



Carpeta familiar No. _____

Fecha de llenado de la ficha: _____

Responsable del llenado: _____

PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LA NIÑEZ

FICHA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LA NIÑEZ

NOMBRE: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M: ____, F: ____

Quien cuida al niño(a): _____

▪ **NEONATO**

Lugar de Nacimiento: hospital: casa:

Vía del parto: vaginal: cesárea:

El peso al nacer fue: adecuado: bajo peso:

Complicaciones durante el parto: Si No

Le cura el ombligo con alcohol al 70%: Si: No: no aplica:

Esta inscrito en el Programa de Atención a la Niñez: Si: No:

Si la respuesta es no, porqué? _____

Esquema de vacunación completo para la edad: Si: No:

Le aplicaron Vitamina K: si: no: Vitamina A: Si: No:

Es alimentado con Seno Materno exclusivamente Si: No:

Si la respuesta es no, por qué? _____

Conocen los responsables del neonato sobre los signos de peligro: Si: No:

Ha estado ingresado por algún motivo: Si: No:

Si la respuesta es si, porqué? _____

▪ **NIÑO(A) MENOR DE 5 AÑOS:**

Esta inscrito en el Programa de Atención a la Niñez: Si: No:

Asiste puntualmente a sus controles: Si: No:

Si la respuesta es no, porqué? _____

Esquema de vacunación completo para la edad: Si: No:

Si es menor de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva: Si: No:

Si la respuesta es no, porque? _____

La alimentación es adecuada para su edad: Si: No:

Crecimiento: adecuado: inadecuado:

Estado nutricional: normal: D. leve: moderada: Severa:

Esta tomando hierro: Si: No: porqué? _____

Esta tomando zinc: Si: No: porqué? _____

Ha recibido suplementación con vitamina A según edad: Si: No:

Si el niño(a) es mayor de 2 años, ha recibido antiparasitarios en los últimos 6 meses: Si: No:

En los últimos 15 días el niño (a) ha tenido algún episodio de diarrea: Si: No:

En los últimos 15 días el niño (a) ha tenido algún episodio de tos o dificultad para respirar o neumonía:
Si: No:

Padece de alguna enfermedad en especial: _____, lugar de control: _____

Toma algún medicamento en forma permanente: Si: No:

Nombre del medicamento _____, Quien se lo indico: _____

Asiste a la escuela: Si: No: no aplica:

Acerca de la salud oral: presencia de caries: problemas en encías: está en tratamiento:

Ha recibido medidas preventivas o de tratamiento alguna vez: Si: No:

▪ **NIÑO(A) DE 5 A 9 AÑOS:**

Esta inscrito en el Programa de Atención a la Niñez: Si: No:

Asiste puntualmente a sus controles: Si: No:

Si la respuesta es no porqué? _____

Esquema de vacunación completo para la edad: Si: No:

La alimentación es adecuada para su edad: Si: No:

Estado nutricional: normal: D. leve: moderada: severa:

Ha recibido antiparasitarios en los últimos 6 meses: Si: No:

Padece de alguna enfermedad en especial: _____, lugar de control _____

Toma algún medicamento en forma permanente Si: No:

Nombre del medicamento: _____, Quien se lo indico: _____

Asiste a la escuela: Si: No: no aplica:

El niño realiza algún tipo de trabajo: Si: No: Que tipo de trabajo realiza: Trabajo Doméstico:

Caña: Agricultura: Pesca: Basura: Otros:

Acerca de la salud oral: presencia de caries: problemas en encías: está en tratamiento:

Ha recibido medidas preventivas o de tratamiento alguna vez: Si: No:

Si el niño o niña se enferma adonde o a quien acude para su atención?

Curandero: promotor de salud: unidad de salud: lo automedica: otro:

En caso de ser la unidad de salud:

Utilización de los servicios de salud: mucho: poco: nunca:

¿Por qué? _____

Carpeta familiar No. _____

Fecha de llenado de la ficha: _____

Responsable del llenado: _____

PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES
FICHA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

Datos Personales del Adolescente:

Nombre Completo _____

Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: Casada(o) Soltera(o) Acompañada(o) Otro:

Religión _____, responsable de/la adolescente: _____

Índice de masa corporal: IMC: _____, peso: _____ kg, talla: _____ cm,

Evaluación nutricional: normal: Delgadez: sobrepeso: obesidad:

Estudia: Sí: No: Años de escolaridad aprobados: _____

Tiene dificultades en el aprendizaje: Si: No:

Tiene problemas con: Maestros: Compañeros: Otros:

Trabaja: Sí: No: Donde: _____ Tipo de trabajo: _____

Alimentación: (Que alimentos consume en): Desayuno _____

Refrigerio: _____, Almuerzo _____

refrigerio: _____, Cena _____

Cuando consume sus alimentos lo hace: Solo: _____ Acompañado de _____

Hace Dieta: Sí: No:

Pertenece a un grupo u organización juvenil: Si: No:

Que tipo especifique: _____

Esta inscrito en el programa de adolescentes: Si: No: porqué: _____

Esquema de vacunación completo para la edad: Si: No:

Consumo de micronutrientes: Si: No:

Realiza cuidado de la salud bucal: Si: No:

¿Qué hace en su tiempo libre?

