

FORMATO N° 02
TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACION DE SERVICIOS

| | |
|----------------------------------|--|
| Órgano y/o Unidad Orgánica: | OFICINA DE SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA- RED DE SALUD MOQUEGUA |
| Actividad del POI: | NIÑOS Y NIÑAS CON CRED COMPLETO PARA SU EDAD |
| Denominación de la Contratación: | <ul style="list-style-type: none"> • ADQUISICION DE LIBRETA DEL CUIDADO INTEGRAL DEL SALUD DE LA NIÑA Y DEL NIÑO • ADQUISICION DE FORMATO DE HISTORIA CLINICA DE 5 A 11 AÑOS. • ADQUISICION DE FORMATO DE HISTORIA CLINICA DEL MENOR DE 5 AÑOS • ADQUISICION DE FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO • ADQUISICION DE FORMATOS PARA LA VALORACION ANTROPOMETRICA DEL NIÑO • ADQUISICION FORMATOS PARA LA VALORACION ANTROPOMETRICA DE LA NIÑA • ADQUISICION DE TEST DE VIGILANCIA: ESQUEMA VISUAL DE HITOS DEL DESARROLLO SEGÚN AREA- "HUACA TEST" • ADQUISICION DE PRUEBA DE EVALUACION DEL DESARROLLO INFANTIL EDI • ADQUISICION DE LISTA DE HABILIDADES Y CONDUCTAS ESPERADAS POR EDAD DEL NIÑO DE 4 A 11 AÑOS 11 MESES 29 DIAS • ADQUISICION DE GUIA DE PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCION DEL TRANSORNO DE ESPECTRO AUTISTA (TEA) • ADQUISICION DE CUESTIONARIO DE SINTOMAS PEDIATRICOS (PSC-17-6 A 11 AÑOS) • ADQUISICION DE CUESTIONARIO DE DETECCION DE CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL (AUDIT-C) • ADQUISICION DE CUESTIONARIO DE DETECCION DE DEPRESION: ESCALA PHQ-9. • ADQUISICION DE CUESTIONARIO DE DETECCION DE VIOLENCIA EN MADRES DE NIÑOS < 5 AÑOS • ADQUISICION DE FICHA DE IDENTIFICACION DE SIGNOS DE MALTRATO Y RIESGO DE VIOLENCIA • ADQUISICION DE FICHA DE TAMIZAJE-VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL (VIF) • ADQUISICION DE CUESTIONARIO LISTA DE SINTOMAS PEDIATRICOS PREESCOLAR (PPSC-3-5 AÑOS) • ADQUISICION DE CUESTIONARIO LISTA DE SINTOMAS PEDIATRICOS PREESCOLAR (PPSC-3-5AÑOS) |



| |
|--|
| <p>I. FINALIDAD PÚBLICA (Obligatorio)</p> <p>La NTS 238 N° 238.MINSA/DGEIESP-2025 establece instrumentos obligatorios para el control de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 11 años, con la finalidad de garantizar un registro estandarizado, oportuno y completo que permita vigilar el desarrollo, nutrición y salud integral, facilitando el seguimiento y la toma de decisiones clínicas y administrativas para mejorar el desarrollo infantil temprano.</p> |
| <p>II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO (Obligatorio)</p> <p>En el marco de la NTS N.° 238-MINSA, los formatos de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) constituyen herramientas técnicas estandarizadas que permiten registrar, monitorear y evaluar de manera integral el estado de salud, crecimiento y desarrollo de niñas y niños. Estos formatos incluyen el registro de datos antropométricos (peso, talla, perímetro cefálico), evaluación del desarrollo psicomotor según edad, control de vacunación, suplementación con micronutrientes, tamizajes (como anemia), así como la identificación de factores de riesgo y consejería brindada a los cuidadores; asimismo, se incorpora la Libreta de Cuidado Integral de la Niña y el Niño como instrumento clave para el seguimiento continuo,</p> |

donde se consigna la información relevante del niño y se promueve la participación activa de la familia en el cuidado y vigilancia de su desarrollo. Su uso sistemático facilita la detección oportuna de alteraciones, el seguimiento longitudinal del niño y la toma de decisiones para intervenciones preventivas y correctivas, garantizando la continuidad y calidad de la atención en los establecimientos de salud, de igual manera se consideran instrumentos y cuestionarios estandarizados de tamizaje para la detección temprana de problemas del desarrollo y salud mental como los relacionados con el trastorno del espectro autista, los cuales permiten identificar signos de alerta y facilitar la referencia oportuna para evaluación especializada.

III. ALCANCES Y DESCRIPCION DEL SERVICIO: (Obligatorio)

Descripción del servicio a contratar

| Ítem | Cantidad | Descripción del servicio |
|--------------|----------|------------------------------------|
| 500100050561 | 1 | SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL |

1. LIBRETA DEL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA Y DEL NIÑO

- Formato de tamaño 29.5 cm x 21 cm (tamaño de la hoja A4, cerrado tipo libro) fácil de hojear.
- Tipo de encuadernación: lomo cuadrado con engrapado para 16 páginas (dos grapas al centro) que permita que la libreta abra totalmente plana para fácil escritura.
- Extensión: 16 páginas, incluye portada, contraportada y 14 páginas de contenido/registro.
- Material papel bond de 75 gr para fácil escritura
- Impresión: full color (se adjunta Modelo)
- Cantidad: 1500 unidades

2. FORMATO DE HISTORIA CLINICA DE 5 A 11 AÑOS

- Impresión una sola cara blanco y negro
- Hoja tamaño oficio
- Cantidad 3000 unidades
- Se adjunta modelo

3. FORMATO DE HISTORIA CLINICA DEL MENOR DE 5 AÑOS

- Impresión una sola hoja cara blanco y negro
- Hoja tamaño oficio
- Cantidad 3000 unidades
- Se adjunta modelo

4. FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO

- Impresión en ambas caras blanco y negro (juego de dos hojas)
- Hoja tamaño oficio
- Cantidad 3000 juegos
- Se adjunta modelo

5. FORMATOS PARA LA VALORACION ANTROPOMETRICA DEL NIÑO

- Impresión ambas caras a color (juego de 4 hojas)
- Hoja tamaño A4
- Cantidad 3000 juegos
- Se adjunta modelo

6. FORMATOS PARA LA VALORACION ANTROPOMETRICA DE LA NIÑA

- Impresión ambas caras a color (juego de 4 hojas)
- Hoja tamaño A4
- Cantidad 3000 juegos
- Se adjunta modelo

7. TEST DE VIGILANCIA: ESQUEMA VISUAL DE HITOS DEL DESARROLLO SEGÚN AREA-“HUANCA TEST”

- Impresión ambas caras a color
- Hoja tamaño A4
- Cantidad 3000 unidades
- Se adjunta modelo



- 8. PRUEBA DE EVALUACION DEL DESARROLLO INFANTIL (EDI)**
- Impresión una sola cada a color
 - Hoja tamaño A4
 - Cantidad 3000 unidades
 - Se adjunta modelo
- 9. LISTA DE HABILIDADES Y CONDUCTAS ESPERADAS POR EDAD DEL NIÑO DE 4 A 11 AÑOS 11 MESES 29 DIAS**
- Impresión ambas caras a blanco y negro color (juego de 4 hojas)
 - Hoja tamaño A4
 - Cantidad 3000 juegos
 - Se adjunta modelo
- 10. GUIA DE PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCION DEL TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA**
- Impresión ambas caras a blanco y negro
 - Hoja tamaño A4
 - Cantidad 2000 juegos
 - Se adjunta modelo
- 11. CUESTIONARIO DE SINTOMAS PEDIATRICOS (PSC-17 DE 6 A 11 AÑOS)**
- Impresión una sola cara blanco y negro
 - Hoja tamaño A4
 - Cantidad 4000 unidades
 - Se adjunta modelo
- 12. CUESTIONARIO DE DETECCION DE CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL (AUDIT-C)**
- Impresión una sola cara blanco y negro
 - Hoja tamaño A4
 - Cantidad 4000 unidades
 - Se adjunta modelo
- 13. CUESTIONARIO DE DETECCION DE DEPRESION: ESCALA PHQ-9**
- Impresión una sola cara blanco y negro
 - Hoja tamaño A4
 - Cantidad 5000 unidades
 - Se adjunta modelo
- 14. CUESTIONARIO DE DETECCION DE VIOLENCIA EN MADRES DE NIÑOS < 5 AÑOS**
- Impresión ambas caras blanco y negro
 - Hoja tamaño A4
 - Cantidad 5000 unidades
 - Se adjunta modelo
- 15. FICHA DE IDENTIFICACION DE SIGNOS DE MALTRATO Y RIESGO DE VIOLENCIA**
- Impresión ambas caras blanco y negro
 - Hoja tamaño A4
 - Cantidad 4000 unidades
 - Se adjunta modelo
- 16. FICHA DE TAMIZAJE-VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL (VIF)**
- Impresión una sola cara blanco y negro
 - Hoja tamaño A4
 - Cantidad 5000 unidades
 - Se adjunta modelo
- 17. LISTA DE SINTOMAS PEDIATRICOS PREESCOLAR (PPSC 3 A 5 AÑOS)**
- Impresión una sola cara blanco y negro
 - Hoja tamaño A4
 - Cantidad 5000 unidades
 - Se adjunta modelo

