

LIBRETA INTEGRAL DE SALUD



- Salud Infantil/crecimiento y desarrollo niñas menores de cinco años
- Esquema de vacunas

HCU:

Unicódigo:

Nombres:

Apellidos:

Teléfono domicilio:

Teléfono celular:

Dirección domiciliaria:

.....

Zona:

Distrito:

Cantón:

Provincia:

Establecimiento de salud:

Seguro de salud:

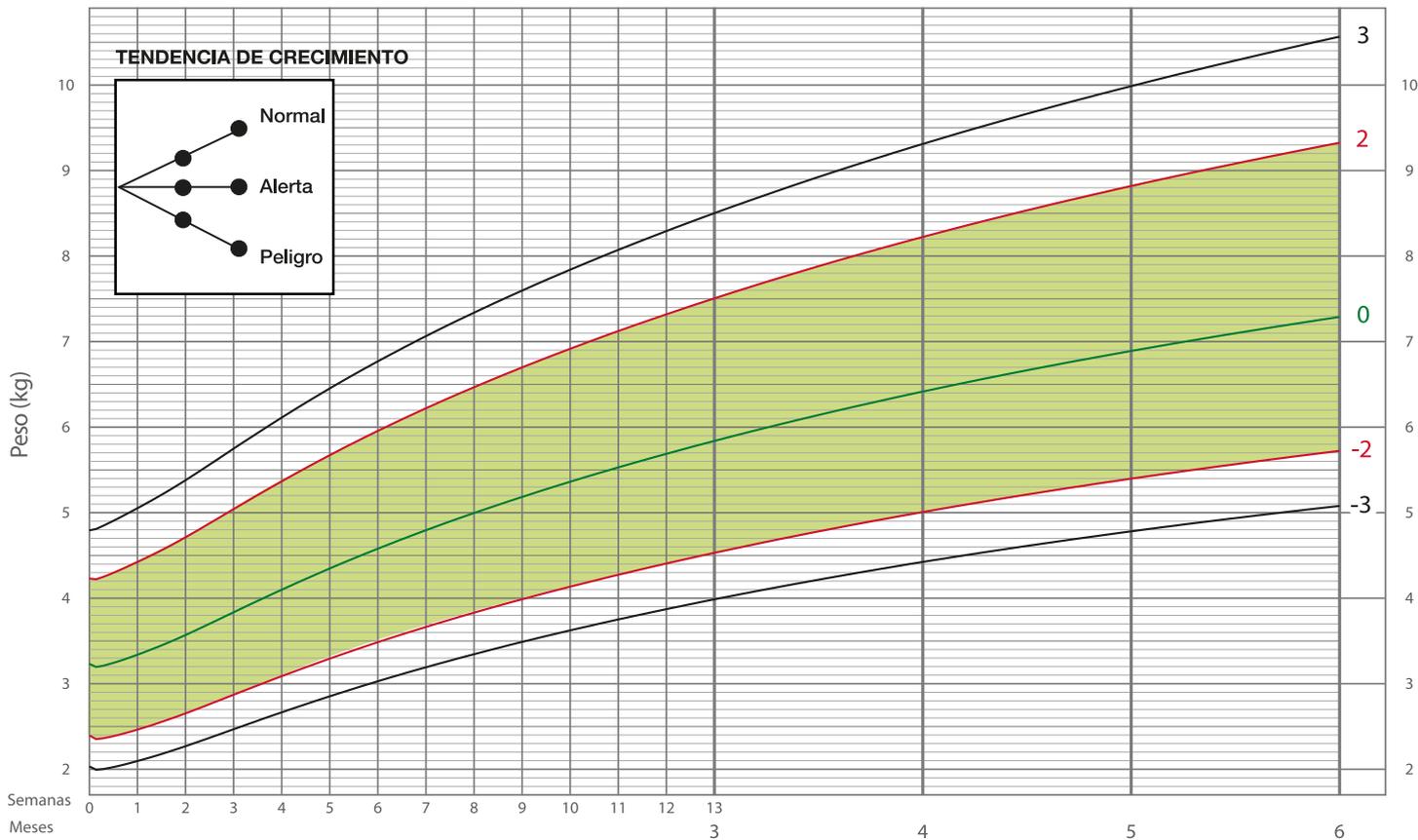
- Seguro de la Policía:
- Seguro de las Fuerzas Armadas:
- IESS/Seguro social campesino:
- Otro:
- Ninguno:



