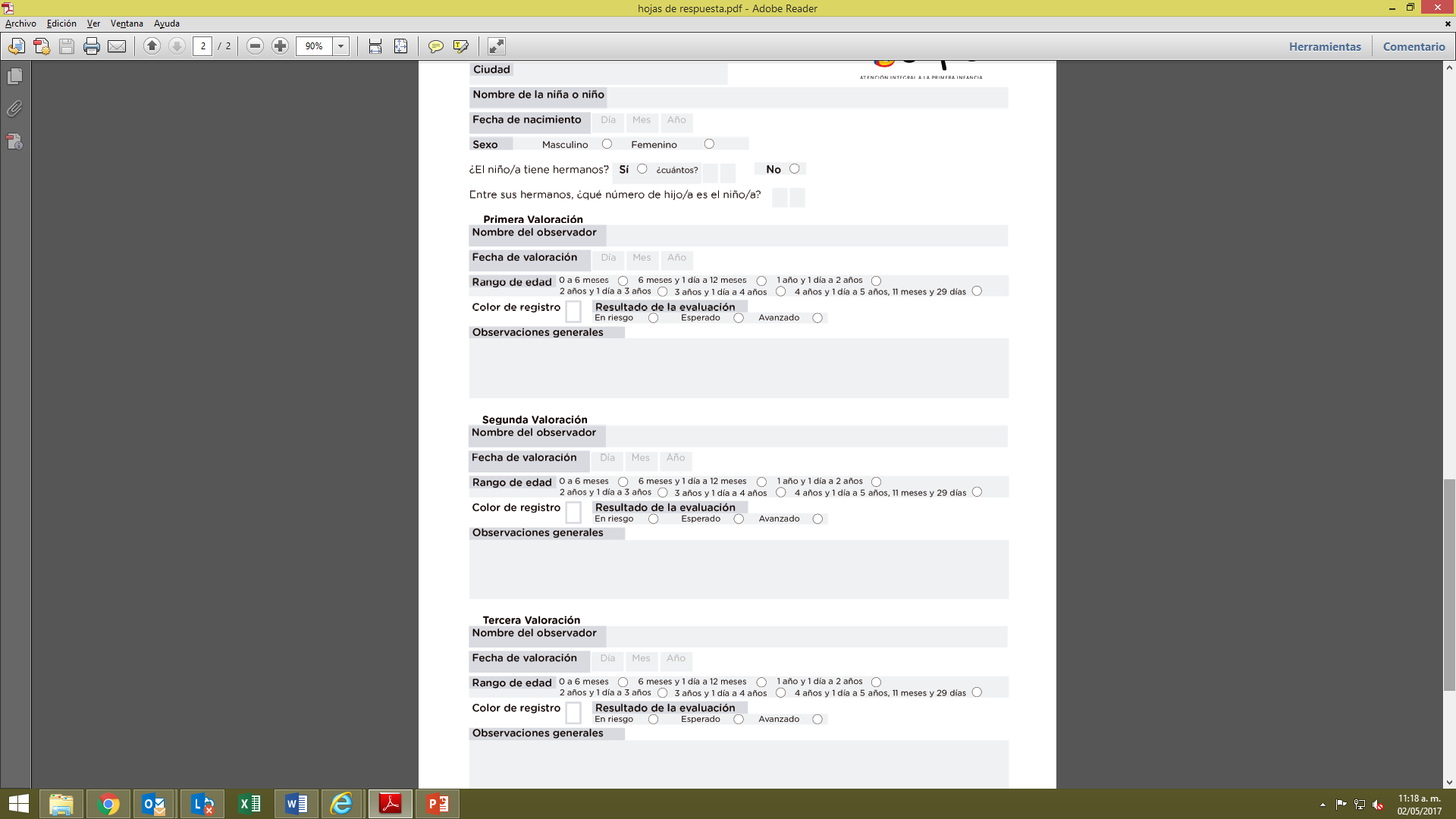
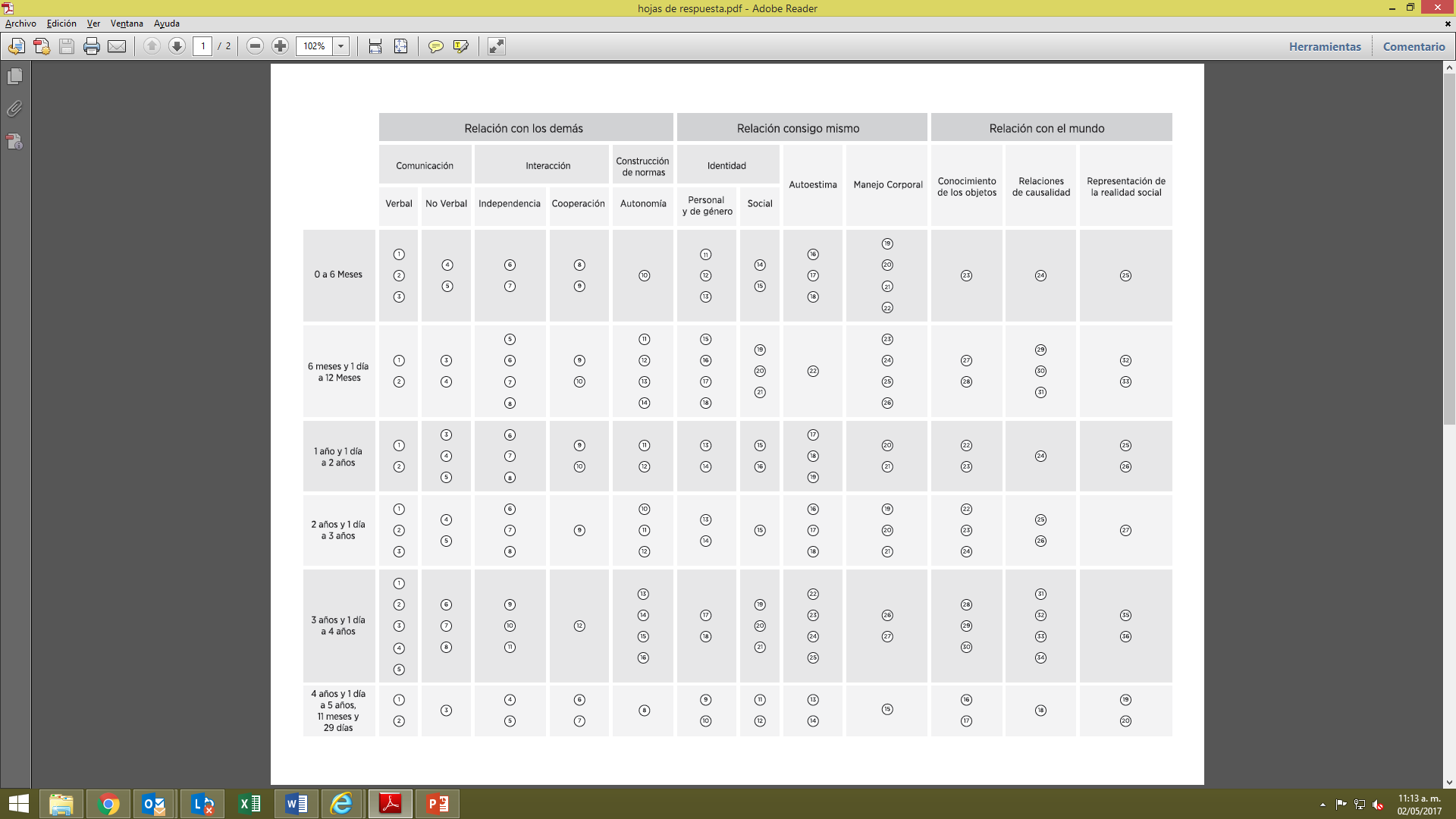
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre beneficiario/a: | | | Tipo y documento de identidad | | | | | |
| Clasificación nutricional (diligenciar previamente con datos reportados por Nutricionista) | | | | Semana de gestación: | | | | |
| 1. **INGRESO** | | | | | | | | |
| **1.1 FACTORES RELACIONADOS CON ATENCIONES DEL ESTRUCTURANTE DE SALUD:** Al frente de cada atención, registre **SI (factores protectores), NO (factores de riesgo) O NA (no aplica)** | | | | | | | | |
| **NIÑOS Y NIÑAS Y MUJERES GESTANTES** | | | | | | | | |
| **ATENCIONES** | | **FACTOR** | **ACUERDO DE COMPROMISOS**  Acordar con la familia compromisos solamente para las atenciones indicadas con NO, Factores de riego**)** | | **SEGUIMIENTO A COMPROMISOS**  Diligenciar durante el proceso de atención, reportando solamente en los compromisos cumplidos la fecha en la cual se evidenció cumplimiento y una X en cumplido | | | |
| FECHA | | | CUMPLIDO |
| 1 Cuentan con afiliación al SGSSS | |  |  | |  | | |  |
| 2 Cuenta con esquema de vacunación al día | |  |  | |  | | |  |
| 3 Cuenta con valoración y controles en salud oral | |  |  | |  | | |  |
| 4 Conoce la red de salud o a quien acudir en caso de urgencia | |  |  | |  | | |  |
| 5 Mujer gestante: asiste a ccontroles prenatales | |  |  | |  | | |  |
| 6 Mujer gestante: Cuenta con suministro de micronutrientes Hierro, Ácido fólico y calcio y los consume | |  |  | |  | | |  |
| 7 Mujer gestante se ha realizado exámenes médicos recomendados para mujeres gestantes | |  |  | |  | | |  |
| 8 Mujer gestante: reconoce las señales de peligro durante el embarazo | |  |  | |  | | |  |
| 9con su pareja tienen acordado método de planificación para después de que nazca el niño o niña | |  |  | |  | | |  |
| 10 Identifican signos de alarma de enfermedades prevalentes de la primera infancia (que pueden en peligro de muerte a niños y niñas) | |  |  | |  | | |  |
| 11 En niños/as menores de un mes se realizó valoración médica | |  |  | |  | | |  |
| 12 Los niños y niñas cuentan con controles de crecimiento y desarrollo | |  |  | |  | | |  |
| 13 El niño/a recibe suplementación (vitamina A, Zinc, Hierro) | |  |  | |  | | |  |
