

Historia clínica (II)

Medical history (II)

En este número presentamos la segunda parte del dossier sobre Historia Clínica, con dos presentaciones realizadas durante el Seminario de Formación Permanente «La Historia Psicomotriz en la Clínica Psicomotriz», que organizó la Licenciatura de Psicomotricidad de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina de Montevideo-Uruguay.

Para darle coherencia a esta segunda parte, continuación de lo publicado en el número anterior, hemos agrupado las dos intervenciones bajo el título común de «Registros médicos en el primer nivel de atención: la historia pediátrica ambulatoria y la historia familiar».

Este seminario, para docentes y estudiantes, fue organizada con la intención de plantear la discusión sobre aspectos poco abordados en la formación curricular de los Psicomotricistas, en este caso, el valor de la historia clínica como registro documental de la intervención psicomotriz en diagnóstico o en tratamiento psicomotriz y su valor legal.

La historia clínica de un paciente es un instrumento de indagación clínica imprescindible, pero al mismo tiempo conforma un registro documental sobre la intervención realizada con valor legal.

No existe aún un registro desde nuestra disciplina que permita realizar estadísticas, cuantificar la incidencia de determinadas *noxas*, establecer criterios epidemiológicos, establecer cuadros comparativos por regiones o entre países a nivel de los trastornos psicomotores.

En la Escuela Universitaria de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina existe desde hace más de cincuenta años una formación universitaria cuyos egresados trabajan como Licenciados en Registros Médicos. Teniendo a su cargo los aspectos formales e institucionales de la historia clínica. Las conferencias que publicamos son el fruto del trabajo interdisciplinar de profesores de dicho ámbito, que en un intercambio nos aportan otras miradas posibles y autorizadas sobre esta temática.

Con la publicación de estas conferencias, tratamos de revivir y compartir, de algún modo, las discusiones e intercambios acaecidos durante el Seminario. Somos conscientes de que el dialogo frente a frente, con confrontación de posiciones e ideas es parte del quehacer universitario, y por eso nos planteamos esta actividad, que ahora, con su publicación, esperamos que se multiplique.

RESUMEN:

En este número presentamos la segunda parte del dossier sobre Historia Clínica (continuación de lo publicado en el número 14), con una presentación realizada durante el Seminario de Formación Permanente «La Historia Psicomotriz en la Clínica Psicomotriz», que organizó la Licenciatura de Psicomotricidad de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina de Montevideo-Uruguay.

Esta actividad formativa, dirigida al colectivo de docentes y estudiantes, fue organizada con la intención de plantear la discusión sobre aspectos poco abordados en la formación curricular de los Psicomotricistas, como: el valor de la historia clínica como registro documental de la intervención psicomotriz en diagnóstico o en tratamiento psicomotriz y su valor legal.

PALABRAS CLAVE:

Historia clínica, historia psicomotriz, intervención psicomotriz, formación profesional, terapia psicomotriz.

ABSTRACT:

In this number we present the second part of the dossier about Medical History (continuation of the published in the number 14), with a presentation carried out during the Seminar of Permanent Formation «The Psychomotor History in the Psychomotor Clinic» organized by the Degree of Psychomotricity from the University School of Medical Technology of the Faculty of Medicine in Montevideo-Uruguay.

This formative activity, directed to the community of professors and students, was organized with the intention of outlining the discussion about some aspects few approached in the curricular formation of the Psychomotor therapist, as: the value of the medical history as documental registration of the psychomotor intervention in diagnostic or in psychomotor treatment and their legal value.

KEY WORDS:

Medical history, psychomotor history, psychomotor intervention, professional training, psychomotor therapy.

Registros médicos en el primer nivel de atención: la historia pediátrica ambulatoria y la historia familiar

Medical registrations in the first level of attention: the ambulatory pediatric history and the family history

Alicia Canetti y Silvia Da Luz

Departamento de Docencia en la Comunidad. Facultad de Medicina. Universidad de la Republica. Montevideo - Uruguay.

1. Importancia de la familia en el primer nivel de atención

La práctica en salud comunitaria privilegia a los grupos sociales, en particular la familia, como unidad de atención, en la medida en que su énfasis está puesto en la atención a los problemas prevalentes colectivos, en la promoción y en la prevención primaria de los problemas de salud.

