la alimentación

Del niño o la niña a partir de 1 año de edad



Se integra la alimentación familiar.

Comparta el tiempo de alimentación de su hija o hijo con el resto de la familia, mientras todos comen.

Ofrezca 3 comidas principales y 2 refrigerios.

Continúe con lactancia materna a libre demanda; sin embargo, podrá ofrecer leche de vaca pasteurizada.

Evite alimentos procesados, altos en azúcar, sal y grasas saturadas (revise el etiquetado nutricional).

Recomendaciones para la alimentación

Del niño o la niña de 2 a 5 años

Su hija o hijo debe tener 5 comidas al día, en porciones pequeñas. Ofrezca: 3 comidas principales y 2 refrigerios nutritivos, a media mañana y a media tarde.

Motive a su hija o hijo a comer hasta que se sienta lleno. No le obligue a terminar el contenido del plato si ya no desea comer. Esté atento a sus señales de hambre y saciedad.

No use la comida como premio o castigo.

Motive a su hija o hijo a realizar juegos que impliquen movimiento, para prevenir el sobrepeso y la obesidad, y promover la actividad física, ir al parque, hacer un paseo, caminata u otras actividades en las que todos se muevan y diviertan.

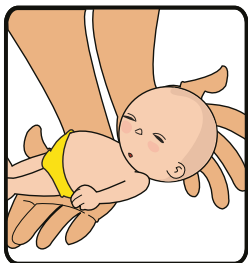
Ofrezca estos alimentos, motivele a comer



Nota: ofrezca agua segura diariamente.

Señales de peligro

En el recién nacido durante el nacimiento o la etapa neonatal



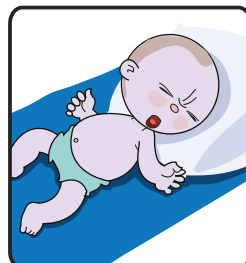
Nacida/o antes de tiempo
(muy pequeña/o)



No respira bien



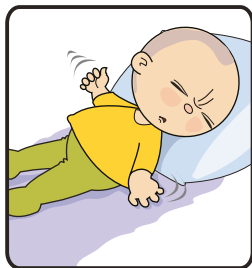
Está débil,
no reacciona



Está morada/o
o pálida/o



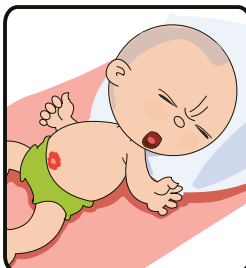
Está muy fría/o
o muy caliente



Está rígida/o, tesa/o
o con ataques



No se ve bien



Tiene el ombligo rojo
o con pus



No lacta

Ante cualquier
señal de alarma
acuda inmediatamente
al establecimiento de
salud más cercano
o llame al 911.

Asistencia a las sesiones educativas

Durante los primeros 24 meses

Recuerde: Consultar en el establecimiento de salud las fechas para recibir educación e importante información sobre lactancia materna, alimentación, control de salud de su hija o hijo, vacunas y suplementación.

● Fecha:.....
Tema:

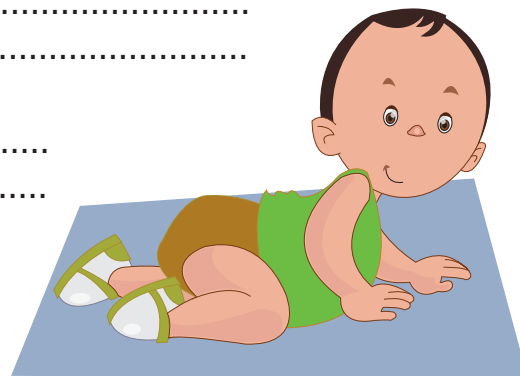
● Fecha:.....
Tema:

● Fecha:.....
Tema:

● Fecha:.....
Tema:

● Fecha:.....
Tema:

● Fecha:.....
Tema:



No olvide registrar todas las sesiones educativas.



LIBRETA INTEGRAL DE SALUD



unicef

En alianza con

unicef 
para cada infancia

Ministerio de
Salud Pública


Gobierno
del Encuentro