TODAS LA HOJAS DEBEN SER PAPEL BOND DE 75 GR

NOTA: COORDINAR CON EL AREA USUARIA PARA LAS IMPRESIONES (RESP. PP DIT DE LA RED MOQUEGUA)

- IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS**
(De corresponder)



- NTS 238/ MINSA/DGIESP-2025 NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO APROBADA CON RM 682-2025-MINSA

V. SEGUROS (De corresponder)

NO CORRESPONDE

VI. GARANTÍA COMERCIAL (De corresponder)

NO CORRESPONDE

VII. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (Obligatorio)

- RUC Activo
- Documento de Identidad
- N° de Cuenta de CCI
- Registro Nacional de Proveedores.

VIII. LUGAR Y PLAZO DE LA PRESTACION (Obligatorio)

Lugar: Almacén de Diresa Moquegua
Plazo: Según la indagación del mercado

IX. ENTREGABLES (De corresponder)

Según lo solicitado en el punto III

X. CONFORMIDAD (Obligatorio)

El área usuaria dará la conformidad responsable del Programa presupuestal Desarrollo Infantil temprano de la Red Moquegua.

XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO (Obligatorio)

La entidad deberá realizar un solo pago previa conformidad por parte del área usuaria.

- Comprobante de pago autorizado por la SUNAT
- Acta e conformidad de servicio

La entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas a favor del contratista siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato.

El pago se realiza según disposición contenida en el Artículo 67 y en su numeral 67.3. El pago se realiza en un plazo máximo de diez días hábiles luego de otorgada la conformidad por parte del área usuaria y es prorrogable, previa justificación de la demora, por cinco días hábiles

XII. CONFIDENCIALIDAD (De corresponder)

(Indicar la confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información a la que se tenga accesos y que se encuentre relacionada con la prestación, quedando prohibido revelar dicha información a terceros)
(en caso no corresponda indicar: **NO CORRESPONDE**)

XIII. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA (Obligatorio)

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

XIV. RESPONSABILIDAD POR LA ASIGNACIÓN DE BIENES (De Corresponder)

En aquellos casos en los cuales, para el cumplimiento de la prestación, la Entidad asigne al Contratista algún bien mueble o inmueble, éste es responsable del buen uso y conservación de los mismos; de lo contrario, responderá por su deterioro o pérdida, debiendo proceder a su reposición dentro del plazo máximo de cinco (5) días hábiles.

XV. PENALIDADES (Obligatorio)



Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo en días}}$$

Donde $F = 0.40$.

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.

Se considera justificado el retraso, cuando el contratista acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.

Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

XVI. OTRAS PENALIDADES (Opcional)

(De acuerdo al tipo de contratación las áreas usuarias pueden establecer otras penalidades diferentes a la mora, las cuales deben ser objetivas, razonables y proporcionales con el objeto de la contratación, por lo que se debe precisar el listado de las situaciones, condiciones, el procedimiento de verificación de las ocurrencias y los

montos o porcentajes a aplicar)

(en caso no corresponda indicar: **NO CORRESPONDE**)

XVII. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL

La DIRESA MOQUEGUA puede resolver el contrato, en los siguientes casos:

- a) Por acumulación del monto máximo de la penalidad por mora o por el monto máximo para otras penalidades, en la ejecución de la prestación a su cargo.
- b) Caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite la continuación del contrato.
- c) Incumplimiento de obligaciones contractuales, por causa atribuible al contratista.
- d) Hecho sobreviniente al perfeccionamiento del contrato, de supuesto distinto al caso fortuito o fuerza mayor, no imputable a ninguna de las partes, que imposibilite la continuación del contrato.
- e) Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción y antisoborno.
- f) Por la presentación de documentación falsa o inexacta durante la ejecución contractual.
- g) Por la presentación con información inexacta o falsa de la Declaración Jurada de Prohibiciones e Incompatibilidades a que se hace referencia en la Ley de prevención y mitigación del conflicto de intereses en el acceso y salida de personal del servicio público. Asimismo, en caso se incumpla con los impedimentos señalados en el artículo 5 de dicha ley se aplicará la inhabilitación por cinco años para contratar o prestar servicios al Estado, bajo cualquier modalidad.

XVIII. OBLIGACION ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO

A la suscripción del contrato o de la formalización de la Orden, el Contratista declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, al (los) evaluador (es) del proceso de contratación o cualquier servidor de LA DIRESA MOQUEGUA

Asimismo, el Contratista se obliga a mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, lo que supone actuar con probidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente. Aunado a ello, el Contratista se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito.

En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados.

Adicionalmente, el Contratista se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento



durante la ejecución del contrato con LA DIRESA MOQUEGUA

Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acápite, durante la ejecución contractual, otorga a LA DIRESA MOQUEGUA el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

XIX. SOLUCION DE CONTROVERSIAS (Obligatorio)

Son conciliables las controversias sobre indemnización por daños y perjuicios surgidas durante la ejecución contractual, prestaciones accesorias, vicios ocultos y otras obligaciones que se deben cumplir con posterioridad a la culminación de la ejecución de la prestación principal del contrato, en adición a las señaladas en el numeral 81.1 del artículo 81 de la Ley, Las reglas aplicables a la conciliación son en base al artículo 82 de la Ley. Asimismo, todas las controversias que surjan entre las partes sobre la validez, nulidad, interpretación, ejecución, terminación o eficacia de los contratos menores se resuelven mediante conciliación, conforme lo dispuesto en el numeral 81.3 del artículo 81 de la Ley.

En el caso de las contrataciones menores los indicados plazos se reducen a quince días hábiles.

XX. GESTIÓN DE RIESGOS (De corresponder)

(Identificar los riesgos que pueden presentarse durante el proceso de contratación, con especial énfasis en la ejecución contractual; así como identificar responsabilidades de las partes.)

Las partes realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente documento, a fin de tomar decisiones informadas, aprovechando el impacto de riesgos positivos y disminuyendo la probabilidad de los riesgos negativos y su impacto durante la ejecución contractual, considerando la finalidad pública de la contratación.

DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
RED DE SALUD MOQUEGUA

.....
Lic. Erika Cinthia Grossmann Sosa

Firma

Área usuaria o técnica estratégica

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PEDIÁTRICOS (PSC-17)
(6 a 11 años)

Instrucciones: Marque con una "X" la frecuencia de cada conducta.
Pregunte al cuidador qué es lo que mejor describe a su niño o niña.

| N° | Preguntas | Nunca (0) | A veces (1) | Frecuente mente (2) |
|----|--|-----------|-------------|---------------------|
| 1 | Se siente triste. | | | |
| 2 | Se siente pesimista/piensa que las cosas son difíciles y le van a salir mal. | | | |
| 3 | Se siente mal consigo mismo. | | | |
| 4 | Se preocupa mucho. | | | |
| 5 | Se aburre fácilmente. | | | |
| 6 | Le cuesta estar tranquilo(a). | | | |
| 7 | Sueña despierto(a)/ está en su propio mundo. | | | |
| 8 | Se distrae fácilmente. | | | |
| 9 | Le cuesta concentrarse. | | | |
| 10 | Es muy inquieto(a), tiene demasiada energía. | | | |
| 11 | Pelea con otros niños(as) o adolescentes. | | | |
| 12 | No sigue las órdenes/reglas. | | | |
| 13 | No comprende los sentimientos de los demás. | | | |
| 14 | Molesta o se burla de los demás. | | | |
| 15 | Culpa a los demás de sus problemas. | | | |
| 16 | Se niega a compartir. | | | |
| 17 | Coge cosas ajenas. | | | |
| | | | | |
| | ¿Tiene su hijo(a) algún problema emocional o del comportamiento para el cual necesita ayuda? | SI | | NO |

INTERPRETACIÓN (Puntos de corte):

- **GLOBAL (Todos los ítems 1 al 17):** Puntaje ≥ 15 = **TAMIZAJE POSITIVO** (Riesgo de afectación psicosocial).
- **Emocional / Internalizada (Ítems 1 al 5):** Puntaje ≥ 5 = Riesgo de problemas de ansiedad o depresión.
- **Atención (Ítems 6 al 10):** Puntaje ≥ 7 = Riesgo de problemas de atención.