La familia adquiere importancia por diferentes motivos:

- a) en ella se encuentran gran parte de los determinantes cotidianos del proceso salud-enfermedad (económicos, ambientales, psicosociales) especialmente en los primeros años de la vida;
- b) en ella se transmiten, construyen y refuerzan las creencias y las prácticas que favorecen u obstaculizan la búsqueda de condiciones de vida saludables;
- c) en ella se facilita o dificulta la evolución de los procesos mórbidos ya instalados y las respuestas a los tratamientos indicados, y por ende la restauración de la salud.

Cuadro 1: **Importancia del enfoque familiar en el 1^{er} nivel de atención**

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- La familia como contexto de la salud- enfermedad individual- La familia como paciente o foco de atención |
|---|

- Papel en la socialización, en el desarrollo y en la transmisión de valores y actitudes.
- Papel en el origen de los problemas de salud: ej. condiciones alimenticias, malnutrición, obesidad, hábitos de higiene, enfermedades infecciosas, maltrato físico, fracturas múltiples, trastornos del vínculo madre-

hijo, fallas en el crecimiento, separaciones, estrés, patologías físicas o psíquicas.

- Papel en la evolución de los problemas de salud: cumplimiento de indicaciones, cambio de funciones, etc.
- Influencia de los problemas de salud en el contexto familiar. Alcoholismo, Patologías crónicas

La teoría de sistemas constituye un marco conceptual de gran utilidad cuando se aborda el estudio del estado de salud- enfermedad del grupo familiar.

Dentro del enfoque sistémico, modelos como los de Bronfenbrenner proporcionan una herramienta teórica oportuna para entender la estrecha interrelación entre el sistema individual y niveles sistémicos más amplios y complejos en los que se incluye al microsistema familiar (exo, meso y macrosistema).

2. Enfoque individual y familiar de la familia. La familia como unidad de atención

Concebir la familia como unidad de atención no es sinónimo de prestar atención y relevancia a los aspectos familiares para entender los problemas del paciente individual y ayudar a su resolución.

La inclusión de los aspectos familiares en la comprensión integral del individuo tiene como objetivo ampliar el conocimiento de los determinantes del proceso salud-enfermedad de la persona, mejorar la comprensión de sus problemas de salud, identificar fenómenos del entorno que puedan amenazar la salud o entorpecer la adecuada evolución de los problemas y ayudar a modificar aquellos aspectos que puedan ser nocivos y fortalecer los aspectos protectores para la salud del individuo. Su objetivo último es definir estrategias integrales, que incluyan al contexto familiar, en pro de la salud individual. El compromiso y las transformaciones familiares se hacen en función de la salud-enfermedad de la persona.

Ubicar a la familia como unidad de atención, en cambio, tiene como objetivo explorar el estado de salud del conjunto, analizar los factores determinantes de problemas de salud así como aquellos protectores que son comunes a todo el grupo familiar, identificando cómo cada uno de estos aspectos determinantes puede influir o está incidiendo en los distintos miembros del conjunto y en sus relaciones recíprocas.

Su objetivo último es definir estrategias que promuevan salud en el conjunto o que contribuyan a restaurarla en alguno de sus miembros sin afectar la de los demás. El compromiso y las transformaciones familiares se hacen en función de la salud-enfermedad de todo el grupo.

Cuadro 2: **El abordaje familiar**

<p>EN LA ATENCIÓN INDIVIDUAL</p>	<p>EN LA ATENCIÓN FAMILIAR</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Recorte del sistema familiar - El individuo ocupa el eje central de la atención: unidad de estudio - El sistema familiar se analiza como determinante o sostenedor de la problemática individual - Las soluciones familiares se dirigen a resolver problemas individuales 	<ul style="list-style-type: none"> - El sistema familiar es visto en su conjunto - La familia ocupa el eje central de la atención y es unidad de análisis - El individuo es un elemento del conjunto y lo individual se analiza como determinante y determinado por esa unidad - Las soluciones familiares se dirigen a las problemáticas del conjunto (independientemente del subsistema sobre el que se actúe).

3. La historia familiar como herramienta clínica

La herramienta clínica utilizada para explorar la salud del grupo familiar es la historia familiar, en equivalencia a la historia clínica individual que se emplea para estudiar al individuo.

La historia familiar puede entenderse desde diferentes perspectivas: como proceso, como reconstrucción y como instrumento de organización y registro de la información .