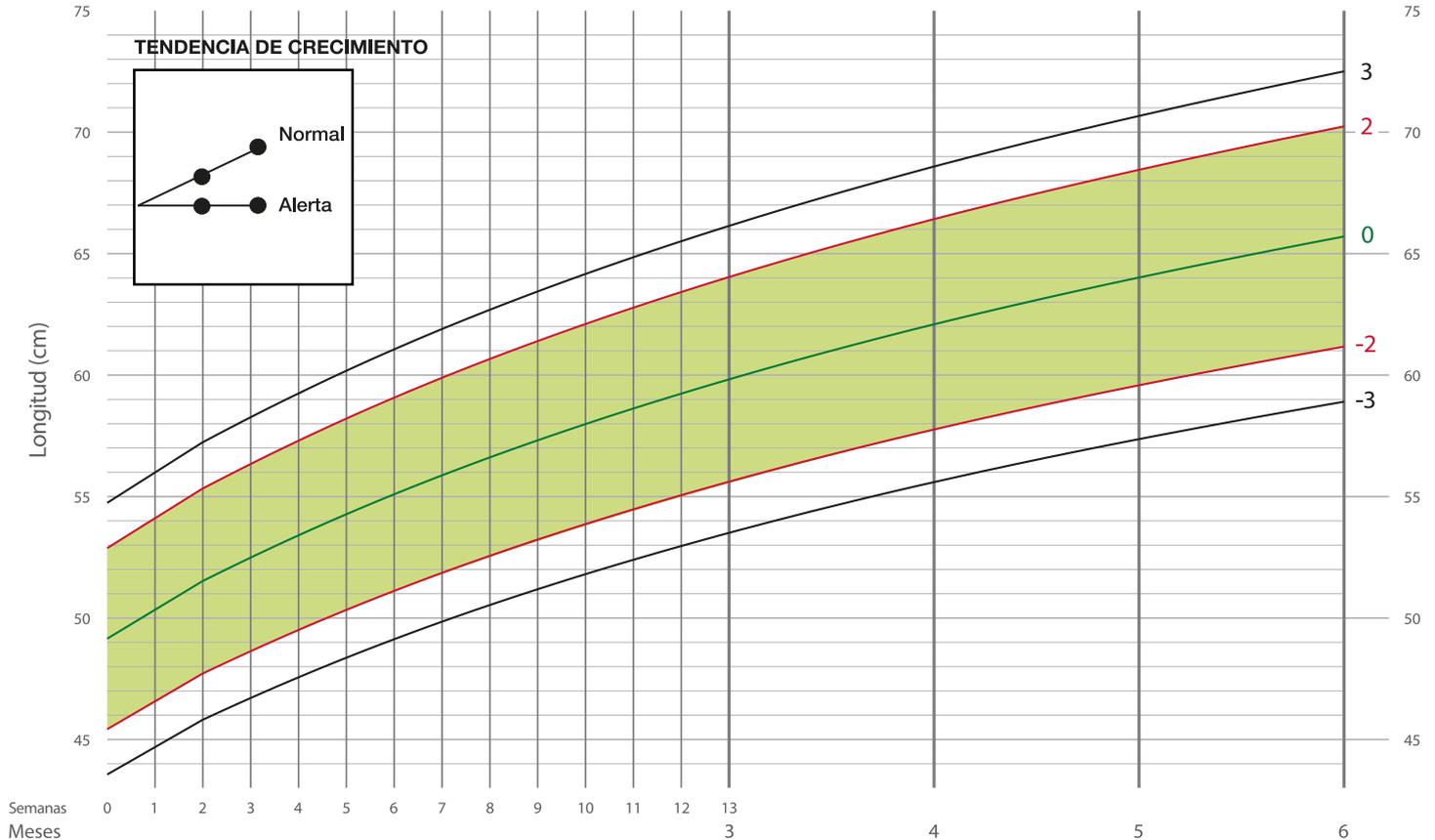
Salud Infantil

RECIÉN NACIDA PESO AL NACER <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"/> <input type="text"/> LONGITUD cm <input type="text"/> <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"/> ESTIMADA <input type="radio"/> FUM <input type="radio"/> ECO <input type="radio"/>		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 checked="" type="text"/> <input checked="" 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"/>	
ATENDIÓ 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 Se aplica no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		EXAMEN FÍSICO NORMAL <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		DEFECTOS CONGÉNITOS no menor mayor 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"/> <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"/>			
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 <input type="radio"/> Se realiza <input checked="" type="radio"/> No se realiza <input type="radio"/> n/a		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"/>		APEGO INMEDIATO 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"/>		EGRESO RN PESO AL EGRESO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g ALIMENTO AL ALTA lact. excl. <input type="radio"/> parcial <input checked="" type="radio"/> artificial <input checked="" type="radio"/> leche humana <input checked="" type="radio"/>	
						Responsable egreso materno / nombres completos / sello -----					