Lee: Ve Televisión: Práctica Actividad Física: Sí: No: Que tipo:

Otras actividades describir _____

Marque con una X el tipo de relación que tiene con su familia

Relación	Buena	Muy buena	Regular	Mala
Padre				
Madre				
Hermanos				
Otros Especifique				

DATOS DE SALUD SEXUAL

Mujer:

Ha que edad se le presento la primera menstruación? _____

¿Cuántos días dura la menstruación? _____

¿Cuál es su última fecha de la menstruación? _____

Ha presentado Flujo Vaginal: Sí No Color Olor

Ha estado embarazada: Sí No numero de hijos/as: _____

Has estado en control prenatal: Si: No:

Hombres:

Ha tenido flujo uretral: Si: No:

Edad de la primera eyaculación: _____

Has embarazado a una chica: Si: No: número de hijos/as: _____

Mujeres y hombres:

Ha tenido relaciones sexo cóitales? Sí: No: A que edad: _____

Cuantos compañeros/as sexuales has tenido? _____

Se protege contra las ITS en las relaciones sexuales coitales?

Ha utilizado algún método anticonceptivo? Sí: No: Que tipo: _____

Usa métodos anticonceptivos actualmente Sí: No: Que tipo: _____

¿Dónde o quien le ha proporcionado el método anticonceptivo?: _____

Está de acuerdo con el espaciamiento de los/las hijos? Si: No:

Ha sido víctima de abuso Sexual? Si: No: Lo ha denunciado: _____

Conoce como se previene el cáncer de cerviz, mama o próstata: Si: No:

Practica esas medidas de protección: Si: No:

Ha sufrido maltrato en su familia: Físico: Verbal: De parte de quien: _____

ANTECEDENTES DE SALUD GENERAL Y DE MORBILIDAD

Marque con una X si ha padecido o padece de los problemas de salud descritos (identificar desde cuando)

<input type="checkbox"/>	Desnutrición	<input type="checkbox"/>	Infección de vías urinarias	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>	Infecciones de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Embarazo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	Aborto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	VIH-SIDA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Discapacidades (física o mental)	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Otras drogas	<input type="checkbox"/>	Intoxicaciones	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Accidentes	<input type="checkbox"/>	Cirugía	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	alergias	<input type="checkbox"/>	tuberculosis	<input type="checkbox"/>

Acerca de la salud oral: presencia de caries: problemas en encías: está en tratamiento:

Ha recibido medidas preventivas o de tratamiento alguna vez: Si: No:

Problemas de salud actual: Si: ¿Cuál? _____, No:

Está recibiendo tratamiento: Si: No: ¿Cuál? _____

Utilización de los servicios de salud: mucho: poco: nunca:

¿Por qué? _____

Carpeta familiar No. _____

Fecha de llenado de la ficha: _____

Responsable del llenado: _____

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER
FICHA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER

Nombre Completo _____

Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Edad: _____

Estado Civil: Casada: Soltera: Acompañada: Otro:

Religión _____, responsable de/la adolescente: _____

Escolaridad: ninguna: primaria: secundaria: universitaria: otros:

Ocupación: _____

DATOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				
Paridad: _____	Partos: _____	Abortos: _____	Prematuros: _____	Vivos: _____
Fecha de ultima regla: _____	Si está embarazada retome la hoja CLAP			
Tiene relaciones sexuales coitales actualmente			SI	NO
Se protege en las relaciones sexuales coitales			SI	NO
Está de acuerdo en el espaciamiento de los/as hijos			SI	NO
Está de acuerdo con el uso de los métodos anticonceptivos			SI	NO
Conoce como se previene el cáncer de cervix, mama			SI	NO
Practica las medidas para prevenir el cáncer de cervix, y de mama			SI	NO
Esta planificando actualmente			SI	NO
Tipo de método	ACO	Inyectables	Permanente	DIU
	Naturales	Condomes	Otro	
Si desea planificar, proporcionar consejería y remítase a hoja de inscripción de PF para método temporal y referencia para método permanente				
Si requiere control de PF remítase a hoja de control subsecuente				
Si requiere abastecimiento proporcionar método de PF				