La historia familiar es, por un lado, el proceso de vida que toda familia transcurre , con sus etapas , sus crisis, sus conflictos, tal y como ocurre en la realidad.

Por historia familiar se puede, igualmente, entender la reconstrucción o representación mental que cada familia tiene de su devenir y que determina su identidad y su pertenencia como grupo.

Finalmente, y relacionado con la atención en salud familiar y comunitaria, la historia familiar, al igual que la historia clínica individual, es el instrumento que los recursos del equipo de salud emplean para explorar las características del grupo familiar, identificar sus factores de riesgo y de protección, detectar oportunamente problemas de salud y definir estrategias, con la participación y compromiso del propio grupo familiar, dirigidas a modificar factores nocivos, fortalecer aspectos que promueven la salud del grupo y resolver los problemas existentes de manera concertada con la totalidad de sus miembros. Se complementa con las historias clínicas individuales de los integrantes del grupo.

Para cumplir con su objetivo, la historia familiar debe incluir el estudio de algunas dimensiones que dan cuenta de la estructura y funcionamiento familiar así como de los vínculos de este microsistema con el meso, exo y macrosistema, dentro de los que se incluye al propio sistema sanitario.

Componentes de la Historia familiar

<p>1. MOTIVO DE LA SELECCIÓN : DE LA FAMILIA</p>	<p>Geográfico Paciente individual Enfoque de riesgo.</p>	
<p>2. COMPOSICION O ESTRUCTURA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Nuclear → ◆ Extendida → ◆ Compuesta → 	<p>Completa Horizontal o Vertical</p>	<p>Monoparental Numerosa</p>
<p>3. FASE DEL CICLO VITAL FAMILIAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Constitución ◆ Expansión ◆ Desprendimiento ◆ Madura (Nido vacío) ◆ Terminal 		
<p>4. NIVEL SOCIOECONOMICO Y CULTURAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Vivienda → ◆ Escolaridad → ◆ Situación Laboral → ◆ Ingresos En relación a salarios mínimo En relación a línea de pobreza 	<p>Adecuada (materiales y Ventilación, conservación.) Primaria completa o + Activo, Calificado, estable, elegido</p>	<p>Deficiente Hacinamiento Analfabeto o Primaria In Completa Desocupado, manual no Calificado, inestable</p>
<p>5. CLIMA FAMILIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>Roles</u>:¿ Quiénes los ocupan? → ◆ <u>Funciones</u>:¿ Cómo se distribuyen? → ◆ <u>Comunicación</u>: Intercambio entre integrantes(ideas, afectos,etc) → 	<p>Simetría -Cooperación- -Abierta, Clara - Frecuente, -No excluye a nadie .</p>	<p>-Roles simétricos -Roles invertidos -“con sobrecarga de funciones -Roles parentales -Violenta - Escasa - Excluyente</p>

<ul style="list-style-type: none"> ◆ Límites: -Entre los subsistemas -Hacia el exterior ◆ Normas: ¿Cómo se establece lo Permitido y lo prohibido? 	<p>→</p> <p>→</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Límites permeables - Integración social -Con flexibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Familia aglutinada o desligada - Aislada - Con rigidez y violencia - Con permisividad (tolera todo) - Con incoherencias
---	-------------------	--	---

6. **SOPORTES SOCIALES:**

Recursos que proporcionan a la familia ayuda material, emocional e informacional y frente a los que la familia se siente valorada y respetada. Ej: Sanitarios, educativos, alimenticios, recreativos, deportivos, religiosos, culturales, etc.
Ausentes, escasos, adecuados.

7. **SUCESOS VITALES ESTRESANTES:** Agudos o Crónicos: Respuestas familiares de ajuste o desajuste..

8. **HISTORIAS CLNICAS INDIVIDUALES**



DIAGNOSTICO FAMILIAR:

- . ETAPA DEL CICLO VITAL
- . PROBLEMAS DE SALUD: Individuales o familiares
- . FACTORES DE RIESGO: Especificos o inespecificos.
- . FACTORES DE PROTECCION: Especificos o inespecificos



PLAN DE ATENCION PROGRAMADA FAMILIA

Abordando con la familia la modificación y solución de los problemas y de los factores de riesgo y reforzando los factores de protección.

- Acciones de educación para la salud
- Acciones asistenciales (intrasectorial)
- Acciones de coordinación intersectorial con redes de soporte

La representación gráfica de estas dimensiones se conoce tradicionalmente como familiograma o genograma, que resume en forma simbólica distintos aspectos familiares relevantes en el diagnóstico de salud del grupo y de sus miembros.