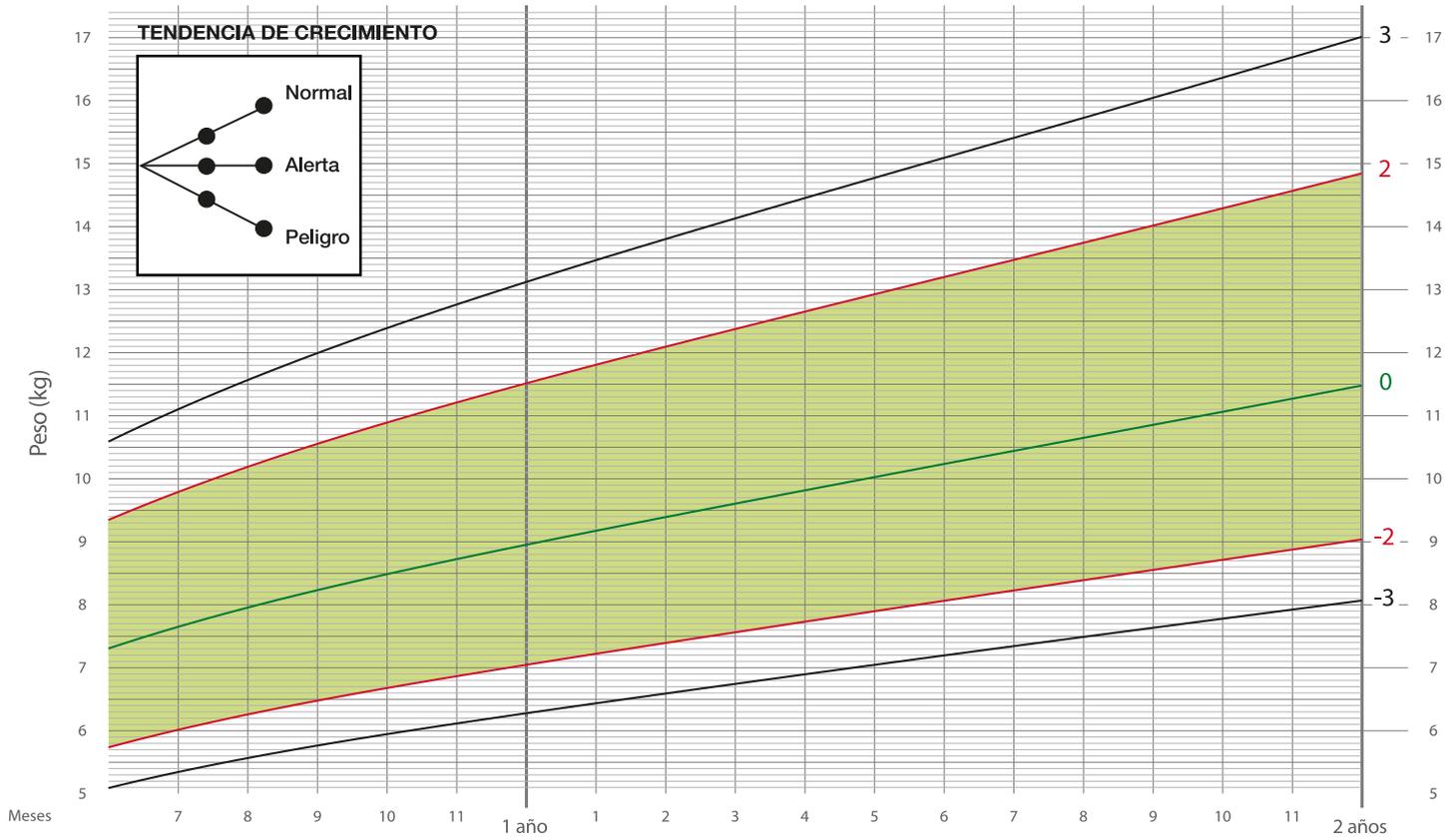
Peso/edad - Niñas de 0 a 6 meses



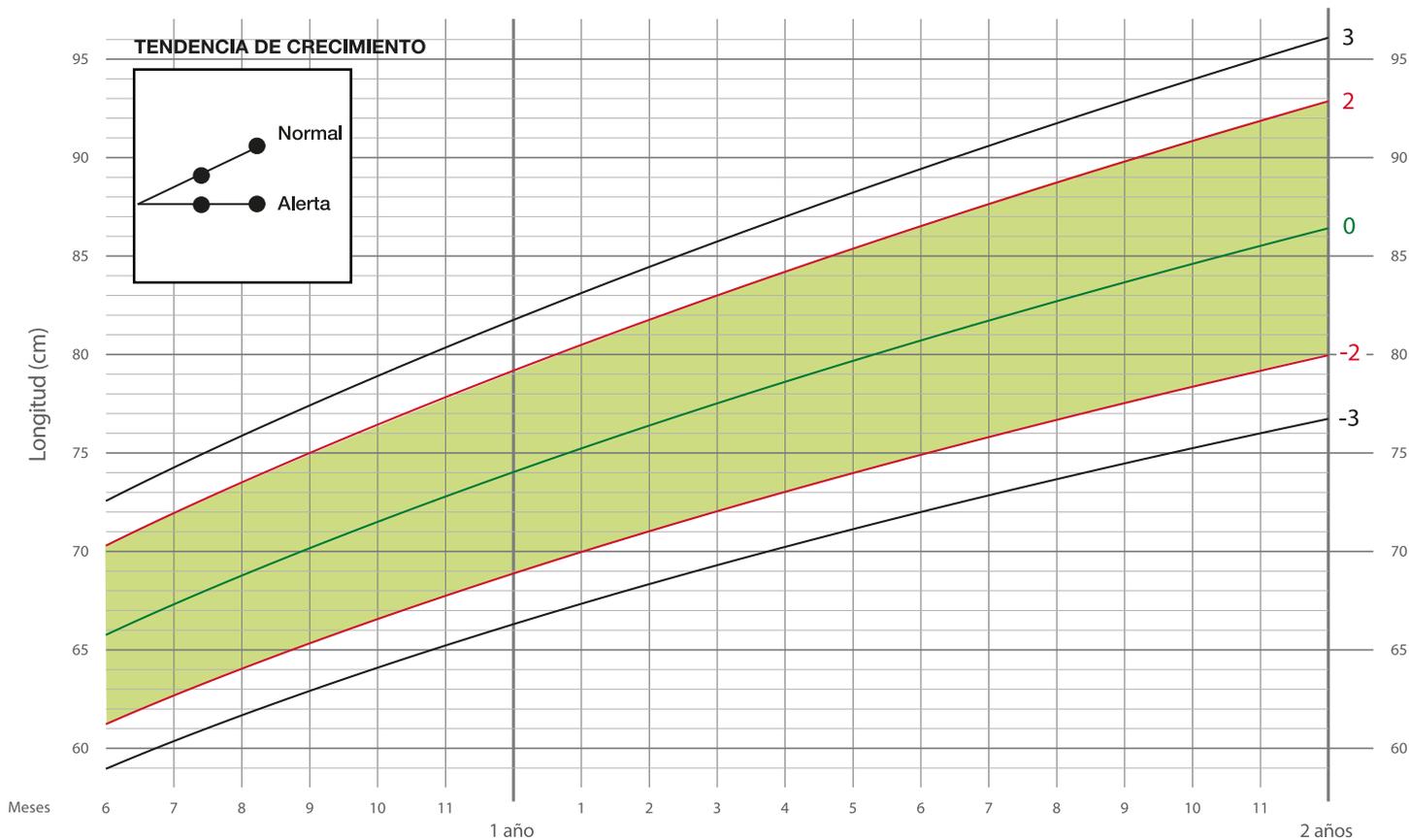
Longitud/edad - Niñas de 0 a 6 meses



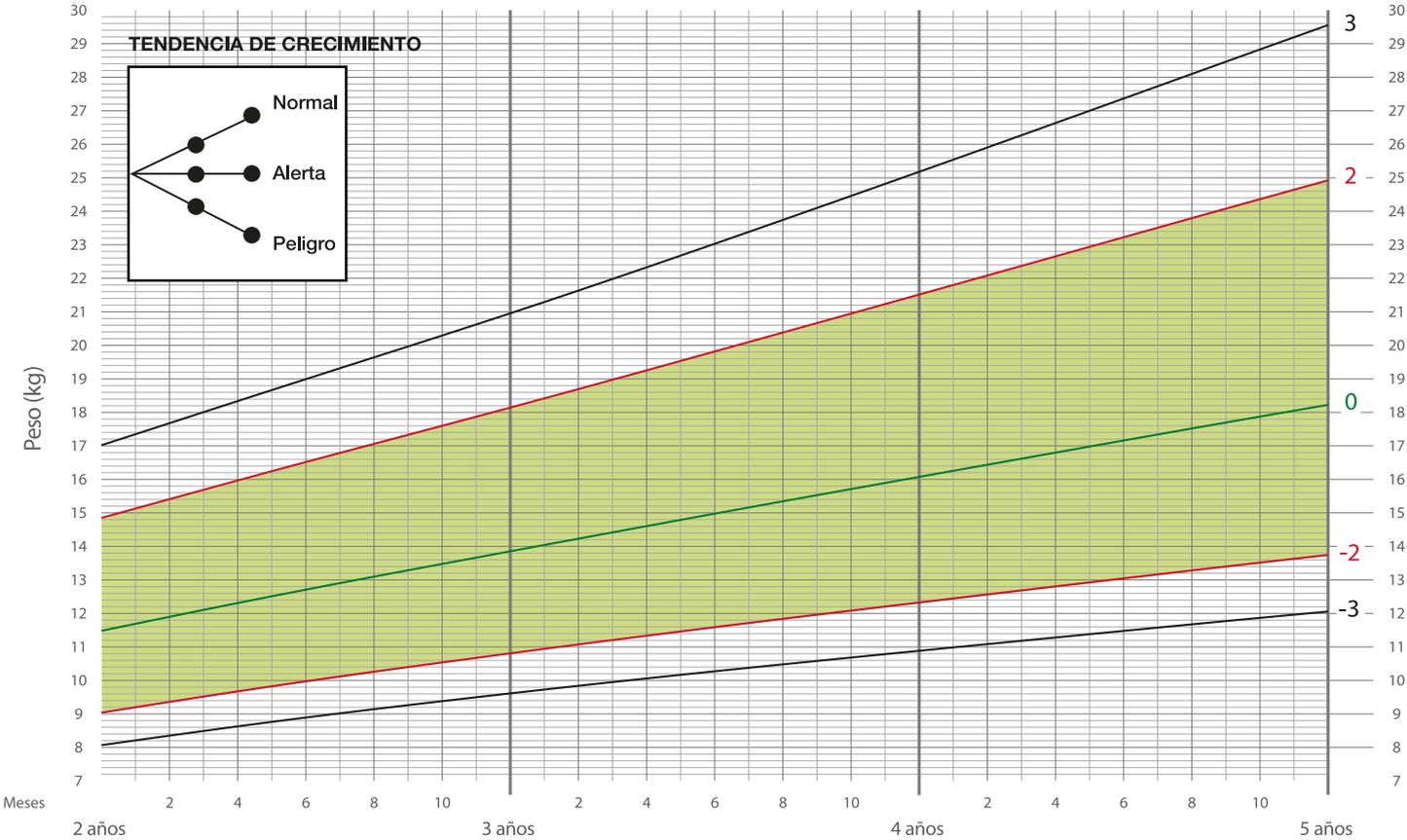
Peso/edad - Niñas de 6 a 23 meses



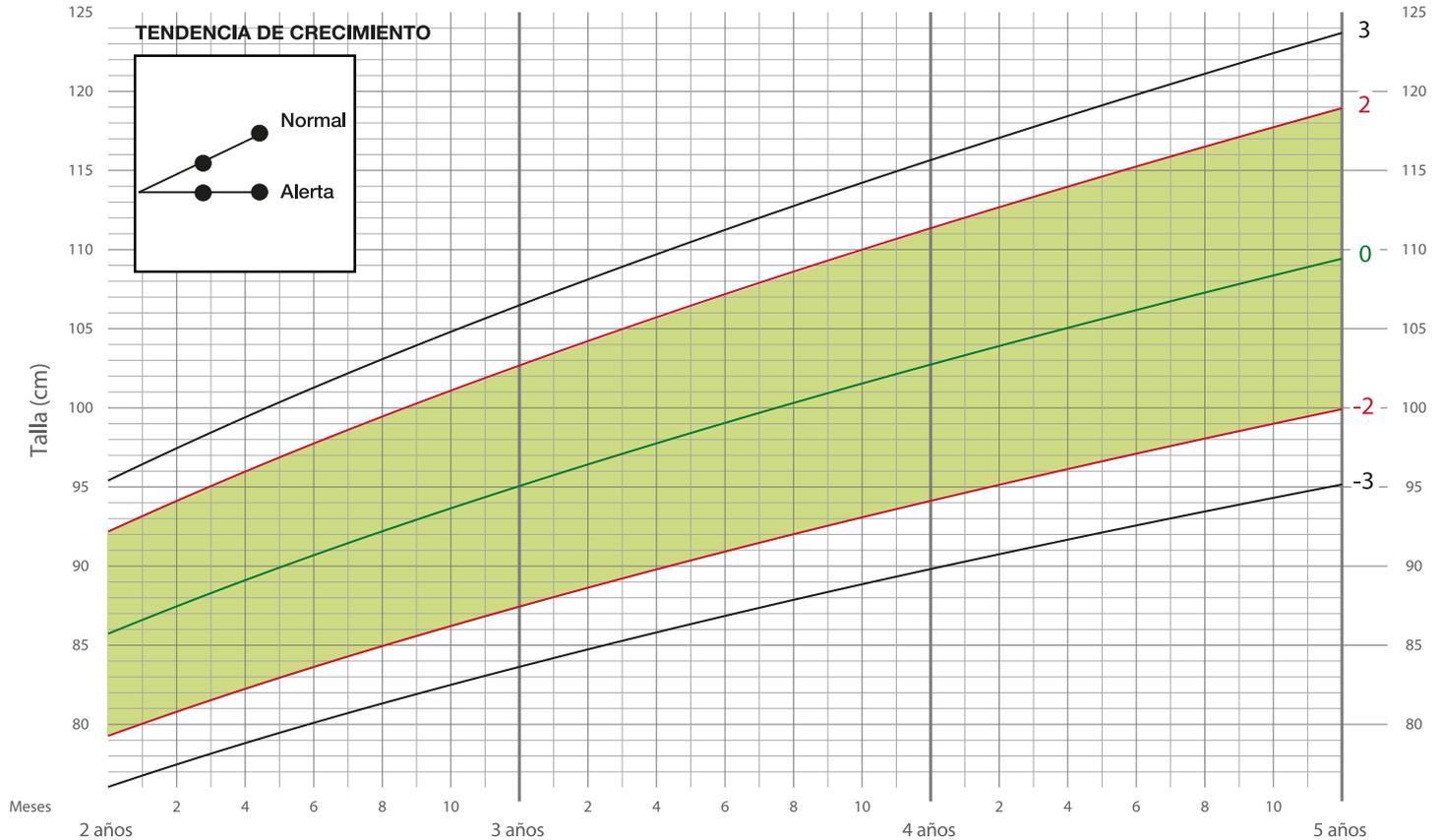
Longitud/edad - Niñas de 6 a 23 meses



Peso/edad - Niñas de 2 a 5 años



Talla/edad - Niñas de 2 a 5 años





Esquema de vacunas

ENFERMEDADES QUE PREVIENE LA VACUNA

Vacuna	Enfermedades que previene la vacuna
BCG	Meningitis Tuberculosa
Rotavirus	Diarrea por Rotavirus
IPV-OPV	Poliomielitis (Parálisis Flácida aguda)
Pentavalente (DPT+HB+Hib)	Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis y Neumonía por Haemophilus Influenzae tipo b