ANTECEDENTES DE SALUD GENERAL Y MORBILIDAD		
Diabetes	SI	NO
Hipertensión	SI	NO
Migrañas	SI	NO
Tiroides	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO
Anemias	SI	NO
Cirugía del tracto reproductivo	SI	NO
Cardiopatía	SI	NO
Nefropatía	SI	NO
Cáncer del aparato reproductor	SI	NO
ITS/VIH-SIDA	SI	NO
Hepatopatías	SI	NO
Hiperlipidemias	SI	NO
Infertilidad	SI	NO
Trastornos depresivos	SI	NO
Incontinencia urinaria	SI	NO

Discapacidades (físicas o mentales)	SI	NO
Gastritis		
Tabaquismo	SI	NO
Uso de drogas y/o Alcohol	SI	NO

INFORMACIÓN ADICIONAL			
Violencia Intrafamiliar	SI	NO	
Si se detecta violencia sexual, física y/o psicológica, remítase a hoja de violencia intrafamiliar.			
Ingesta de micronutrientes: Cuáles?	SI	NO	
Esquema de vacunación completo:	SI	NO	
Padece de algún problema de salud actual:	SI	NO	
En caso afirmativo, toma algún medicamento específico: Cuál?	SI	NO	
Fecha ultimo PAP	Resultado: _____		
Se ha realizado mamografía: si _____, no _____, fecha: _____	Resultado: _____		
Se ha realizado ultrasonografía pélvica: si _____, no _____, fecha: _____	Resultado: _____		
Utilización de los servicios de salud	Mucho	Poco	Nunca

SALUD ORAL							
Caries		Problemas en las encías		Esta en tratamiento	SI	NO	
Ha recibido medidas preventivas o de tratamiento alguna vez					SI	NO	

GRUPOS DE AUTOAYUDA			
Club de diabéticos		Club de hipertensos	
Ex fumadores		Ex alcohólicos	
VIH/SIDA		otros: especifique	

Problemas de salud actual: Si: ¿Cuál? _____, No:

Está recibiendo tratamiento: Si: No: ¿Cuál?: _____

Utilización de los servicios de salud: mucho: poco: nunca:

¿Por qué? _____

Carpeta familiar No. _____

Fecha de llenado de la ficha: _____

Responsable del llenado: _____

PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL ADULTO MASCULINO
FICHA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD DEL ADULTO MASCULINO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN								
Nombre								
Edad								
Estado civil				A:	S	C	D	V
Ocupación actual								

Religión: _____

Escolaridad: ninguna:____, primaria____, secundaria____, universidad____, nivel alcanzado____ grado

Esquema de vacunación completo: si____, no____

Evaluación nutricional: normal____, delgadez____, sobrepeso____, obesidad____. IMC____, peso____ kg, talla____

FACTORES DE RIESGO			
Consumo de tabaco	SI	NO	
Consumo de alcohol	SI	NO	
Sedentarismo	SI	NO	
Obesidad	SI	NO	
Sustancias psicoactivas	SI	NO	
Automedicación	SI	NO	

DATOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA			
Edad de inicio			
No de parejas sexuales		Una	Varias
Se protege en las relaciones sexuales coitales		SI	NO
Esta de acuerdo con el espaciamiento de los/as hijos		SI	NO
Esta de acuerdo con el uso de métodos		SI	NO
Conoce como se previene el cáncer de próstata		SI	NO
Practica las medidas para prevenir el cáncer de próstata		SI	NO
Uso de preservativos	Siempre	Ocasional	Nunca
Planifica en su familia		SI	NO
Que método de planificación familiar utiliza			
Conoce sobre la vasectomía		SI	NO
Disfunciones sexuales		Disfunción eréctil	
Padecimiento de ITS		SI	NO
No de hijos que tiene		TX MEDICO	
Tiene problemas de infertilidad		SI	NO

ANTECEDENTES DE SALUD GENERAL Y MORBILIDAD			
Diabetes Mellitus	Hipertensión arterial	Artritis	
Problemas renales	Infección de vías urinarias a repetición	Discapacidades físicas o mentales	
Gastritis	Colon irritable	Neumonías	
Cáncer de próstata	Hiperplasia prostática	Prostatitis	
Se ha realizado alguna vez examen de la próstata:		SI	NO
Tacto rectal:		SI	NO
Antígeno prostático:		SI	NO
Última vez que se lo realizo		Menos de 1 a	Mas de 1 a

SALUD ORAL							
Caries		Problemas en las encías		Esta en tratamiento	SI		NO
Ha recibido medidas preventivas o de tratamiento alguna vez					SI		NO
GRUPOS DE AUTOAYUDA							
Club de diabéticos			Club de hipertensos				
Ex fumadores			Ex alcohólicos				
VIH/SIDA			Otros:				