- **Conducta / Externalizada (Ítems 11 al 17):** Puntaje ≥ 7 = Riesgo de problemas de conducta.

DETECCIÓN DE CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL (AUDIT-C)

Nombres y Apellidos: _____ Fecha: _____

Evaluable: [] Padre [] Madre [] Cuidador

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año

| Pregunta | |
|--|----------------------|
| <p>1. ¿Con cuánta frecuencia toma una bebida que contiene alcohol?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Una vez al mes o menos</p> <p>(2) 2-4 veces al mes</p> <p>(3) 2-3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p> | <input type="text"/> |
| <p>2. ¿Cuántas bebidas con alcohol toma en un día típico en que bebe?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8 o 9</p> <p>(4) 10 o más</p> | <input type="text"/> |
| <p>3. ¿Con cuánta frecuencia toma seis o más bebidas en una ocasión?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Una vez al mes</p> <p>(3) Una vez por semana</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> | <input type="text"/> |
| PUNTAJE TOTAL: | |

INTERPRETACIÓN: La evaluación del instrumento AUDIT-C debe realizarse en una escala de 0 a 12 puntos. Un puntaje de 0 indica la ausencia de consumo de alcohol. Un resultado positivo se establece a partir de la siguiente puntuación:

- Hombres: Puntaje igual o mayor a 4 puntos.
- Mujeres: Puntaje igual o mayor a 3 puntos.

- **Acción:** Si es positivo, realizar interconsulta a psicología o CSMC.

DETECCIÓN DE DEPRESIÓN: ESCALA PHQ-9

Nombres y Apellidos: _____ **Fecha:** _____
Evaluado: [] Padre [] Madre [] Cuidador

Instrucciones: En estas 2 últimas ¿Usted ha sentido molestias o problemas cómo?

| N° | Preguntas | Para nada | Varios días (1-6 d) | La mayoría de días (7-11 d) | Casi todos los días (12-14 d) |
|--|---|------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1 | ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? | | | | |
| 2 | ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza? | | | | |
| 3 | ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o dormir demasiado? | | | | |
| 4 | ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique? | | | | |
| 5 | ¿Poco apetito o comer en exceso? | | | | |
| 6 | ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? | | | | |
| 7 | ¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta (o) o intranquila (o) de lo normal? | | | | |
| 8 | ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir? | | | | |
| 9 | ¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una (un) fracasada (o) o que se ha fallado así misma o a su familiar? | | | | |
| Sub total | | | | | |
| TOTAL | | | | | |
| Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿Cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa o relacionar se con otras personas debido a estos problemas? (Marque con una x en la casilla que mejor lo represente) | | Nada en absoluto | Algo difícil | Muy difícil | Extremadamente difícil |
| | | | | | |

Sumar todos los ítems y obtener un puntaje total

| Puntaje | 0-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-27 |
|----------------|------------------|---------------------------|-------------------------------|---|-----------------------------|
| Interpretación | Mínimo o ninguna | Síntomas depresivos leves | Síntomas depresivos moderados | Síntomas depresivos moderadamente severos | Síntomas depresivos severos |
| Caso negativo | | Caso positivo | | | |

DETECCIÓN DE VIOLENCIA EN MADRES DE NIÑOS < 5 AÑOS

MOMENTO 1: OBSERVACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA

El profesional debe estar alerta a estos indicadores durante toda la consulta:

| CATEGORÍA | INDICADORES A OBSERVAR |
|-----------------------|--|
| Síntomas Psicológicos | Insomnio o trastornos del sueño, ansiedad y angustia, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultad de atención y concentración, irritabilidad, labilidad emocional (llanto sin motivo aparente), consumo elevado de tranquilizantes, alcohol y drogas, temor al agresor. |
| Síntomas Físicos | Cefaleas, dolor crónico, mareo, molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal). |
| Lesiones | Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: Cara/cabeza, los brazos o muslos o diferentes partes del cuerpo. |
| Actitud en Consulta | Evasiva, incómoda, nerviosa, se altera, por ejemplo, al abrirse la puerta, actitud apresurada o atemorizada, sentimientos de vergüenza (Retraimiento, dificultad para comunicarse, evitar mirar a la cara del evaluador (a), desvalorización de sí misma (se califica como torpe, inútil e incapaz, entre otros apelativos negativos sobre sí misma), falta de cuidado personal (apariencia desaliñada). |

MOMENTO 2: INDAGACIÓN INICIAL (Preguntas Abiertas)

Si observa signos en el Momento 1, realice estas preguntas para explorar el estado emocional:

Salud Emocional:

- ¿Cómo se siente usted misma?
- ¿Cómo están su apetito, sueño y ganas de hacer sus actividades?
- ¿Toma algo para sentirse mejor?

Relación de Pareja o Expareja:

- ¿Cómo se siente en la relación con su pareja o expareja?
- ¿Cuáles son los desacuerdos más frecuentes?
- ¿Cómo los resuelven? ¿Llegan a discutir?
- ¿Cómo suelen terminar esas discusiones?
- ¿Su pareja o expareja se enoja fácilmente o tiene arranques de cólera?

MOMENTO 3: INDAGACIÓN DIRECTA (INSTRUMENTO DE PUNTAJE)

Aplique si detecta sospecha o incomodidad en los momentos previos

| Preguntas | Marque su respuesta | Valor |
|---|---------------------|-------|
| 1. En general, ¿Cómo describiría usted su relación con su pareja? | Estresante | 3 |
| | Un poco estresante | 2 |
| | Nada estresante | 1 |
| 2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con: | Mucha dificultad | 3 |

| | | |
|---|-----------------------|---|
| | Algo de dificultad | 2 |
| | Sin dificultad | 1 |
| 3. Al terminar las discusiones usted ¿se siente decaída o mal con usted misma? | Muchas veces | 3 |
| | A veces | 2 |
| | Nunca | 1 |
| 4. ¿Las discusiones terminan en golpes, patadas o empujones? | Muchas veces | 3 |
| | A veces | 2 |
| | Nunca | 1 |
| 5. ¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja? | Muchas veces | 3 |
| | A veces | 2 |
| | Nunca | 1 |
| 6. Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso? | Muchas veces | 3 |
| | A veces | 2 |
| | Nunca | 1 |
| 7. Su pareja ¿la insulta, garabatea, grita humilla y descalifica verbalmente? | Muchas veces | 3 |
| | A veces | 2 |
| | Nunca | 1 |
| 8. ¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas? | Muchas veces | 3 |
| | A veces | 2 |
| | Nunca | 1 |
| | PUNTAJE TOTAL: | |

| INTERPRETACIÓN | PUNTAJE MÍNIMO | PUNTAJE MÁXIMO |
|--|---|----------------|
| Tamizaje positivo | >15 | 24 |
| Tamizaje negativo | 8 | 15 |
| Caso de violencia confirmado Tamizaje positivo | Si uno o más de las preguntas 4 y 7 son afirmativas, incluso si el puntaje tal fuera < de 15, siempre que el profesional de la salud confirme la comprensión de las preguntas y respuestas. | |