La visita domiciliaria, por su parte, representa el encuentro con las personas en el mismo ámbito en donde transcurre su vida cotidiana y en cuyo marco se despliega la vida familiar. Es una herramienta que contribuye a mejorar y ampliar la información sobre los aspectos del entorno cotidiano que inciden en la salud de todos y cada uno de los miembros del grupo. Al mismo tiempo es un escenario complementario al del sector salud (consultorio), en el que es posible realizar acciones en salud dirigidas a la prevención primaria (educación y promoción de salud), secundaria (detección y tratamiento oportunos) y terciaria (rehabilitación).

4. Propuesta de historia clínica pediátrica ambulatoria

La Historia Clínica estandarizada es un instrumento de registro fundamental para el seguimiento diacrónico o longitudinal del estado de salud del niño.

Facilita la aplicación sistemática de acciones en el control pediátrico y ayuda a normatizar

los procesos diagnósticos. Es útil no solamente para el seguimiento individual, sino que puede constituirse en una valiosa fuente de información para el estudio y comparación de grupos poblacionales.

A su vez, se constituye en un instrumento útil para la docencia.

A partir de la experiencia de trabajo interdisciplinario en el primer nivel de atención, se detectaron carencias en los registros disponibles en el país: ausencia de registro de las acciones anticipatorias, falta de registro de las acciones anticipatorias, ausencia de registro riguroso de las diferentes áreas del desarrollo, así como de la adquisición de hábitos (sueño, alimentación y control de esfínteres), falta de un registro detallado de la historia alimentaria y poco énfasis en los aspectos psicosociales.

Estas carencias llevaron al equipo a elaborar una historia clínica que permitiera el registro del control periódico del niño durante los primeros cinco años de vida.

Se elaboró una hoja para cada instancia de control, según las normas aceptadas en nuestro medio (control mensual en el primer año de vida, a los 18 meses y 1 control anual a partir de los 2 años.)

Las áreas registradas (dependiendo de la edad) son las siguientes: Antecedentes del embarazo y parto, Crecimiento, Desarrollo, Historia alimentaria, Hábitos, Contexto familiar, Situación de madre y padre, Apego, Examen físico, Guía anticipatoria, Prevención de accidentes, Diagnóstico y Plan de acciones.

Este historia clínica fue sometida a estudios pilotos, con el fin de probar si es un instrumento de fácil aplicación, estimando el tiempo que insume el registro y si el contenido se adecua a los objetivos del control y/o de la consulta pediátrica.

Construir una historia clínica de estas características implica una revisión sistemática del conocimiento, constituyendo un proceso de innovación en la medida que implica la aplicación de este conocimiento en la construcción de un instrumento de diagnóstico y seguimiento.

Existe una versión impresa y una versión informatizada .

A continuación se presenta la tapa de la historia y dos hojas de registro correspondientes al mes y a los 6 meses de vida.

En la elaboración de la historia clínica participó el Dr, Bernardo Alonso en calidad de coautor.

En la informatización participó el Dpto. de Economía de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

BIBLIOGRAFÍA:

Bernardi, R. ; Schwartzmann, L.; Canetti, A. et al. (1996). *Cuidando el potencial del futuro. El desarrollo de niños preescolares en familias pobres del Uruguay*. Montevideo: GIEP-CSIC-UNICEF-CLAP. GIEP Eds. Premio de la Academia Nacional de Medicina, Abril de 1997.

Bronfenbrenner, U. y Morris, P.A.. (1998). The ecology of developmental processes. In R.M. Lerner (Ed.), *Theory, Volume 1 of Handbook of Child Psychology* (5th edition), series editor: W. Damon. NY: Wiley.

Canetti, A.; Da Luz, S. (2003). *Enseñanza Universitaria en el ámbito comunitario. Desafíos y propuestas para la formación de recursos en el área de la salud*. Montevideo: Canetti, Da Luz Eds. Recorte Impresos.

Canetti, A.; Klasse, E.; Grumbaun, S.; Rosenberg, R. (1998). Estrategias de trabajo con familias en condiciones de pobreza desde un programa docente asistencial en salud materno infantil. *XIII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo*. Montevideo, 22 de Noviembre de 1998.