| Presenta una Patología asociada identificada por el SGSSS: SI, Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO: | | | Recibe Medicamentos formulados por el SGSSS para alguna patología: SI, Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO: | | | IPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  EPS: | | |
| El beneficiario/a fue remitido a SGSSS : SI: \_\_ NO: \_\_ Por qué: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| * 1. **Señales de peligro en la gestación (AIEPI) (Si la beneficiaria Mujer gestantes presenta alguna señal de peligro registre x** | | | | | | | | |
| Vómito continuo |  | | Dolor de cabeza | | | |  | |
| Fiebre |  | | Dolor en boca del estómago | | | |  | |
| Ardor al orinar |  | | Sangrado | | | |  | |
| Cara, manos y/o pies hinchados |  | | Disminución de los movimientos fetales | | | |  | |
| 1**.3 Escala cualitativa de desarrollo infantil: Para su aplicación consultar la Intranet, Gestión para la Atención a la Primera Infancia** | | | | | | | | |

**HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL**





|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2 SEGUIMIENTO REMISIÓN SGSSS**  **Diligenciar si durante la atención en la modalidad el beneficiario/a es emitido a atención a Salud** | | | | | |
| Nombre beneficiario/a | | | Documento de identidad: | | |
| Fecha Remisión | Entidad de Salud a la cual fue remitida | | Beneficiario/a fue atendido: SI:  NO: | | Fecha en que fue atendido/a |
| Motivo de remisión | | | | Requirió hospitalización:  NO:  SI:  Fecha de ingreso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Murió durante el proceso de atención en salud: | |
| Seguimiento a la atención en salud | | | | | |
| 2 SEGUIMIENTO REMISIÓN SGSSS  Diligenciar cuando el beneficiario/a es emitido a atención a Salud | | | | | |
| Fecha Remisión | Entidad de Salud a la cual fue remitida | | Beneficiario/a fue atendido: SI:  NO: | | Fecha en que fue atendido/a |
| Motivo de remisión | | | | Requirió hospitalización:  NO:  SI:  Fecha de ingreso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de EGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Murió durante el proceso de atención en salud: | |
| Seguimiento a la atención en salud | | | | | |
| Nombre auxiliar de enfermería: | | | Firma auxiliar de enfermería | | | |