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE MALTRATO Y RIESGO DE VIOLENCIA

a. Indicadores de alta sospecha de maltrato (observación clínica): El profesional de la salud busca activamente la presencia de los siguientes hallazgos:

| TIPO DE INDICADOR | SIGNOS DE ALARMA (La presencia de UNO solo obliga a actuar) |
|---------------------------|---|
| Lesiones Físicas | <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier lesión física (moretones, quemaduras, fracturas) en un lactante que aún no se moviliza. • Lesiones en lugares (torso, orejas, cuello, cara interna de muslos). • Lesiones que presentan un patrón reconocible (forma de mano, cinturón, cigarrillo). • Múltiples lesiones en diferentes etapas de curación (ej. Moretones de varios colores) |
| Inconsistencia del relato | <ul style="list-style-type: none"> • La historia o relato del cuidador no coincide con la naturaleza de la lesión. • La explicación es inconsistente con la capacidad de desarrollo del niño. • Hay un retraso inexplicable en la búsqueda de atención médica para la lesión. |
| Signos de abuso sexual | <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones, irritación, sangrado o dolor en la zona genital o anal. • Conocimiento o conducta sexual inapropiadas para la edad. |
| Signos de negligencia | <ul style="list-style-type: none"> • Falla de medro (pobre ganancia de peso y talla) sin causa orgánica. • Descuido severo y persistente en la higiene y el vestuario. • Falta recurrente a los controles de salud o incumplimiento de tratamientos médicos. |

b. Preguntas de indagación sobre disciplina y castigo físico:

Pautas de Aplicación:

- Crear un ambiente de confianza: Realizar estas preguntas en un tono empático y sin prejuicios.
- Adaptar el lenguaje: Adecuar las preguntas a la edad y nivel de comprensión tanto de los cuidadores como del niño.
- Observar la comunicación no verbal: Prestar atención a las reacciones y el lenguaje corporal durante la conversación.

Preguntas de indagación con los Padres, Madres o Cuidadores Principales

| PREGUNTA GUÍA | SUB-PREGUNTAS DE PROFUNDIZACIÓN |
|--|---|
| 1. ¿Cómo disciplina a su hijo/a?" (Pregunta abierta para iniciar) | |
| 2. ¿Usted o alguien más alguna vez ha golpeado a su hijo/a con la mano?" | a. ¿En qué parte de su cuerpo? b. ¿Con qué frecuencia? c. ¿Alguna vez ha dejado huella? |
| 3. ¿Usted o alguien más alguna vez ha golpeado a su hijo/a con un objeto?" | a. ¿Qué objeto? (ej. correa, palo, sandalia) b. ¿En qué parte de su cuerpo? c. ¿Con qué frecuencia? d. ¿Alguna vez ha dejado huella? |
| 4. ¿Alguna vez ha utilizado otros medios físicos de disciplina?" | a. Pellizcar b. Patear c. Jalar del cabello d. Otros (especificar): |
| 5. ¿Qué tipo de medidas no físicas utiliza para disciplinar?" | a. Tiempo fuera b. Pararse en una esquina c. Quitarle privilegios d. Mandarlo a su cuarto |

Preguntas de indagación con las niñas y niños (a partir de los 3 años, adecuar según edad)

| PREGUNTA GUÍA | SUB-PREGUNTAS DE PROFUNDIZACIÓN |
|---|--|
| 1. ¿Qué pasa en casa cuando te metes en problemas?" | |
| 2. ¿Qué hace mamá cuando te metes en problemas?" | |
| 3. ¿Qué hace papá cuando te metes en problemas?" | |
| 4. "¿Alguna vez alguien te ha pegado?" | <p>¿¿¿¿¿¿ ¿¿¿ ¿¿ ¿¿¿¿¿¿¿¿</p> <p>¿¿¿¿¿ ¿¿¿ ¿¿¿¿¿ ¿¿ ¿¿ ¿¿¿¿¿¿</p> <p>¿¿¿¿ ¿??¿ ¿¿ ¿¿??¿¿??</p> <p>¿¿¿¿¿¿ ¿¿¿ ¿¿¿¿¿¿¿???</p> <p>¿¿¿¿ ??¿¿¿ ¿¿¿ ¿¿ ¿¿ ¿?¿?¿¿ ¿?¿?¿?¿</p> |

FICHA DE TAMIZAJE - VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL (VIF)

Ficha de Tamizaje - Violencia Familiar y Maltrato Infantil

DIRESA/GERESA/DIRIS _____ EESS _____

SERVICIO: Emergencia Pediatría Gineco-obstetricia CRED Otros _____

Nombres y Apellidos _____ EDAD _____ SEXO: Masculino Femenino

Lea al paciente: Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste estas preguntas:

PREGUNTE

Si es adulto (a): ¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, la golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?

SI NO ¿Quién?.....

Si es padre o madre de familia:

¿Su hijo es muy desobediente?

SI NO

¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?

SI NO

Marque con aspa (X), todos los indicadores de maltrato que observe

| Físico | Psicológica | Sexuales |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables. | <input type="checkbox"/> Demandas excesiva de atención. | <input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños). |
| <input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras. | <input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños. | <input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión, y hemorragia en zona genital. |
| <input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables. | <input type="checkbox"/> Tartamudea. | <input type="checkbox"/> Embarazo precoz. |
| <input type="checkbox"/> Marcas de mordeduras. | <input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar. | <input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de enfermedades de Trans. sexual. |
| <input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc. | <input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. | Negligencia |
| <input type="checkbox"/> Laceraciones de boca, mejillas, ojos, etc. | <input type="checkbox"/> Ausentismo escolar. | <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. |
| <input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño), interrupción de sueño). | <input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde. | <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud. |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el apetito. | <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico. | <input type="checkbox"/> Accidentes o enf. muy frecuente. |
| <input type="checkbox"/> Enuresis (niño). | <input type="checkbox"/> Aislamiento de personas. | <input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aseo. |
| Psicológica | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio. | <input type="checkbox"/> Falta de estimulación de desarrollo. |
| <input type="checkbox"/> Extraña falta de confianza en sí misma. | <input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizantes o analgésicos. | <input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre. |
| <input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia. | | |

FECHA _____ DERIVADO POR _____ FIRMA _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CASO _____

GUÍA DE PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DEL TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Por favor, responda las siguientes preguntas acerca de su niño o niña. Considere la forma en la que su niño o niña se comporta habitualmente. Si Ud. ha visto a su niño o niña realizar la conducta pocas veces, pero no es lo que él o ella habitualmente hace, entonces marque la respuesta "NO". Por favor, encierre en un círculo SI o NO en cada pregunta. Muchas gracias.

| | | | |
|----|---|----|----|
| 1 | Si Ud. Señala algo que está del otro lado de la habitación, ¿su hijo(a) mira hacia lo que acaba de señalar? (POR EJEMPLO: Si Ud. señala un juguete o animal, ¿su hijo o hija mira al juguete o animal?) | SI | NO |
| 2 | ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo(a) es sordo(a)? | SI | NO |
| 3 | ¿Su hijo(a) realiza juegos de imaginación o imitación? (POR EJEMPLO: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o a un peluche?) | SI | NO |
| 4 | ¿A su hijo(a) le gusta treparse o subirse a las cosas? (POR EJEMPLO: juegos del parque como toboganes o 'subibajas', muebles o escaleras) | SI | NO |
| 5 | ¿Su hijo(a) hace movimientos extraños con los dedos de las manos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO: ¿mueve o agita los dedos de la mano cerca de sus ojos de manera extraña?) | SI | NO |
| 6 | ¿Su hijo(a) señala o indica con el dedo cuando quiere pedir algo o buscar ayuda? (POR EJEMPLO: señala algún alimento o juguete que está fuera de su alcance) | SI | NO |
| 7 | ¿Su hijo(a) señala o indica con el dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle) | SI | NO |
| 8 | ¿Su hijo(a) muestra interés por otros niños? (POR EJEMPLO: ¿mira a otros niños, les sonrío o se acerca a ellos?) | SI | NO |
| 9 | ¿Su hijo(a) le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que Ud. las vea, no para pedir ayuda, sino solamente para compartirlas con Ud.? (POR EJEMPLO: ¿le muestra una flor, un peluche o un carrito?) | SI | NO |
| 10 | ¿Su hijo(a) responde cuando Ud. lo llama por su nombre? (POR EJEMPLO: ¿su hijo(a) le mira, habla o balbucea o deja de hacer lo que está haciendo para mirarlo cuando Ud. lo llama por su nombre?) | SI | NO |
| 11 | ¿Cuándo Ud. le sonrío a su hijo(a), él o ella también le sonrío? | SI | NO |
| 12 | ¿A su hijo(a) le molestan mucho los ruidos comunes? (POR EJEMPLO: ¿su hijo(a) grita, llora o se desespera cuando escucha una aspiradora, una licuadora, una moto, la radio, música fuerte u otro ruido común?) | SI | NO |
| 13 | ¿Su hijo(a) camina solo o sola, sin apoyo? | SI | NO |
| 14 | ¿Su hijo(a) le mira a los ojos cuando Ud. le habla, juega con él o ella o le viste? | SI | NO |
| 15 | ¿Su hijo(a) imita lo que Ud. hace? (POR EJEMPLO: decir chau con la mano, aplaudir o repetir un ruido gracioso cuando Ud. lo hace). | SI | NO |
| 16 | Si Ud. voltea a mirar algo, ¿su hijo(a) también voltea para ver lo que Ud. está mirando? | SI | NO |
| 17 | ¿Su hijo(a) intenta hacer que Ud. le mire y le preste atención? (POR EJEMPLO: su hijo(a) le llama o le pide que le mire, buscando su aprobación) | SI | NO |
| 18 | ¿Su hijo(a) le entiende cuando Ud. le pide que haga algo sin hacerle algún gesto? (POR EJEMPLO: su hijo(a) entiende, sin que Ud. señale, cuando le dice "pon el libro encima de la silla" o "trae la mantita"). | SI | NO |
| 19 | Si algo le llama la atención a su hijo(a), ¿él o ella le mira a Ud. para ver su reacción? (POR EJEMPLO: si escucha un ruido extraño o gracioso o si ve un juguete nuevo, ¿le mira a Ud.?) | SI | NO |
| 20 | ¿Le gustan a su hijo(a) los juegos con movimientos? (POR EJEMPLO: le gusta que lo columpien o jugar al "caballito" sobre sus rodillas) | SI | NO |