Neumococo Conjugada	Infecciones por Neumococo (Neumonía, Meningitis, Otitis)
DPT	Difteria, Tosferina, Tétanos
SRP	Sarampión, Rubeola y Parotiditis (paperas)

Vacuna	Enfermedades que previene la vacuna
Varicela	Varicela
FA	Fiebre Amarilla
DT (Pediátrica)	Difteria y Tétanos
HB	Hepatitis B
dT (Adulto)	Difteria y Tétanos
Influenza Estacional	Influenza (Gripe estacional)
SR	Sarampión y Rubeola
VPH	Prevención de cáncer e infecciones cérvico uterino

Esquema de vacunación niñas de un año

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
*BCG Hepatitis B (HB cero)	1	Dentro de las 24 horas							
	1	Dentro de las 24 horas							
**Rotavirus	1a.	2 meses							
	2a.	4 meses							
	1a.	2 meses							
Pentavalente	1a.	2 meses							
	2a.	4 meses							
	3a.	6 meses							
***IPV	1a.	2 meses							
	2a.	4 meses							
	3a.	6 meses							
OPV	1a.	2 meses							
	2a.	4 meses							
	3a.	6 meses							
Neumococo conjugada	1a.	2 meses							
	2a.	4 meses							
	3a.	6 meses							

Otras vacunas

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
****DT pediátrica	1a.	Captación							
	2a.	2 meses después de 1a. dosis DT							
	3a.	6 meses después de 2a. dosis DT							
*****Hepatitis B	1a.	Captación							
	2a.	2 meses después de 1a. dosis HB pediátrica							
	3a.	6 meses después de 2a. dosis HB pediátrica							

* Podrá vacunarse hasta los 11 meses, 29 días

** La segunda dosis podrá administrarse hasta los 6 meses de edad

*** PV a todos los niños sin antecedente vacunal y de cualquier edad (1ª dosis); 2ª y 3ª dosis con OPV. - Refuerzo con OPV

****DT solo ante casos de reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente que incluye componente DPT

*****HB pediátrica (solo ante casos de reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente que incluye componente DPT)

Control de crecimiento y desarrollo de las niñas menores de un año

Fecha			Meses	Peso (kg.)	Longitud (cm.)	Perímetro cefálico (cm.)	Hemoglobina (g/dL)	Alimentación					Observaciones
día	mes	año						Lactancia materna exclusiva	Fórmula	Líquidos	Semisólidos	Suplementos	