Equipo docente de Salud Mental en Comunidad (1992). *Programa de Trabajo del área de salud mental. Programa Docente en Comunidad*. Montevideo: Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Florenzano, R.; Horwitz, N.; et al. (Eds.) (1986). *Salud Familiar*. Santiago de Chile: División Ciencias Médicas Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Fundación Kellogg-Corporación de Promoción Universitaria (CPU).

Jaime Alarid, H.; Irigoyen Coria, A. (1985). *Fundamentos de Medicina Familiar*. México: Ed. Francisco Méndez Cervantes, 2^a Edición.

OMS (1990). *Home Risk Chart*. Geneve: World Health Organization, División of Mental Health.

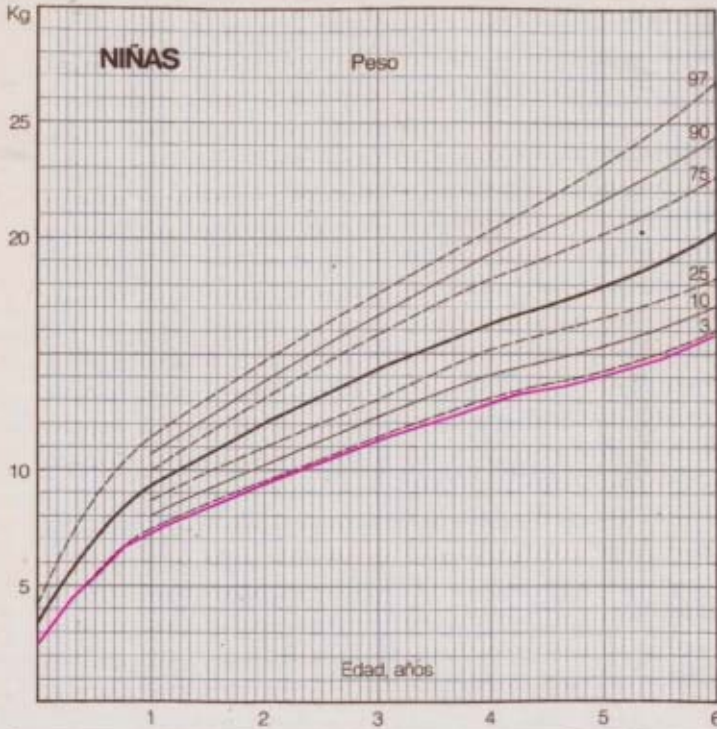
OMS (1990). *Parents Interview Schedule. Draft for comment and field testing Psychosocial Axis of the Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders*. Geneve: World Health Organization, Division of Family Health and Division of Mental Health.

Sauceda García, J.M. y Maldonado Durán, J.M. (Eds.) (2003). *La familia. Su dinámica y tratamiento*. Washington: OPS-IMSS.

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA AMBULATORIA / FACULTAD DE MEDICINA / URUGUAY

FICHA PATRONIMICA

NOMBRE
 NOMBRE DE LA MADRE C.I.
 DOMICILIO TELEFONO



EDAD	TALLA	PESO	PC

VACUNAS	RN	2M	4M	6M	1a	2a	5a
BCG							
PENTAVALENTE							DPT
POLIO							
SRP							
VARICELA							
HEPATITIS A							
MENINGO AC							

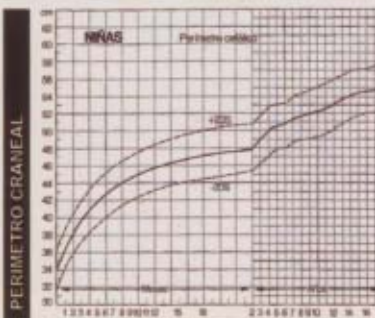
EDAD	EVENTOS / PATOLOGIAS

TOTAL DE LACTANCIA

MESES

PDE

TOTAL



MAXILAR SUPERIOR	MAXILAR INFERIOR
Incisor central	Incisor central
Incisor lateral	Incisor lateral
Canino	Canino
Primer premolar	Primer premolar
Segundo premolar	Segundo premolar

ECOGRAFIA DE CADERA

SEXO
RAZA
RECONOCIDO
INSCRIPTO

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

PRODUCTO DE MADRE DE AÑOS, SANA

PADRE DE AÑOS, SANO

..... GESTA, EMBARAZO CONTROLADO TOLERADO, PARTO

RECIENTE NACIDO APGAR (..... /) PATOLOGIA PERINATAL

..... ALIMENTADO INMUNIZADO

..... CRECIMIENTO DESARROLLO

Realización: Dr. Bernardo Alonso / Supervisión: Dra. Silvia Da Luz / Dra. Alicia Canetti / Compaginación: Vicente Scopice

