|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del usuario: | | | | Tipo y número documento de identidad: | | | | | | |
| Nombre de madre, padre o acudiente: | | | | Tipo y número documento de identidad: | | | | | | |
| Dirección: | | | | Número telefónico: | | | | | | |
| Regional | | | | Entidad Administradora de Servicio | | | | | | |
| Clasificación nutricional (diligenciar previamente con datos reportados por el profesional en Nutrición) | | | | | | 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)** | | | | | | | | | | |
| **NIÑAS, NIÑOS Y MUJERES GESTANTES** | | | | | | | | | | |
| **ATENCIONES** | | | **FACTOR** | **ESTABLECIMIENTO COMPROMISOS**  Establecer 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 los compromisos cumplidos, reportar la fecha en la cual se evidenció cumplimiento | | | |
| **FECHA** | | | |
| 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 | | |  |  | | |  | | | |
| 9. Con su pareja tienen acordado método de planificación para después de que nazca la niña o niño | | |  |  | | |  | | | |
| 10. Identifican signos de alarma de enfermedades prevalentes de la primera infancia (que ponen en peligro de muerte a niñas y niños) | | |  |  | | |  | | | |
| 11. En niñas y menores de un mes se realizó valoración médica | | |  |  | | |  | | | |
| 12. Las niñas y niños cuentan con controles de crecimiento y desarrollo | | |  |  | | |  | | | |
| 13. La niña o niños recibe suplementación (vitamina A, Zinc, Hierro) | | |  |  | | |  | | | |
| Presenta una patología asociada identificada por el SGSSS: SI \_\_ NO\_\_ Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Recibe medicamentos formulados por el SGSSS para alguna patología: SI \_\_\_ NO \_\_\_  Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | EAPB: \_\_\_\_\_  IPS: \_\_\_\_\_ | |
| El usuario fue remitido a SGSSS SI \_\_ NO \_\_ Por qué: | | | | | | | | | | |
| * 1. **Señales de peligro en la gestación (AIEPI) (Si la mujer gestante presenta alguna señal de peligro registre x** | | | | | | | | | | |
| Vómito continuo | |  | | Dolor de cabeza | | | | | |  |
| Fiebre | |  | | Dolor en boca del estómago | | | | | |  |
| Ardor al orinar | |  | | Sangrado | | | | | |  |
| Cara, manos o pies hinchados | |  | | Disminución de los movimientos fetales | | | | | |  |
| **2 SEGUIMIENTO REMISIÓN SGSSS**  **Diligenciar si durante la atención en la modalidad el usuario es remitido a atención a Salud** | | | | | | | | | | |
| Fecha de remisión DD/MM/AA | Entidad de Salud a la cual fue remitido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Fue atendido SI \_\_  NO \_\_ | | | Fecha en que fue atendido DD/MM/AA | | |
| Motivo de remisión | | | | | Requirió hospitalización SI \_\_\_ NO \_\_\_  Fecha de ingreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de egreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Falleció durante el proceso de atención en salud  SI \_\_ NO \_\_\_ Razón del fallecimiento | | | | | |
| Seguimiento a la atención en salud | | | | | | | | | | |
| Nombre auxiliar de enfermería | | | | | Firma auxiliar de enfermería | | | | | |
| Fecha de remisión DD/MM/AA | Entidad de Salud a la cual fue remitido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | El usuario fue atendido SI \_\_  NO \_\_ | | | Fecha en que fue atendido DD/MM/AA | | |
| Motivo de remisión | | | | | Requirió hospitalización SI \_\_\_ NO \_\_\_  Fecha de ingreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de egreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Falleció durante el proceso de atención en salud  SI \_\_ NO \_\_\_ Razón del fallecimiento | | | | | |
| Seguimiento a la atención en salud | | | | | | | | | | |
| Nombre auxiliar de enfermería | | | | | Firma auxiliar de enfermería | | | | | |

**Si el usuario es remitido más de dos oportunidades, imprimir los formatos requeridos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. SEGUIMIENTO ESTADO DE SALUD DE LA NIÑA O NIÑO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de orientación domiciliaria DD/MM/AA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 AL ESTADO DE SALUD MUJER GESTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **SEGUIMIENTO A COMPROMISOS**  Diligenciar durante el proceso de atención, reportando solamente los compromisos cumplidos, reportar la fecha en la cual se evidenció cumplimiento | | | | | | | | | | | |
| Compromiso cumplido que no se mantuvo | | | Compromiso por nuevo factor de riesgo | |
| **FECHA** | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.3 SEGUIMIENTO VISITAS DOMICILIARIAS** | | | | |
| **FECHA DD/MM/AA** | **TEMA ABORDADO** | **SEGUIMIENTO** | | **NOMBRE DE MUJER GESTANTE O PERSONA RESPONSABLE**  **(EN CASO DE NIÑA O NIÑO- NOMBRE Y HUELLA)** |
|  |  |  | |  |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Nombre auxiliar de enfermería | | | | Firma auxiliar de enfermería | |