RESUMEN PRIMER AÑO

Vacunación completa:	si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>	Estado Nutricional Antropometria Normal <input type="radio"/> Baja talla <input checked="" type="radio"/> Bajo peso <input checked="" type="radio"/> Sobrepeso/obesidad <input checked="" type="radio"/> <hr/> Anemia si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/>	Hitos del desarrollo Camina con ayuda: si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> La madre lo calma o consuela cuando llora: si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>
Tamizaje visual:	si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		
Tamizaje auditivo:	si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		
Suplementación completa:	si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		
Controles de salud según norma*: si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> * Mínimo (6 consultas)			

Alerta

Esquema de vacunación niñas de 12 a 23 meses

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
SRP	1a.	12 meses							
	2a.	18 meses							
Fiebre amarilla	1	12 meses							
Varicela	1	15 meses							
DPT	4a.	18 meses							
OPV	4a.	18 meses							

Otras vacunas

Observaciones:

.....

.....

Control de crecimiento y desarrollo de las niñas de 12 a 23 meses

Fecha			Meses	Peso (kg.)	Longitud (cm.)	Perímetro cefálico (cm.)	Hemoglobina (g/dL)	Alimentación					Observaciones
día	mes	año						Lactancia materna exclusiva	Fórmula	Líquidos	Semi-sólidos	Suplementos	

RESUMEN SEGUNDO AÑO

Vacunación completa:	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	Estado Nutricional Antropometría Normal <input type="radio"/> Baja talla <input type="radio"/> Bajo peso <input type="radio"/> Sobre peso/obesidad <input type="radio"/> <hr/> Anemia si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	Hitos del desarrollo
Tamizaje visual:	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Salta con los dos pies: si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>
Tamizaje auditivo:	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Describe la acción que realiza el perro: si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>
Suplementación completa:	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		
Controles de salud según norma*: si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>			

Alerta



Control de crecimiento y desarrollo de las niñas de 3 a 4 años

Fecha			Años y meses	Peso (kg.)	Talla (cm.)	Hemoglobina (g/dL)	Alimentación variada	Suplementos	Observaciones
día	mes	año							

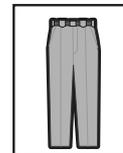
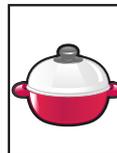
RESUMEN CUARTO AÑO

Vacunación completa:	si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>	Estado Nutricional
Tamizaje visual:	si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>	
Tamizaje auditivo:	si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>	
Suplementación completa:	si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>	
Controles de salud según norma*: * Mínimo (4 consultas)	si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>	
		Antropometría Normal <input type="radio"/> Baja talla <input checked="" type="radio"/> Bajo peso <input checked="" type="radio"/> Sobrepeso/obesidad <input checked="" type="radio"/>
		Anemia si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/>

Alerta

Hitos del desarrollo

Reconoce y describe el uso de al menos 4 objetos: si no



Repita las palabras que se le dice: si no

Manzana - casa - perro - silbar - plátano - peinilla - frutas - pared

Control de crecimiento y desarrollo de las niñas de 4 a 5 años

Fecha			Años y meses	Peso (kg.)	Talla (cm.)	Hemoglobina (g/dL)	Alimentación variada	Suplementos	Observaciones
día	mes	año							

RESUMEN QUINTO AÑO

Vacunación completa:	si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>	Estado Nutricional Antropometría Normal <input type="radio"/> Baja talla <input checked="" type="radio"/> Bajo peso <input checked="" type="radio"/> Sobrepeso/obesidad <input checked="" type="radio"/> Anemia si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/>	Hitos del desarrollo Repite las frases que le dicen: si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> Frases: - En la tienda venden manzanas verdes - El sol de la mañana sale por detrás de la montaña - Hay flores blancas y amarillas en el jardín de mi escuela Cuenta los diez dedos de su mano: si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>
Tamizaje visual:	si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		
Tamizaje auditivo:	si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		
Suplementación completa:	si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		
Controles de salud según norma*: * Mínimo (4 consultas)	si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		

Alerta

Esquema atrasado de vacunación niñas de 1 a 4 años

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
DPT	1a.	1 a 4 años							
	2a.								
	3a.								
	4a.								
IPV	1a.	1 a 4 años							
	2a.								
OPV	3a.	1 a 4 años							
	4a.								

Otras vacunas

*DT pediátrica	1a.	Capitación							
	2a.	2 meses después de la 1a. dosis DT							
**Hepatitis B	3a.	6 meses después de la 2a. dosis DT							
	1a.	Capitación							
	2a.	2 meses después de 1a. dosis HB pediátrica							
	3a.	6 meses después de 2a. dosis HB pediátrica							

Observaciones:

.....