POLICLINICA:		CONTROL 1 MES	
REALIZADO POR		ACOMPAÑADO POR	
Edad	meses	días	Fecha
		N° Historia	C.I.
¿Ha pasado bien desde su última visita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Hubo algún cambio en el entorno fiar.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
ALIMENTACIÓN			
PD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	LV1 <input type="checkbox"/> LV3 <input type="checkbox"/>	Acidificada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Lactadas/día		LV2 <input type="checkbox"/> LV4 <input type="checkbox"/>	Bien edulcorada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tiempo/Lact.	min.	MAL DILUIDA <input type="checkbox"/>	Edad de introd. días
LM 13%	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	NO TOMA <input type="checkbox"/>	Otros alimentos:
(Si toma LV: óptimo LV2+7,5%azúcar)			
HÁBITOS			
Alimentarios	Problemas PD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Biberón en brazos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
A demanda		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Horario fijo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sueño	Horas de sueño día	noche	Duerme tranquilo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Posición:	Duerme toda la noche	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Concilia el sueño en el lugar que duerme habitualmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
decúbito dorsal <input type="checkbox"/>	Por periodos de más de 1 hora	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Lugar: moisés, cuna o su cama <input type="checkbox"/> cama con otros <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>
decúbito prono <input type="checkbox"/>	Se duerme sólo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	cama de padres <input type="checkbox"/> Acl. otros: _____
decúbito lateral <input type="checkbox"/>			Habitación: cuarto padres <input type="checkbox"/>
		comparte su cuarto <input type="checkbox"/>	
		cuarto solo <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>	
Higiene	Baño diario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	caída del cordón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Jabón neutro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Donde lo baña	a los _____ días
		bañito <input type="checkbox"/> palangana <input type="checkbox"/>	
		balde <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>	
CONTROL ACTUAL			
Deposiciones normales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Deposiciones/día:	Pañales mojados/día:
CEV	vigente sin atraso <input type="checkbox"/>	vigente atrasado <input type="checkbox"/>	no vigente <input type="checkbox"/>
(Obligatorio VER CEV)		no inmunizado <input type="checkbox"/>	Pañales descartables <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			tela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Observaciones: <input type="checkbox"/> Problemas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
FAMILIA			
Discusiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Apoyo económico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Ayuda alimentaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
MADRE	Tiempo para el niño	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Síntomas de depresión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tiempo para sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiempo para la pareja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Planificación Familiar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Planea trabajar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sucesos vitales estresantes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Áreas de desempeño: _____			
PADRE			
Vive en domicilio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Visita al niño	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Aporta dinero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Participa en la crianza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
HERMANOS			
Actitud adecuada frente a éste hermano		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