*Si el beneficiario/a es remitido más de dos oportunidades, imprimir los formatos requeridos*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3 SEGUIMIENTO ESTADO DE SALUD NIÑO/NIÑA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre beneficiario/a: | | | | | | | Documento de identidad | | | | | | | | | | Fecha de Orientación domiciliaria: | | | | | | | | | | | | | | | | | Dirección de la orientación domiciliaria | | | | | | | | | | | |
| **REPORTE** | **FECHA SEGUIMIENTO** | | | | | **Patología**  **asociada identificada por el SGSSS** | | | **Recibe  Medicamentos formulados por el SGSSS para alguna patología** | |  | **Suplementación** | | | | | | | | **Desparasitación en mayores 12 meses SI / NO** | | **Vacunación completa de acuerdo a la edad SI / NO** | | **Asiste a Crecimiento y Desarrollo  SI / NO** | | **Signos de peligro (AIEPI) (Señale con una x)** | | | | | | **Signos de  desnutrición** | | | | | | | | | | | | | |
| **Conoce la red de salud o a quien acudir en caso de urgencia** |
| **Día** | | **Mes** | **Año** | | **Vitamina A** | | | **Zinc** | | | **Hierro** | | **Vómito** | **Diarrea** | | **No se mueve normalmente** | | **Orina poco** | **Respiración rápida y agitada  y con ruidos** | | | | | **Heces con sangre y moco** | **Boca seca** | | | **No come / No mama** | | **Edema** | | **Marasmo** |
| **SEGUIMIENTO MENSUAL** |  | |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
| **EGRESO** |  | |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | | | |  |  | | |  | |  | |  |
| **3 SEGUIMIENTO ESTADO DE SALUD MUJER GESTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre beneficiario/a: | | | | | | | Documento de identidad | | | | | | | | | | Fecha de Orientación domiciliaria: | | | | | | | | | | | | | | | | | Dirección de la orientación domiciliaria | | | | | | | | | | | |
| **REPORTE** | **FECHA SEGUIMIENTO** | | | | | **Patología**  **asociada identificada por el SGSSS** | | | **Recibe  Medicamentos formulados por el SGSSS para alguna patología** |  | | | **Suplementación** | | | | | | **Control Prenatal SI / NO** | | **Vacunación completa SI / NO** | | **exámenes médicos recomendados para mujeres gestantes SI / NO** | | **Valoración salud oral** | **Acuerdo de método de planificación** | | **Embarazo de alto riesgo** | | **Señales de peligro (AIEPI) (Señale con x)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Conoce la red de salud o a quien acudir en caso de urgencia** | | |