*DT solo ante casos de reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente que incluye componente DPT

**Los niños que no han recibido Pentavalente recibirán la HB pediátrica

Esquema completo de vacunación

Esquema de Vacunación Niñas 5 a 9 años

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
DT	*5a.	5 años							
	1a.								
HPV	2a.	9 años (niñas)							
	6 meses después de la primera dosis								

Otras vacunas

Observaciones:

* Esta dosis se aplica y se registra siempre y cuando se verifique en el carné que se ha aplicado las 3 dosis de Pentavalente y la 4a. dosis con DPT; caso contrario proceder con la aplicación de 1a. dosis al primer contacto; 2a. dosis al mes de la primera dosis; 3a. dosis a los 6 meses después de las segundas dosis; 4a. dosis al año de la tercera dosis; 5a. dosis al año de la cuarta dosis en otras vacunas.

Esquema de Vacunación Niñas Adolescentes (10 a 19 años)

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
DT	*6a.	al 1er. cont. (15 años)							

Esquema atrasado

*DT	Intervalo entre dosis								
	1a.	Primer contacto							
	2a.	A los 11a. meses de la 1ra. dosis							
	3a.	6 meses después de la 2da. dosis							
	4a.	1 año después de la 3ra. dosis							
5a.	1 año después de la 4ta. dosis								

Otras vacunas

Observaciones:

* Población de 15 años de edad y que no exista evidencia de vacunación anterior se debe proceder a vacunar 1a dosis al primer contacto; 2a. dosis al mes de la primera dosis; 3a. dosis a los 6 meses después de las segundas dosis; 4a. dosis al año de la 3a dosis; 5a dosis al año de la cuarta dosis

Esquema de vacunación Grupos de Riesgo

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
*DT	1a.	primer contacto							
	2a.	al mes de 1a. dosis							
	3a.	6 meses después de 2a. dosis							
	4a.	1 año después de 3a. dosis							
	5a.	1 año después de 4a. dosis							
**Hepatitis B	1a.	A la captación							
	2a.	1 mes después de 1a. dosis							
	3a.	6 meses después de 2a. dosis							
***SR	1 dosis	Captación de viajero a zonas donde circula virus							

Otras vacunas

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
****FA	Dosis Única	Captación de viajero a zonas endémicas y epidémicas							

Observaciones:

*DT en personal de instituciones con riesgo de trabajo deberá completar esquema conforme a la normativa con verificación de carné.

**HB en personal de Salud completar esquema conforme a la normativa con verificación del carné

***SR se procede a la vacunación siempre y cuando se verifique con carné que no haya recibido ninguna dosis de vacuna y 10-15 días antes del viaje

****FA dosis única, se procede a la vacunación siempre y cuando se verifique con carné que no haya recibido ninguna dosis de vacuna y 10-15 días antes del viaje

Esquema de vacunación Influenza Estacional

Grupo de riesgo	Dosis	Tipo de vacunas	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
6 a 11 meses	1a.	INFLUENZA ESTACIONAL							
	2a. (al mes de la 1a.)								
12 a 23 meses	Una dosis								
2 años (24 a 35 meses)	Una dosis								
3 años (36 a 47 meses)	Una dosis								
4 años (48 a 59 meses)	Una dosis								
Enfermos crónicos	Una dosis								

Tamizaje

ANEMIA: HEMOGLOBINA A UNA ALTITUD <input type="text"/> msnm						
Fecha			Edad	Resultado normal		Observaciones
día	mes	año		Si	No	

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
> 1000	-0,0		
1000 - 1499	-0,2	3000 - 3499	-1,9
1500 - 1999	-0,5	3500 - 3999	-2,7
2000 - 2499	-0,8	4000 - 4499	-3,5
2500 - 3999	-1,3	4500 - 4999	-4,5

SEÑALES DE PELIGRO

En la recién nacida durante el nacimiento o la etapa neonatal



Nacida antes de tiempo
(muy pequeña)



No
respira bien



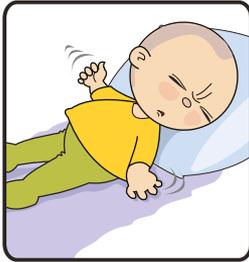
Está débil,
no reacciona



Está morada
o pálida



Está fría y
con fiebre



Está tiesa o con
ataques



No
se ve bien



Tiene el ombligo rojo
o con pus



No
mama

Ante cualquiera de estas señales acude inmediatamente a la unidad de salud más cercana o llama al ECU-911

Al segundo día después del nacimiento debes acudir con tu bebé al centro de salud para controlar su desarrollo y verificar las vacunas. Al cuarto día se debe realizar el tamizaje neonatal (la prueba del talón), así se podrá evitar cualquier problema de salud de la niña.

LIBRETA INTEGRAL DE SALUD



 /SaludEcuador  @Salud_Ec

www.salud.gob.ec