

# LIBRETA INTEGRAL DE SALUD



■ Salud Infantil/crecimiento y desarrollo  
niños 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:

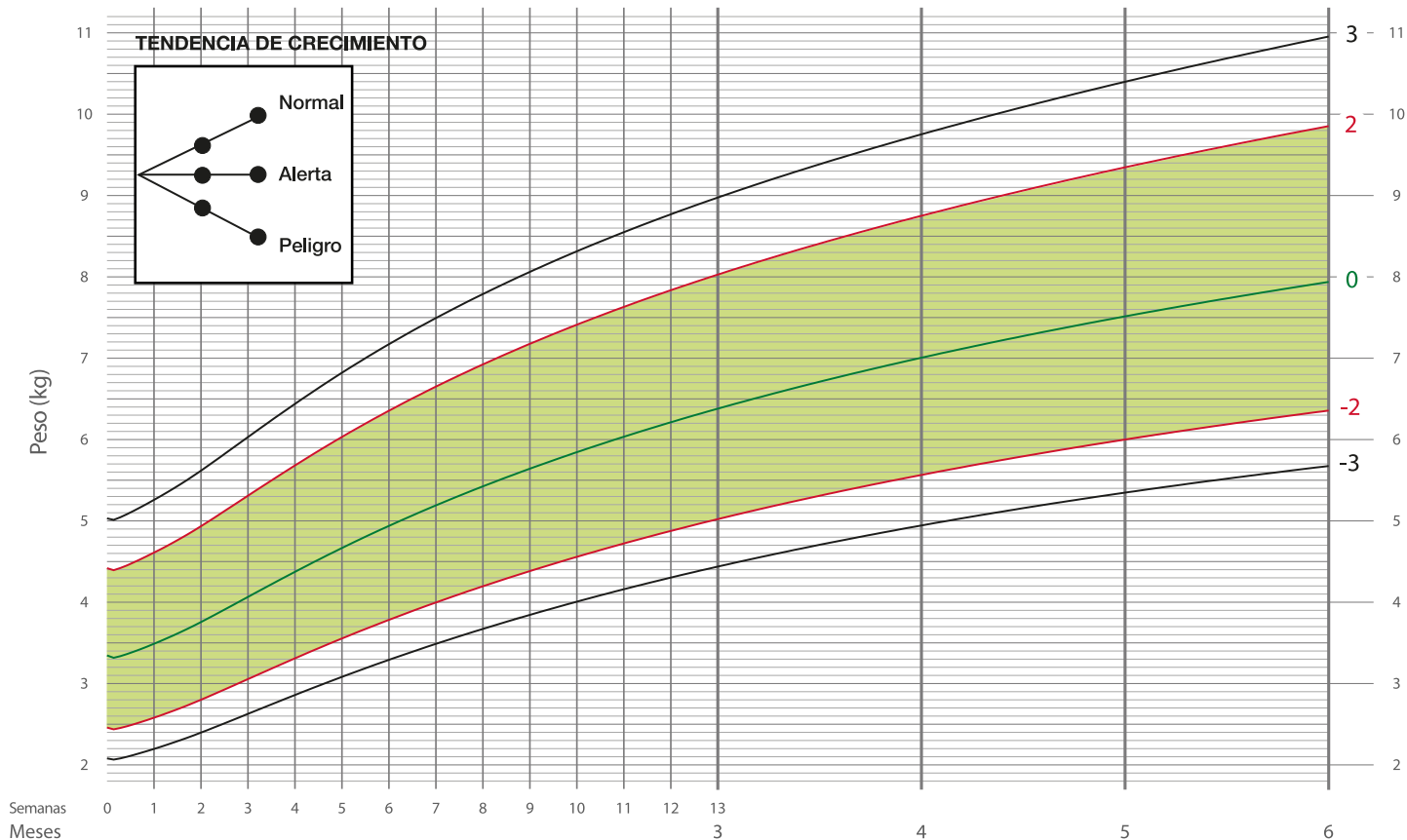
- Seguro de la Policía:
- Seguro de las Fuerzas Armadas:
- IESS/Seguro social campesino:
- Otro:
- Ninguno:



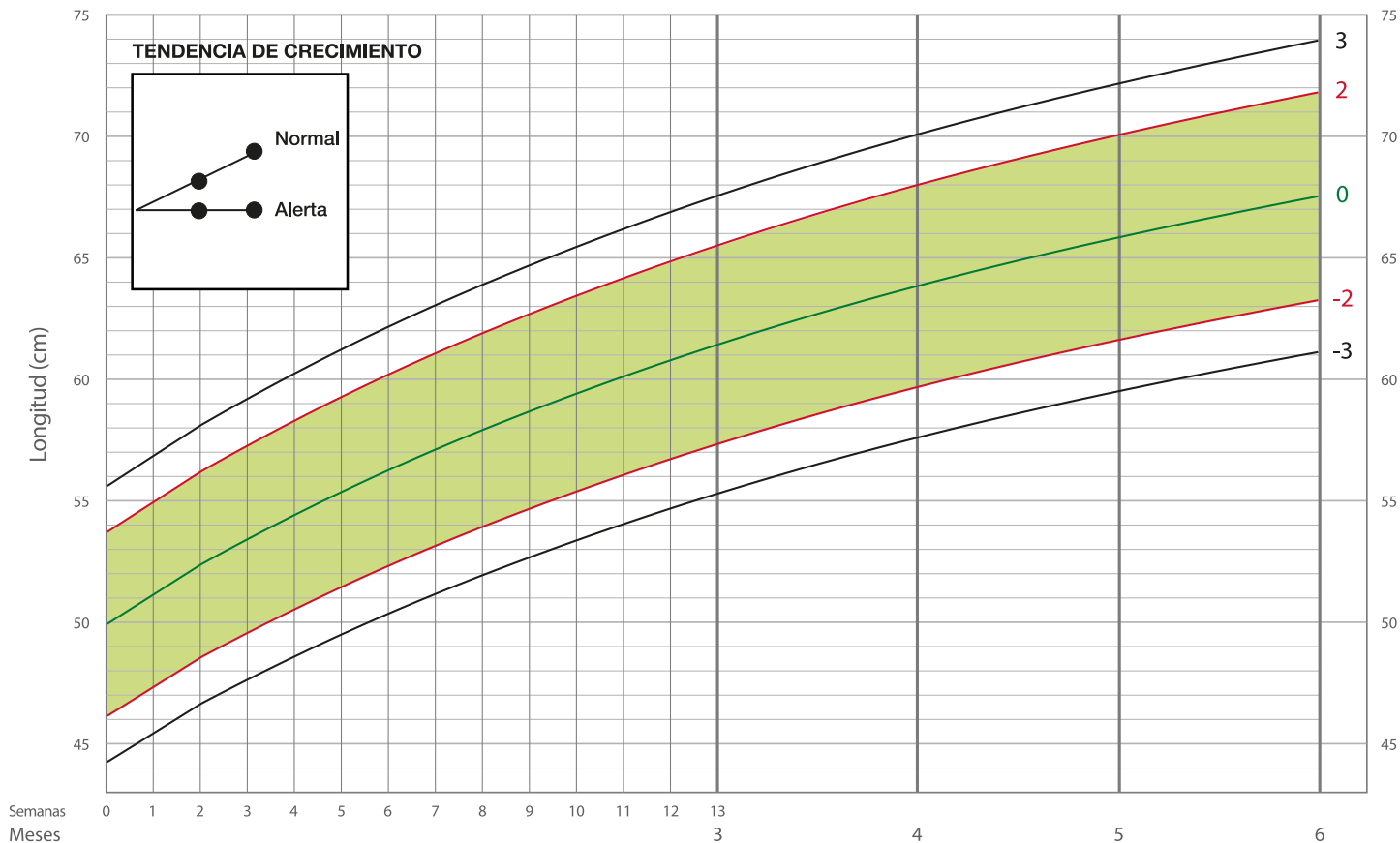
# Salud Infantil

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

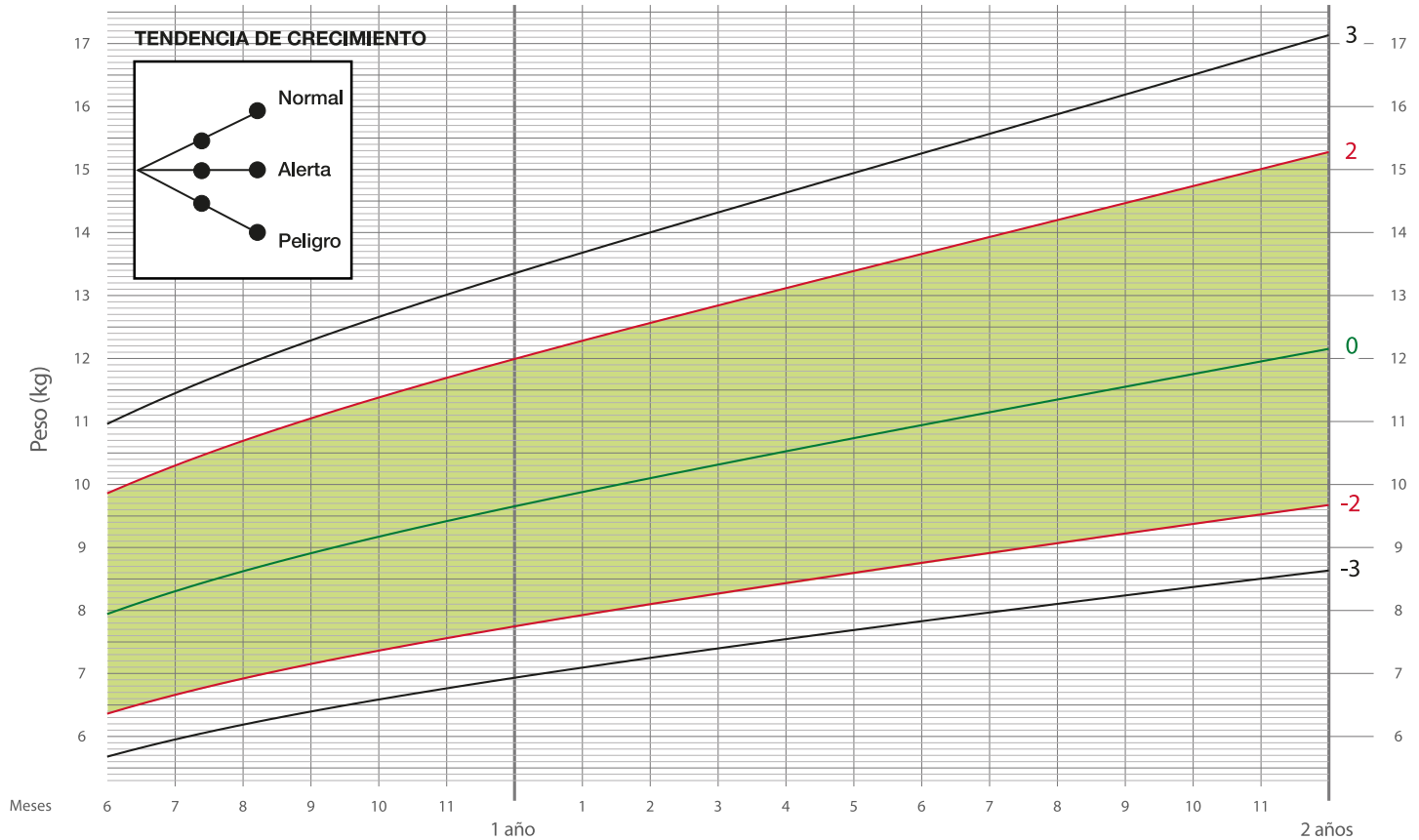
# Peso/edad - Niños de 0 a 6 meses



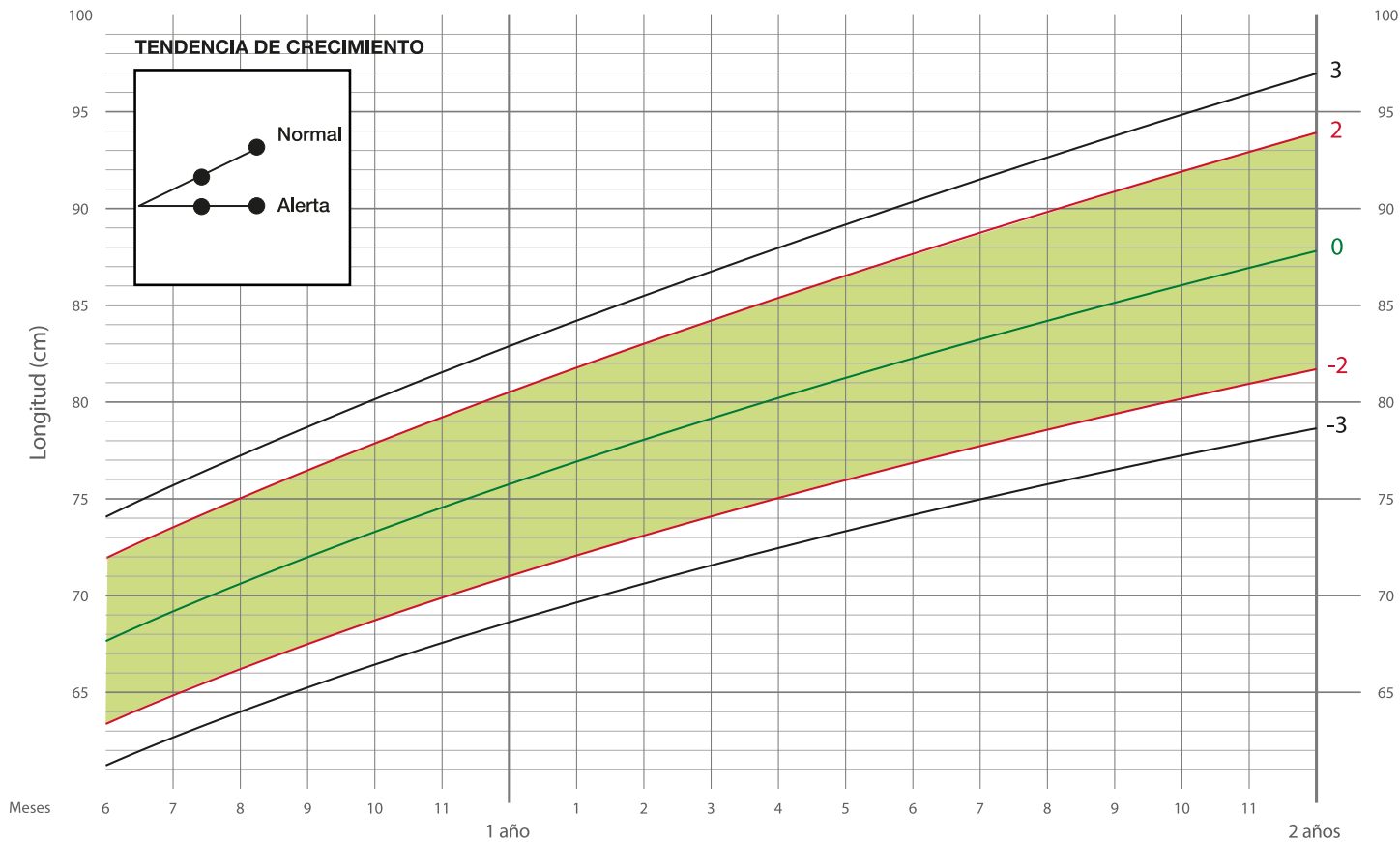
# Longitud/edad - Niños de 0 a 6 meses



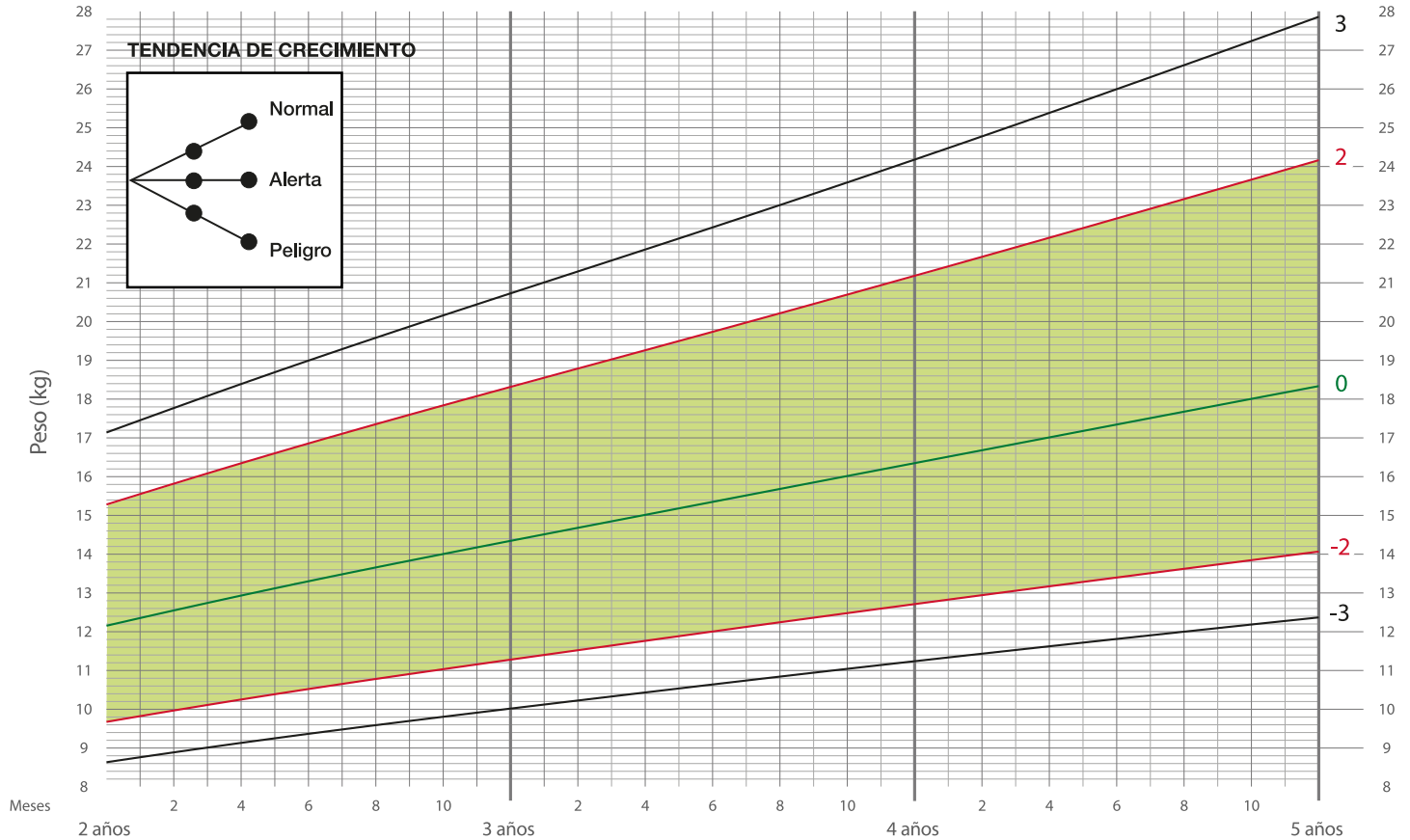
# Peso/edad - Niños de 6 a 23 meses



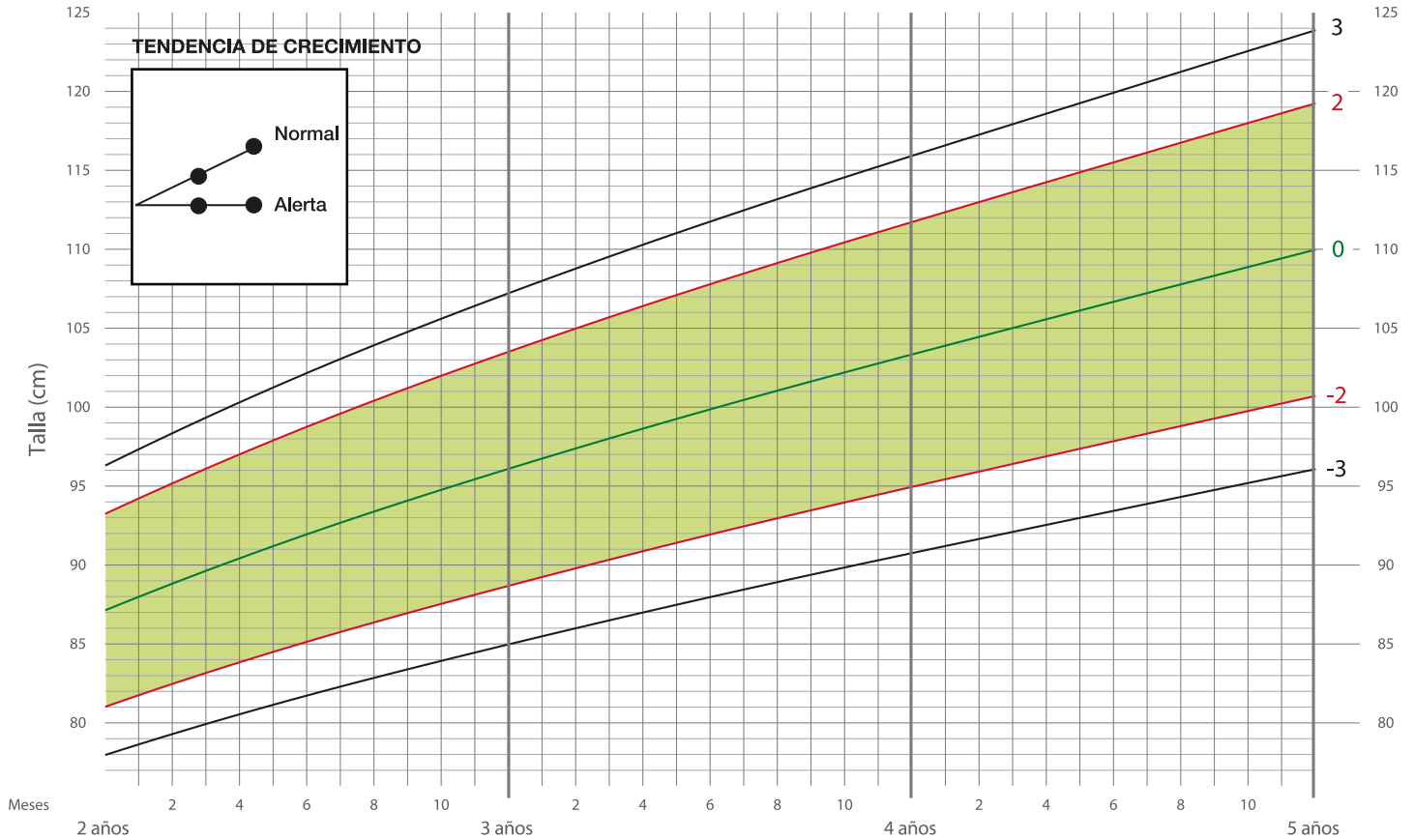
# Longitud/edad - Niños de 6 a 23 meses



# Peso/edad - Niños de 2 a 5 años



# Talla/edad - Niños 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  |
| 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                 |
|                      |                                     |

## Esquema de vacunación niños menores 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<br>Hepatitis B (HB cerro) | 1     | Dentro de las 24 