| **Día** | | **Mes** | **Año** | | **Hierro** | **Ácido fólico** | | **Calcio** | | | **Vomito continuo** | | | **dolor de cabeza** | | | **Fiebre** | **Dolor en boca del estómago** | | **Ardor al orinar** | **Sangrado** | | **Cara, manos y/o pies hinchados** | | **Disminución de los movimientos fetales** | |
| **SEGUIMIENTO** |  | |  |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | |  |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | |  |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | |  |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | |  |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | |  |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | |  |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | |  |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | |  |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
|  | |  |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
| **EGRESO** |  | |  |  | |  | | |  |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  | |
| **4 ORIENTACIÓN DOMICILIARIA –SALUD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre beneficiario/a: | | | | | | | Documento de identidad | | | | | | | | | | Fecha de Orientación domiciliaria: | | | | | | | | | | | | | | | | | Dirección de la orientación domiciliaria | | | | | | | | | | | |
| **4.1 establecimiento de nuevos compromisos por presentarse nuevos factores de riesgo o por no mantenimiento de un compromiso cumplido** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FECHA DE ACUERDO NUEVO COMPROMISO** | | | **REGISTRAR UNA X EN LA COLUMNA QUE CORRESPONDA** | | | | | | **NUEVO COMPROMISO ACORDADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **SEGUIMIENTO A COMPROMISOS**  Diligenciar durante el proceso de atención, reportando solamente en los compromisos cumplidos la fecha en la cual se evidenció cumplimiento y una X en cumplido | | | | | | | | | | |
| Compromiso cumplido que no se mantuvo, | | | Compromiso por nuevo factor de riesgo | | |
| **FECHA** | | | | | | | **CUMPLIDO** | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre beneficiario/a: | | | | Documento de identidad | |
| **4.3 SEGUIMIENTO VISITAS DOMICILIARIAS** | | | | | |
| Fecha | TEMA ABORDADO | SEGUIMIENTO | | | NOBRE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE -EN CASO DE NIÑO O NIÑA- Y FIRMA O HUELLA |
|  |  |  | | |  |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| Nombre auxiliar de enfermería: | | | | Firma auxiliar de enfermería | | |