EXAMEN FÍSICO		CONTROL 1 MES	
PESO <input type="text"/> gr. LONGITUD <input type="text"/> cm PC <input type="text"/> cm Durante el examen:		La madre se muestra: <input type="checkbox"/> tranquila <input type="checkbox"/> inhibida <input type="checkbox"/> ansiosa <input type="checkbox"/> otros	
NORMAL <input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
Estado General	nor- mal	PATOLÓGICO	descripción
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mucosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paniculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Linfoganglionar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoarticular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdomen/Ombigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pleuropulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bucofaringe/ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DESARROLLO		NORMAL <input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Fija la mirada	<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>	REFLEJOS ARCAICOS	
Vocaliza	<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>	Preñión	<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>
Inicia sonrisa social	<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>	Moro	<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>
Atiende objetos en movimientos	<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>	Marcha	<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>
En prono levanta la cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>	Escalamiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>
		Movimientos al azar de los brazos	<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>
RECOMENDACIONES			
<ul style="list-style-type: none"> • PDE A DEMANDA • LUBRICAR LA PIEL CON ACEITE O VASELINAÇ • BAÑO CON JABÓN NEUTRO • CORTAR UÑAS EN FORMA PERIÓDICA • USAR JABÓN EN BARRA PARA LAVAR ROPA DEL NIÑO. • PREFERENTEMENTE ROPA DE ALGODÓN EN CONTACTO CON EL CUERPO. • NO SOBREALBRIGAR AL NIÑO (1 PRENDA MÁS QUE LA MADRE) • HÁBITOS DE SUEÑO: DEJAR QUE SE DUERMA EN SU CUNA. • ESTIMULOS: COLGARLE MÓVILES DE COLORES EN LA CUNA. • DESNUDARLO PARA PERMITIRLE LIBERTAD DE MOVIMIENTOS. • DISCUTIR: USO DEL CHUPETE SI EL NIÑO LO USA, LAVADO DE BIBERONES. • ALIMENTACIÓN DE LA MADRE QUE DA PDE: LIQUIDO (MIN 2LT DIARIOS), EVITAR CAFÉ, TE, ALCOHOL Y FUMAR. 			
VACUNAR EN PRÓXIMA VISITA			
DIAGNÓSTICOS			
CONDUCTA			
Conductas de apego y vínculo		La reciprocidad de los intercambio es:	
Los intercambios los inicia:		frecuente <input type="checkbox"/> rara <input type="checkbox"/>	
madre <input type="checkbox"/>	ambos <input type="checkbox"/>	ausente <input type="checkbox"/>	
niño <input type="checkbox"/>	ninguno <input type="checkbox"/>		
Intercambio de: sonrisas <input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
caricias <input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		de miradas <input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Sostén adecuado <input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Lenguaje <input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Cuidados adecuados		<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>	
Reconocen necesidades del bebé		<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>	
Saben consolarlo		<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>	
Violencia física o verbal		<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>	
RELACIÓN DE APEGO ADECUADA		<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>	
DESTACAR			
Pulso femoral		<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>	
Reflejo rojo-pupilar		<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>	
Soplos cardiovasculares		<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>	
Reacciona a sonidos		<input type="checkbox"/> Si <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> No <input type="radio"/>	
GUÍA ANTICIPATORIA			
<ul style="list-style-type: none"> • ENSEÑAR EL USO DEL TERMÓMETRO A LOS PADRES. • CÓLICOS DE LACTANTES • DISMINUYE NÚMERO DE DEPOSICIONES • NO CUMPLE HORARIO FIJO DE ALIMENTACIÓN Y DESCANSO. • PUEDE PRESENTAR PERÍODO DE LLANTO. MÁXIMO AL MES, HASTA 3 HRS. POR DÍA. 			
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES			
<ul style="list-style-type: none"> • DUERME EN CUNA CON BARROTES. • BAÑO CON AGUA TEMPLADA. • NUNCA DEJARLO SOLO CON HERMANOS PEQUEÑOS. • NO EXPONERLO AL SOL. • NO BEBER LÍQUIDOS CALIENTES CON EL NIÑO EN BRAZOS. 			

POLICLINICA: _____		CONTROL 6 MESES	
REALIZADO POR _____		ACOMPANADO POR _____	
Edad	meses	días	Fecha
N° Historia		C. I.	
¿Ha pasado bien desde su última visita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Hubo algún cambio en el entorno familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
ALIMENTACIÓN			
PD <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	FRUTAS	CEREALES	CARNES
Lact./día _____	MANZANA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	H.deMAIZ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	VACA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tiempo/Lact. _____ min.	BANANA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	ARROZ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	POLLO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
LM13% <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PERA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	TAPIOCA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	HIGADO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
LV1 <input type="checkbox"/> LV3 <input type="checkbox"/>	DURAZNO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	TRIGO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	PESCADO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
LV2 <input type="checkbox"/> LV4 <input type="checkbox"/>	CIRUELA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	AVENA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	CLARA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
MAL DILUIDA <input type="checkbox"/>	CITRICOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	CEBADA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	YEMA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
NO TOMA <input type="checkbox"/>		CENTENO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	LEGUMINOSAS
(Si toma LV: óptimo LV2+5%azúcar)			LENTEJAS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Acidificada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	N° bib/día _____	VITAMINA D <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Porotos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Bien edulcorada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	VOL/día _____	HIERRO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	GARBANZOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Otros Alimentos: _____
HABITOS			
Alimentarios	Comidas/día _____	almuerzo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Silla de comer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		cena <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Con quien come <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/>
Donde come _____		Lugar fijo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	en familia <input type="checkbox"/>
		Horarios Fijos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sueño	Se duerme solo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Habitación: cuarto padres <input type="checkbox"/>	moisés, cuna o su cama <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>
Horas de sueño _____ día	Duerme toda la noche <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	comparte su cuarto <input type="checkbox"/>	Lugar: cama de padres <input type="checkbox"/>
_____ noche	Duerme fácilmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	cuarto solo <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>	cama con otros <input type="checkbox"/>
		Acl. otros: _____	
Higiene	Baño diario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Lav. dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Donde lo baña: balde <input type="checkbox"/> bañito <input type="checkbox"/>
	Jabón neutro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		palangana <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>
CONTROL ACTUAL			
Deposiciones normales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Deposiciones/día: _____	Pañales mojados/día: _____	Pañales descartables <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
CEV <input type="checkbox"/> vigente sin atraso <input type="checkbox"/> vigente atrasado <input type="checkbox"/> no vigente <input type="checkbox"/> no inmunizado <input type="checkbox"/>	(Obligatorio VER CEV)		
Problemas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
FAMILIA			
Discusiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Apoyo económico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ayuda alimentaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
MADRE	Tiempo para el niño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Síntomas de depresión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tiempo para si <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiempo para la pareja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Planificación Familiar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Planea trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sucesos vitales estresantes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Áreas de desempeño: _____			
PADRE	Vive en domicilio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Visita al niño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Aporta dinero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Participa en la crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
HERMANOS	Actitud adecuada frente a éste hermano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