horas    |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|                                | 1     | Dentro de las 24 horas    |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
| **Rotavirus                    | 1a.   | 2 meses                   |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|                                | 2a.   | 4 meses                   |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|                                | 1a.   | 2 meses                   |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
| Pentavalente                   | 2a.   | 4 meses                   |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|                                | 3a.   | 6 meses                   |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|                                | 1a.   | 2 meses                   |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
| ***IPV                         | 2a.   | 4 meses                   |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|                                | 3a.   | 6 meses                   |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|                                | 1a.   | 2 meses                   |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
| OPV                            | 2a.   | 4 meses                   |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|                                | 3a.   | 6 meses                   |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|                                | 1a.   | 2 meses                   |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
| Neumococo conjugada            | 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 pediatría | 2a.   | 2 meses después de 1a. dosis DT |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|                 | 3a.   | 6 meses después de 2a. dosis DT |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|                 | 1a.   | Capitación                      |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
| ****Tegatitis B | 2a.   | 2 meses después de 1a. dosis HB |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|                 | 3a.   | 6 meses después de 2a. dosis HB |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |

\* Podrá vacunarse hasta los 11 meses 29 días

\*\* La segunda dosis podrá administrarse hasta los 8 meses de edad

\*\*\* IPV 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 pediatría ( solo ante casos de reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente que incluye componente DPT)

# Control de crecimiento y desarrollo de los niños 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"/> | <b>Estado Nutricional</b><br>Antropometría<br>Normal <input type="radio"/><br>Baja talla <input checked="" type="radio"/><br>Bajo peso <input checked="" type="radio"/><br>Sobre peso/obesidad <input checked="" type="radio"/> | <b>Hitos del desarrollo</b><br>Camina con ayuda: si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/><br>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"/> | Anemia si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/>   |  |
| * Mínimo (6 consultas)           |  |   |  |

Alerta

## Esquema de vacunación niños 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: .....

.....