El instrumento de tamizaje M-CHAT-R consta de 20 ítems cuya respuesta puede ser “Sí” o “No”. Puede ser respondido por el padre, madre u otro cuidador o el profesional de la salud puede leerlo en voz alta al padre, madre u otro cuidador para registrar la respuesta.

La puntuación se obtiene de la suma de los ítems de riesgo:

La respuesta “**No**” es una respuesta de riesgo en todos los ítems **excepto en los ítems 2, 5, y 12.**

Debe asignarse 0 (cero) puntos a cada ítem cuya respuesta sea “Sí” y **1 (un) punto a cada ítem cuya respuesta sea “No”, excepto en los ítems 2, 5, y 12 cuyo puntaje es invertido.**

El riesgo se clasifica de la siguiente manera:

| PUNTAJE TOTAL | NIVEL DE RIESGO | INTERPRETACIÓN Y ACCIÓN OBLIGATORIA |
|---------------|-----------------|--|
| 0 – 2 | BAJO RIESGO | Tamizaje negativo. No se requiere acción adicional más allá de la vigilancia regular del desarrollo. Reaplicar sólo si surgen nuevas preocupaciones. |
| 3 – 7 | RIESGO MODERADO | Tamizaje positivo. Indica una sospecha que requiere seguimiento. Intervención: Realizar interconsulta o derivación al profesional de la salud correspondiente para una evaluación más profunda. Programar sesiones de ATD. |
| 8 – 20 | RIESGO ALTO | Tamizaje positivo. Indica una alta sospecha de TEA. Intervención: Realizar interconsulta o derivación inmediata y prioritaria al profesional de la salud correspondiente para una evaluación más profunda. Programar sesiones de ATD. |

LISTA DE SÍNTOMAS PEDIÁTRICOS PREESCOLAR (PPSC)
(3 a 5 años)

Instrucción: ¿Usted diría que su niño/a hace estas cosas igual, un poco más o mucho más que otros niños de su edad?

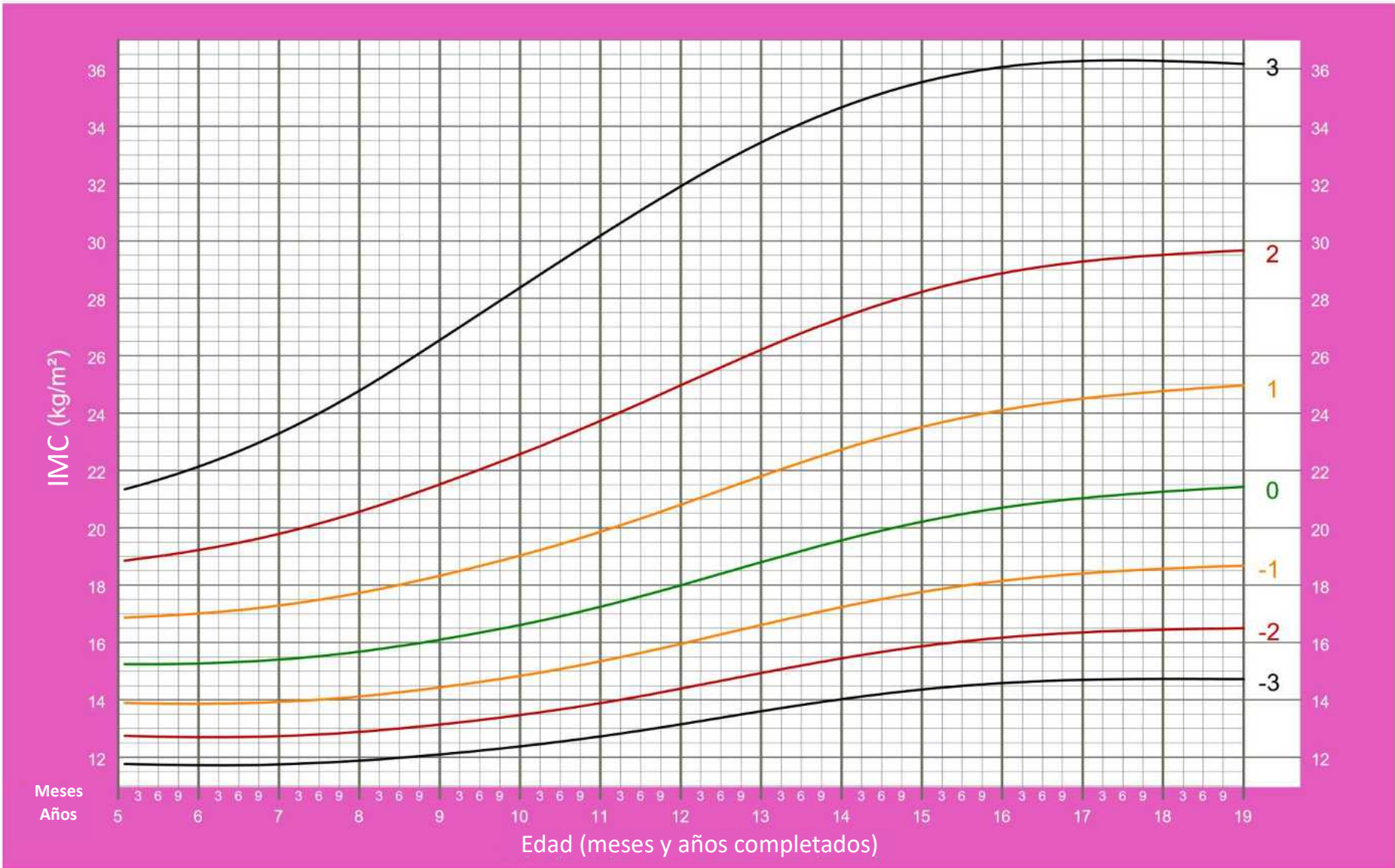
| | N° | PREGUNTAS | Igual (0) | Un poco más (1) | Mucho más (2) |
|----------------------|----|---|-----------|-----------------|---------------|
| Su niño/a... | 1 | ¿Parece nervioso/a o asustado/a? | | | |
| | 2 | ¿Parece triste o infeliz? | | | |
| | 3 | ¿Se molesta si las cosas no se hacen a su manera o como quisiera? | | | |
| | 4 | ¿Tiene dificultad ante los cambios? | | | |
| | 5 | ¿Tiene dificultad al jugar con otros niños/as? | | | |
| | 6 | ¿Rompe cosas a propósito? | | | |
| | 7 | ¿Pelea con otros niños/as? | | | |
| | 8 | ¿Tiene dificultad para prestar atención? | | | |
| | 9 | ¿Tiene dificultad para calmarse? | | | |
| | 10 | ¿Tiene dificultad para mantenerse en una sola actividad? | | | |
| | 11 | ¿Es agresivo/a? | | | |
| | 12 | ¿Es inquieto/a o tiene dificultad para permanecer sentado/a? | | | |
| | 13 | ¿Se enoja con facilidad? | | | |
| Es difícil... | 14 | ¿Llevar a su niño/a a lugares públicos? | | | |
| | 15 | ¿Consolar o calmar a su niño/a? | | | |
| | 16 | ¿Saber qué necesita su niño/a? | | | |
| | 17 | ¿Mantener a su niño/a en un horario o una rutina? | | | |
| | 18 | ¿Lograr que su niño/a le obedezca? | | | |

CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN:

- Identifique las respuestas de riesgo. Para la calificación solo se consideran como “**Respuesta de Riesgo**” aquella que se registran en las dos columnas “**Un poco más**” y “**Mucho más**”.
- Sume el número total de respuestas marcadas en esas dos columnas (Ítems 1 al 18).
- **TAMIZAJE POSITIVO:** Puntaje total ≥ 9 . Indica riesgo de problemas emocionales o conductuales. Brindar orientación y realizar o interconsulta o derivación a psicología o médico cirujano.

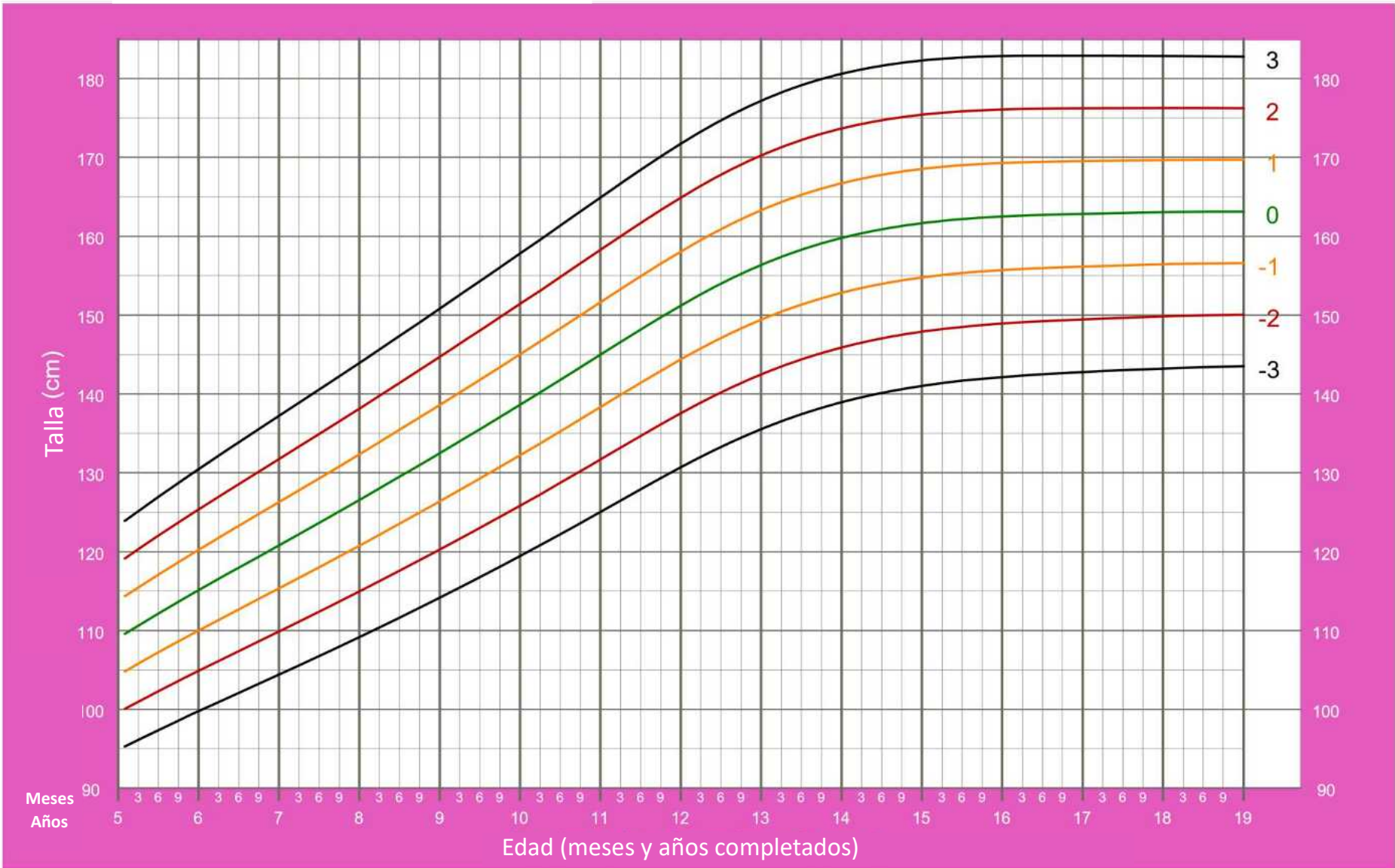
IMC para la edad NIÑAS

5 a 19 años (puntuación Z)



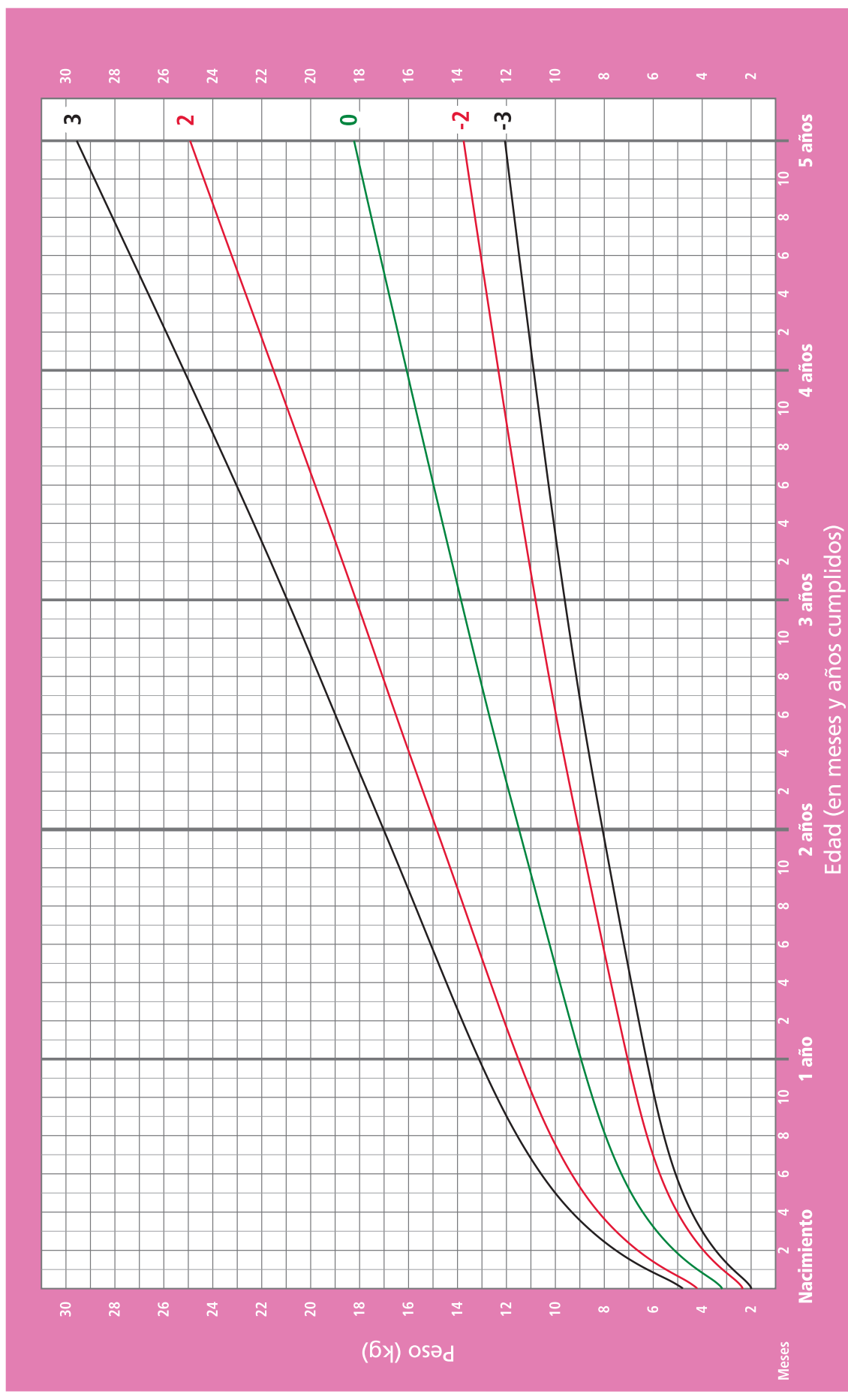
Talla para la edad NIÑAS

5 a 19 años (puntuación Z)



Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



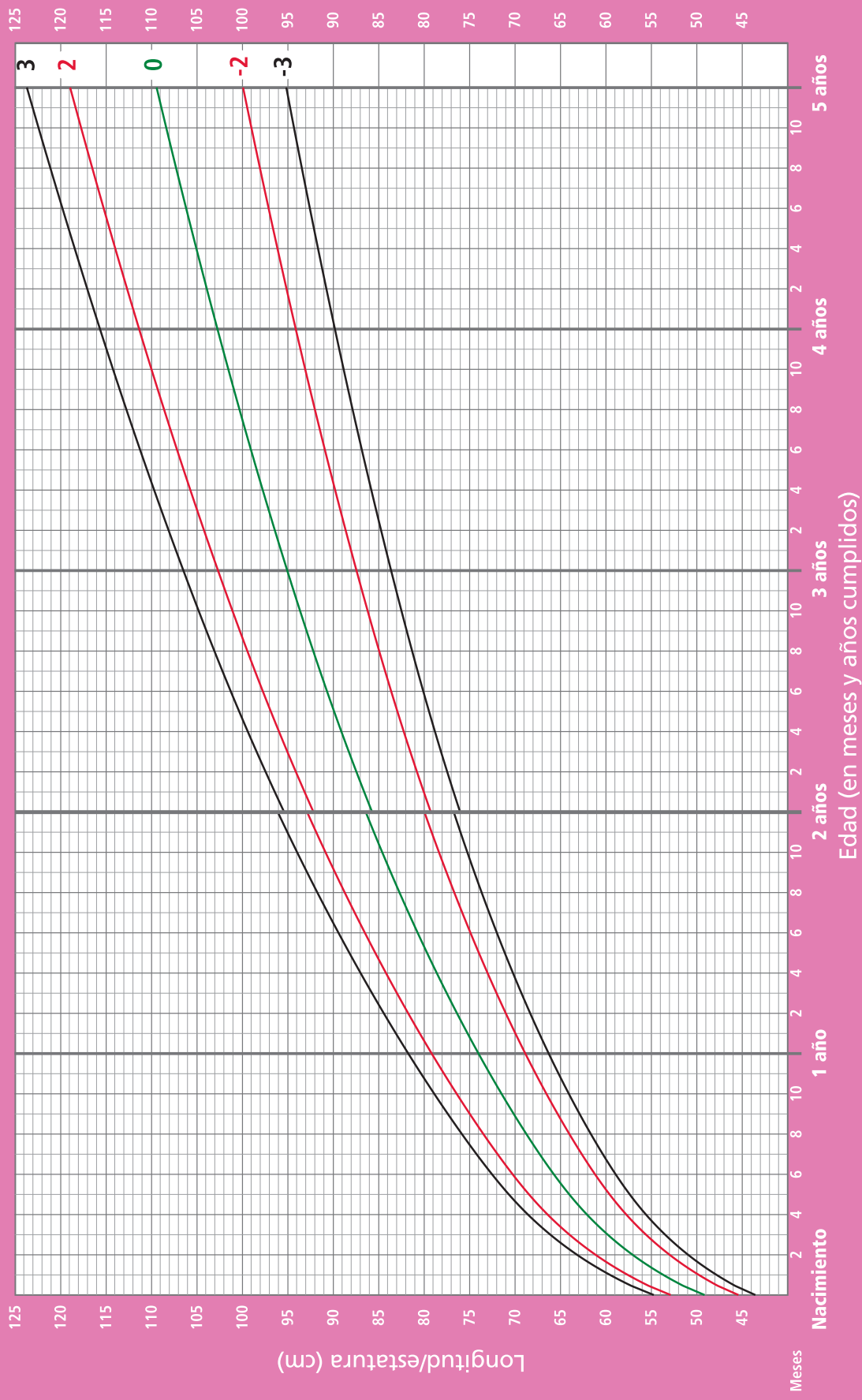
Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº H.C.

Longitud/estatura para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

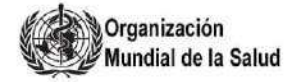


Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° H.C.

Peso para la longitud Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

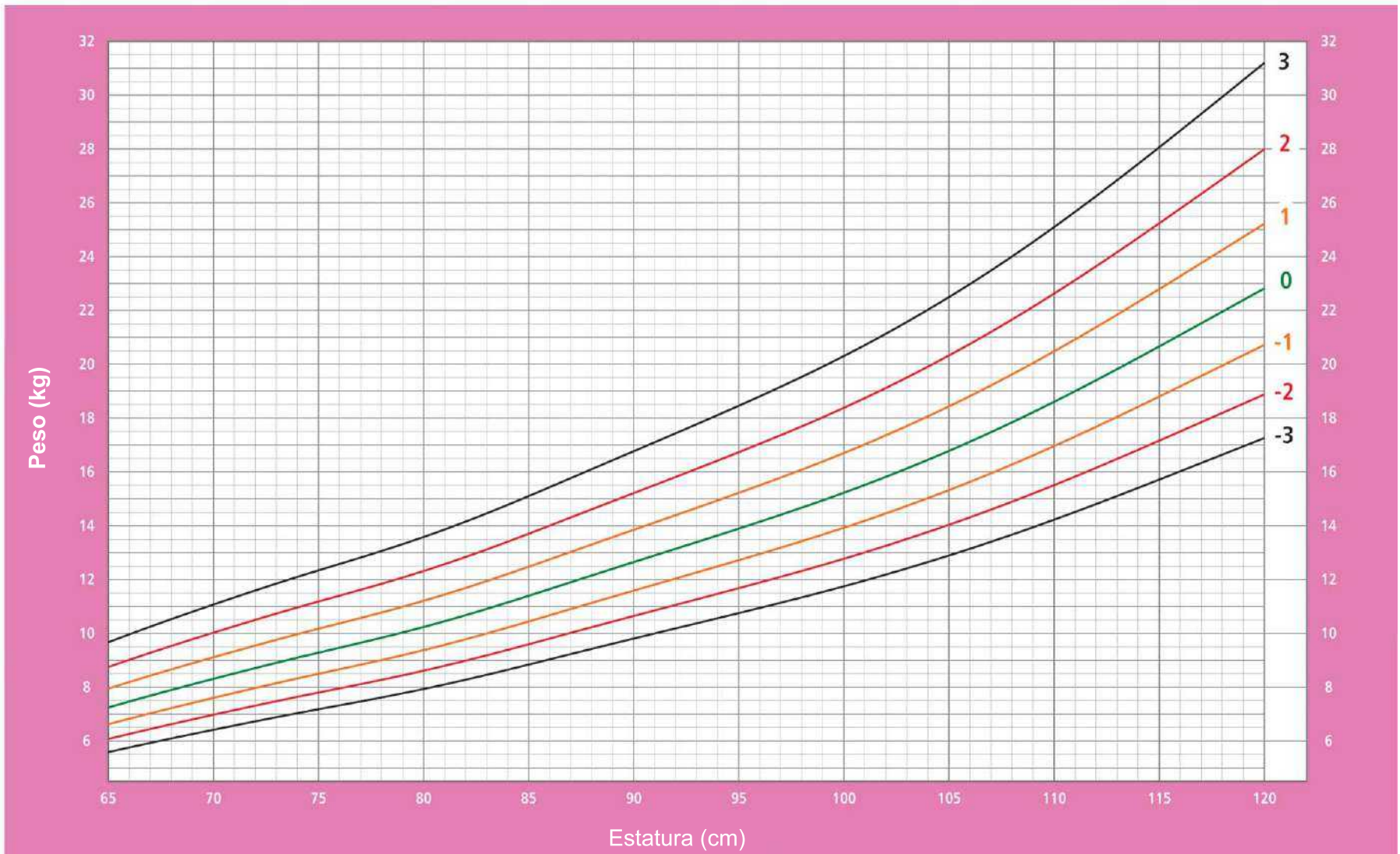


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la estatura Niñas



Puntuación Z (2 a 5 años)