Utilización de los servicios de salud	Mucho		Poco		Nunca	
PROBLEMAS DE SALUD ACTUAL						
TRATAMIENTO						

Carpeta familiar No. _____

Fecha de llenado de la ficha: _____

Responsable del llenado: _____

PROGRAMA DE ATENCION EN SALUD DEL ADULTO MAYOR
FICHA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD DEL ADULTO MAYOR

DATOS GENERALES			
Nombre: _____			
Edad: _____		Sexo: _____	
Escolaridad: _____	Ocupación: _____		Religión: _____
Casado: _____	Viudo: _____	Divorciado: _____	Soltero: _____
Tiene cuidador: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre del cuidador: _____			
Familiar : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Parentesco: _____ Nombre: _____			
Responsable : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Parentesco: _____ Nombre: _____			
Ocupación del cuidador/familiar: _____			
ANTECEDENTES DE SALUD GENERAL Y MORBILIDAD			
Diabetes: <input type="checkbox"/> HTA: <input type="checkbox"/> Artritis: <input type="checkbox"/> TB: <input type="checkbox"/> Cáncer: <input type="checkbox"/> Alcoholismo: <input type="checkbox"/>			
Fumador: <input type="checkbox"/>			
En el último año, cual de los siguientes exámenes se ha tomado:			
Glucosa: ___ triglicéridos: ___ colesterol: ___ otros: _____			
Presión arterial actual: _____			
Vacunas: dT adulto: 1ª. <input type="checkbox"/> 2ª. <input type="checkbox"/> 1R <input type="checkbox"/> 2R <input type="checkbox"/> 3R <input type="checkbox"/>			
Vacuna antiinfluenza: <input type="checkbox"/>			
Fecha de toma de Citología: _____			
Resultado: _____			
Fecha examen de Próstata: _____			
Resultado: _____			
Tiene algún padecimiento actual: si: ____, no ____			
Uso de medicamentos: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Describe: _____			

Historia de incontinencia Urinaria:		SI	NO
Historia de abuso y abandono:		SI	NO
Discapacidades físicas y mentales:		SI	NO
Alimentación: desayuno _____, refrigerio: _____, almuerzo: _____			
Refrigerio: _____, cena: _____			

SALUD ORAL						
Caries		Problemas en las encías		Esta en tratamiento	SI	NO
Problemas para masticar		Uso de prótesis			SI	NO
Ha recibido medidas preventivas o de tratamiento alguna vez					SI	NO

DATOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA						
Edad de inicio						
No de parejas sexuales	UNA		VARIAS			
Se protege en las relaciones sexuales coitales					SI	NO
Esta de acuerdo con el espaciamiento de los/as hijos					SI	NO
Esta de acuerdo con el uso de métodos					SI	NO
Conoce como se previene el cáncer de cervix, mama o próstata					SI	NO
Practica las medidas para prevenir el cáncer de cervix, mama o próstata					SI	NO
Uso de preservativos			Siempre		Ocasional	Nunca
Planifica en su familia					SI	NO
Que método de planificación familiar utiliza						
Conoce sobre la vasectomía					SI	NO
Disfunciones sexuales		Disfunción eréctil		Eyaculación precoz		
Padecimiento de ITS		SI	NO	TX MEDICO	AUTO TX	
No de hijos que tiene						
Tiene problemas de infertilidad					SI	NO

GRUPOS DE AUTOAYUDA			
Club de diabéticos		Club de hipertensos	
Ex fumadores		Ex alcohólicos	
VIH/SIDA		De adultos mayores	

Otros:

Utilización de los servicios de salud	Mucho	Poco	Nunca
PROBLEMAS DE SALUD ACTUAL			
TRATAMIENTO			



**DIRECCION GENERAL DE SALUD
MODELO DE SALUD FAMILIAR**



FAMILIOGRAMA

SIMBOLOGIA PARA EL FAMILIOGRAMA

	Hombre		Matrimonio y año
	Mujer		Divorcio y año
	Muerte		Separacion y año
	Paciente indice o probando		No casados. Año en que iniciaron convivencia
			Linea continua o discontinua indica a los individuos que viven juntos
	Cuatro nacimientos, sexo no especificado		Relacion conflictiva
	Aborto espontaneo		Relacion distante
	Aborto inducido		Relacion cercana
	Embarazo -niño en utero		Relacion extremadamente cercana
	Gemelos dicigotos		Relacion dominante
	Gemelos monocigotos		Desaveniencia conyugal
	Adoptado		Desaveniencia conyugal con relacion extra marital
	Año de nacimiento		Divorcio - madre tiene la custodia de dos niños
Jose —	Nombre		Pareja casada cada uno con multiples conyuges
	Edad o año al fallecer		
30 - 48	Año de nacimiento y muerte		
CA	Causa de muerte		