.....

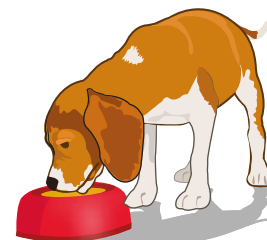
# Control de crecimiento y desarrollo de los niños de 12 a 23 meses

| 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"/> | <b>Estado Nutricional</b><br>Antropometría<br>Normal <input type="radio"/><br>Baja talla <input type="radio"/><br>Bajo peso <input type="radio"/><br>Sobre peso/obesidad <input type="radio"/><br><hr/> Anemia si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> | <b>Hitos del desarrollo</b>  |
| 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 los niños de 3 a 4 años

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

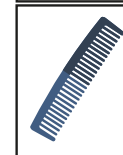
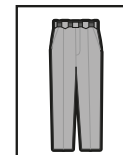
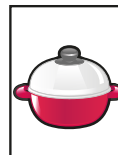
## RESUMEN CUARTO AÑO

|   |  |  |
|---|--|--|
| Vacunación completa:  | si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> | <b>Estado Nutricional</b>                                    |
| 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"/><br>* Mínimo (4 consultas) |  |  |
|   |  | <b>Antropometría</b>   |
|   |  | Normal <input type="radio"/>                                 |
|   |  | Baja talla <input checked="" type="radio"/>                  |
|   |  | Bajo peso <input checked="" type="radio"/>                   |
|   |  | Sobrepeso/obesidad <input checked="" type="radio"/>          |
|   |  | <b>Anemia</b>  |
|   |  | 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**





# Esquema atrasado de vacunación niños 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.   |                           |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|              | 3a.   |                           |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
| OPV          | 3a.   | 1 a 4 años                |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|              | 4a.   |                           |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|              | 4a.   |                           |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |

## Otras vacunas

|                |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| *DT pediátrica | 1a. | Captación                                  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 2a. | 2 meses después de la 1a. dosis DT         |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 3a. | 6 meses después de la 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 |  |  |  |  |  |  |  |

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 Niños 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                    |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |

### 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 Niños Adolescents (10 a 19 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           | *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.                    | <b>INFLUENZA ESTACIONAL</b> |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
|                           | 2a. (al mes de la 1a.) |                             |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
| 12 a 23 meses             | Una dosis              |                             |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
| 2 años<br>(24 a 35 meses) | Una dosis              |                             |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
| 3 años<br>(36 a 47 meses) | Una dosis              |                             |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
| 4 años<br>(48 a 59 meses) | Una dosis              |                             |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |
| Enfermos crónicos         | Una dosis              |                             |                     |     |     |                    |      |                                   |                          |



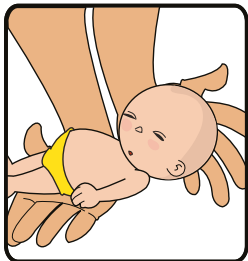
## Tamizaje

| 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 el recién nacido durante el nacimiento o la etapa neonatal



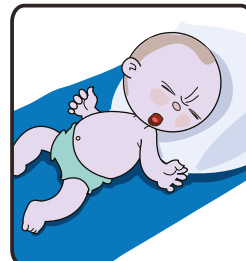
Nacido antes de tiempo  
(muy pequeño)



No  
respira bien



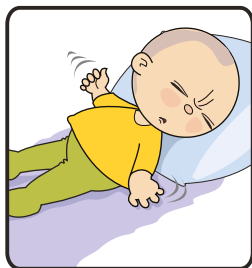
Está débil,  
no reacciona



Está morado  
o pálido



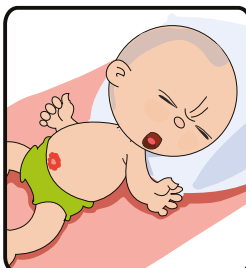
Está frío y  
con fiebre



Está tieso 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 del niño.

# LIBRETA INTEGRAL DE SALUD



 /SaludEcuador  @Salud\_Ec

[www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)