EXAMEN FISICO		CONTROL 6 MESES	
PESO <input type="text"/> gr. LONGITUD <input type="text"/> cm. PC <input type="text"/> cm.		Durante el examen:	
NORMAL <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		El niño se muestra:	
		<input type="checkbox"/> cooperador <input type="checkbox"/> pasivo <input type="checkbox"/> opositorista <input type="checkbox"/> otros	
		La madre se muestra:	
		<input type="checkbox"/> tranquila <input type="checkbox"/> inhibida <input type="checkbox"/> ansiosa <input type="checkbox"/> otros	
Estado General	normal	PATOLÓGICO	descripción
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mucosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paniculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Linfoganglionar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoarticular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdomen/Ombilg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pleuropulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bucofaringe/URL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DESARROLLO			
NORMAL		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Gira la cabeza cuando alguien entra <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Se sienta solo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Lleva objetos a la boca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Aplauda	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dice Bisilabos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Agarrado se mantiene en pie <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Imita sonidos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Entiende "CHAU"	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Se esconde	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
DESTACAR			
Estrabismo fijo		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Pinza digitopulgar		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Juega con observador	<input type="radio"/> Sí	Interés por objetos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
		SIGNOS DE MALTRATO <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
RECOMENDACIONES		GUIA ANTICIPATORIA	
Comienza a comer: Cereales, harina de maíz, arroz, tapioca, lácteos (yogur, queso, manteca), carnes (vaca, pollo, hígado). Continúa: puré de frutas y verduras. SIN AGREGADO DE SAL. Baño diario con jabón neutro. Cortar uñas de forma periódica. Satisfacer sus necesidades de forma precoz. ESTIMULOS: cantar, hablarle, tocarlo, hacerle masajes, imitar gestos con caras. Jugar con sonidos y tonos de voz diferentes. Juguetes de manipular y mirar. Ponerlo frente al espejo y nombrar las partes de su cuerpo. Sentarlo en el piso con almohadones. Enseñarle a aplaudir y esconderse. Repetir lo que dice. Leerle libros imágenes simples y explicárselas. DISCUTIR: el uso del chupete, los hábitos de sueño, la toma de alimentos, el uso del andador (desaconsejar). Ser paciente con la adaptación a la comida. Respetar rutinas de alimentación y sueño. Pocas reglas, pero firmes.		COMIENZA ERUPCIÓN DENTARIA DISFRUTA TOMANDO LOS ALIMENTOS CON LA MANO LLANTO FRENTE A DESCONOCIDOS	
		PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	
		Baño con agua templada NUNCA dejarlo solo en alturas NO dejarlo solo en bañito - ni con hermanos menores, ni animales NO exponerlo al sol - NO beber líquidos calientes con el niño en brazos NO dejar objetos pequeños (menores de 5 cm) NO usar alargues de corriente - Proteger enchufes NO tener en el piso objetos peligrosos (cables, objetos punzantes) Evitar Humo de Cigarrillo	
DIAGNÓSTICOS			
CONDUCTA			

