

CONTROL DE EMBARAZO

Nombre y Apellido: _____

Hc: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Primer Control

FUM: ____ / ____ / ____ FPP: ____ / ____ / ____ AO: G P C A

Prueba Embarazo

Test ECO LCF EG: _____

P: _____ T: _____ TA: _____ IMC: _____

Percentilos: _____

Laboratorio

G y F: _____

VDRL: _____

Hb: _____

VHB: _____

Glucemia: _____

Chagas: _____

Bacteriuria: _____

Toxo plasmosis: _____

Exudado vaginal: _____

VIH: _____

ECO: _____

PAP: _____

Ex. Mamario: _____

Consejería: _____

Ex. Dental: _____ Suplemento Hierro + Ac. Fólico: SI NO

VACUNAS: completo incompleto en curso

Observaciones: _____

Embarazo de Riesgo:

Bajo Alto

Derivo 2do Nivel

Nombre y Apellido: _____

CONTROL DE EMBARAZO

Hc: _____ N° Control: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

EG: _____ P: _____ TA: _____ AU: _____ LCF: _____

Percentilos: _____

Laboratorio: _____

ECO: _____

VACUNAS: completo incompleto en curso

Suplemento Hierro + Ac. Folico: _____

Observaciones: _____

Embarazo de Riesgo: Bajo Alto

Derivo 2do Nivel

CONTROL DE EMBARAZO

Hc: _____ N° Control: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

EG: _____ P: _____ TA: _____ AU: _____ LCF: _____

Percentilos: _____

Laboratorio: _____

ECO: _____

VACUNAS: completo incompleto en curso

Suplemento Hierro + Ac. Folico: _____

Observaciones: _____

Embarazo de Riesgo: Bajo Alto

Derivo 2do Nivel

Nombre y Apellido: _____ HC: _____

CONTROL DE NIÑOS DE 1 A 6 AÑOS

Fecha: _____ / _____ / _____

Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Peso: _____ P: _____ Talla: _____ P: _____ IMC: _____ P: _____ TA: _____

Ex. Físico: (colocar X si es normal)

Piel y Faneras

Dentición

Ap. Gastrointestinal

Fontanela Anterior

Ap. Cardiovascular

Ap. Genital

Ap. Respiratorio

Ap. Osteomioarticular

Hallazgos Anormales: _____

Desarrollo Madurativo: _____

Alimentación: _____

Vacunación: Completa: Incompleta: En curso:

Suplementos: Hierro: Vitaminas:

Prevención Accidentes: Consejería Salud Buco-Dental:

Niños de 5 años: Evaluación Oftalmológica Derivación Si No

CONTROL DE NIÑOS DE 1 A 6 AÑOS

Fecha: _____ / _____ / _____

Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Peso: _____ P: _____ Talla: _____ P: _____ IMC: _____ P: _____ TA: _____

Ex. Físico: (colocar X si es normal)

Piel y Faneras

Dentición

Ap. Gastrointestinal

Fontanela Anterior

Ap. Cardiovascular

Ap. Genital

Ap. Respiratorio

Ap. Osteomioarticular

Hallazgos Anormales: _____

Desarrollo Madurativo: _____

Alimentación: _____

Vacunación: Completa: Incompleta: En curso:

Suplementos: Hierro: Vitaminas:

Prevención Accidentes: Consejería Salud Buco-Dental:

Niños de 5 años: Evaluación Oftalmológica Derivación Si No

Nombre y Apellido: _____ HC: _____

CONTROL DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

Fecha: _____ / _____ / _____

Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

OEA:

Pesquisa Mtb:

Peso: _____ P: _____ Talla: _____ P: _____ IMC: _____ P: _____ TA: _____

Ex. Físico: (colocar X si es normal)

Piel y Faneras <input type="checkbox"/>	Dentición <input type="checkbox"/>	Ap. Gastrointestinal <input type="checkbox"/>
Fontanela Anterior <input type="checkbox"/>	Ap. Cardiovascular <input type="checkbox"/>	Ap. Genital <input type="checkbox"/>
Paladar <input type="checkbox"/>	Ap. Respiratorio <input type="checkbox"/>	Ap. Osteomioarticular <input type="checkbox"/>
Estrabismo <input type="checkbox"/>	Reflejo Rojo <input type="checkbox"/>	Ortolani <input type="checkbox"/>

Hallazgos Anormales: _____

Desarrollo Madurativo: _____

Alimentación: _____

Vacunación: Completa: Incompleta: En curso:

Suplementos: Hierro: Vitaminas:

Prevención Accidentes: Consejería Salud Buco-Dental:

Desarrollo Madurativo

	1 m	2 m	3 m	4 m	5 m	6 m	7 m	8 m	9 m	10 m	11 m	12 m	12 a 15
Seguimiento rostro	P												
Fijación ocular	P	P											
Ojos de muñeca	P	P											
End. y marcha	P	P	p										
TCA	P	P	P	P									
Presión palmar	P	P	P	P									
Sonrisa social		P	P										
Moro	P	P	P	P									
Cabeza erecta			P	P									
Línea media				P	P								
Manos a la boca				P	P	P							
Pinza cubital					P	P							
Balbuceo			P	P	P								
Ta-ta-ma-ma					P	P	P	P					
Se sienta solo							P	P	P				
Gatea									P	P			
Camina con sostén									P	P	P	P	
Camina solo												P	P
Come solo												P	P

Control de esfínteres: mayor de 18 meses.

TCA: Tónico cervical asimétrico.

P: Significa presente en ese mes.

Recordar siempre prevención de lesiones no intencionales (accidentes) de acuerdo con la edad del niño

Observaciones: _____

Nombre y Apellido: _____ HC: _____

CONTROL DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

Fecha: _____ / _____ / _____

Edad: _____

Peso: _____ P: _____ Talla: _____ P: _____ IMC: _____ P: _____ TA: _____

Ex. Físico: (colocar X si es normal)

Piel y Faneras	<input type="checkbox"/>	Dentición	<input type="checkbox"/>	Ap. Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>
Fontanela Anterior	<input type="checkbox"/>	Ap. Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Ap. Genital	<input type="checkbox"/>
Paladar	<input type="checkbox"/>	Ap. Respiratorio	<input type="checkbox"/>	Ap. Osteomioarticular	<input type="checkbox"/>
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	Reflejo Rojo	<input type="checkbox"/>	Ortolani	<input type="checkbox"/>

Hallazgos Anormales: _____

Desarrollo Madurativo: _____

Alimentación: _____

Vacunación: Completa: Incompleta: En curso:

Suplementos: Hierro: Vitaminas:

Prevención Accidentes: Consejería Salud Buco-Dental:

Observaciones: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

Edad: _____

Peso: _____ P: _____ Talla: _____ P: _____ IMC: _____ P: _____ TA: _____

Ex. Físico: (colocar X si es normal)

Piel y Faneras	<input type="checkbox"/>	Dentición	<input type="checkbox"/>	Ap. Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>
Fontanela Anterior	<input type="checkbox"/>	Ap. Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Ap. Genital	<input type="checkbox"/>
Paladar	<input type="checkbox"/>	Ap. Respiratorio	<input type="checkbox"/>	Ap. Osteomioarticular	<input type="checkbox"/>
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	Reflejo Rojo	<input type="checkbox"/>	Ortolani	<input type="checkbox"/>

Hallazgos Anormales: _____

Desarrollo Madurativo: _____

Alimentación: _____

Vacunación: Completa: Incompleta: En curso:

Suplementos: Hierro: Vitaminas:

Prevención Accidentes: Consejería Salud Buco-Dental:

Observaciones: _____