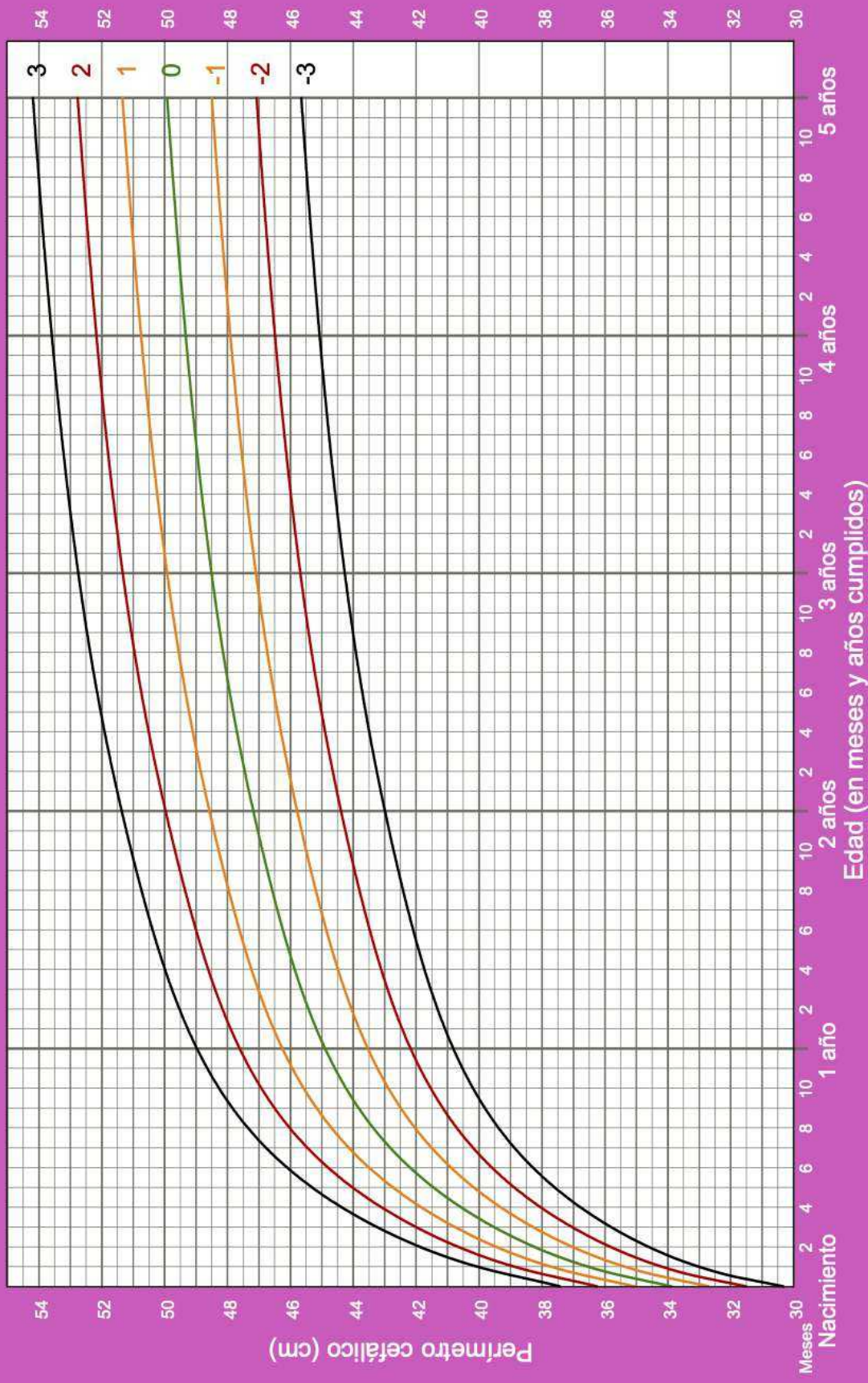


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Perímetro cefálico para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



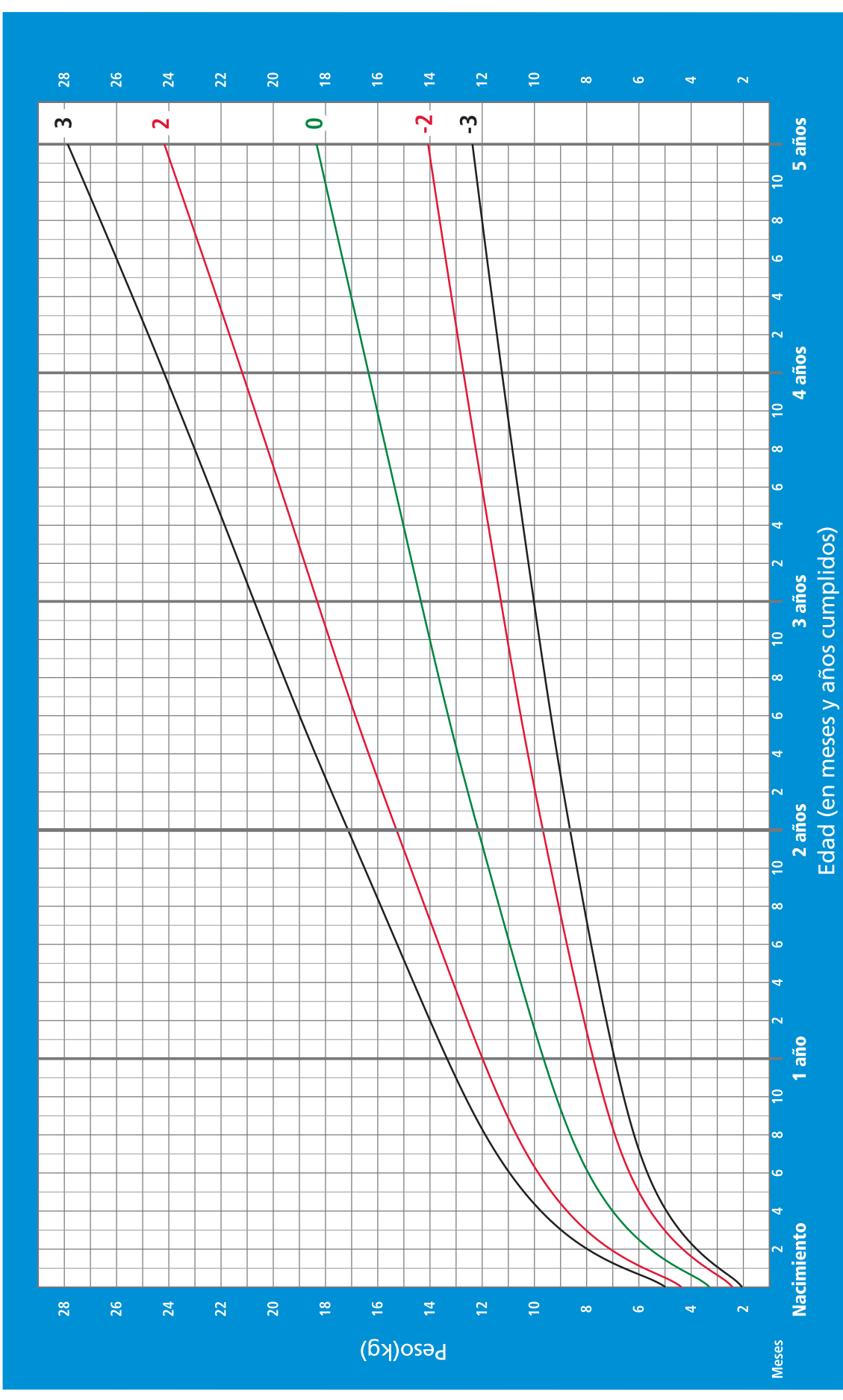
Patrones de crecimiento infantil de la OMS
Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº H.C:

Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



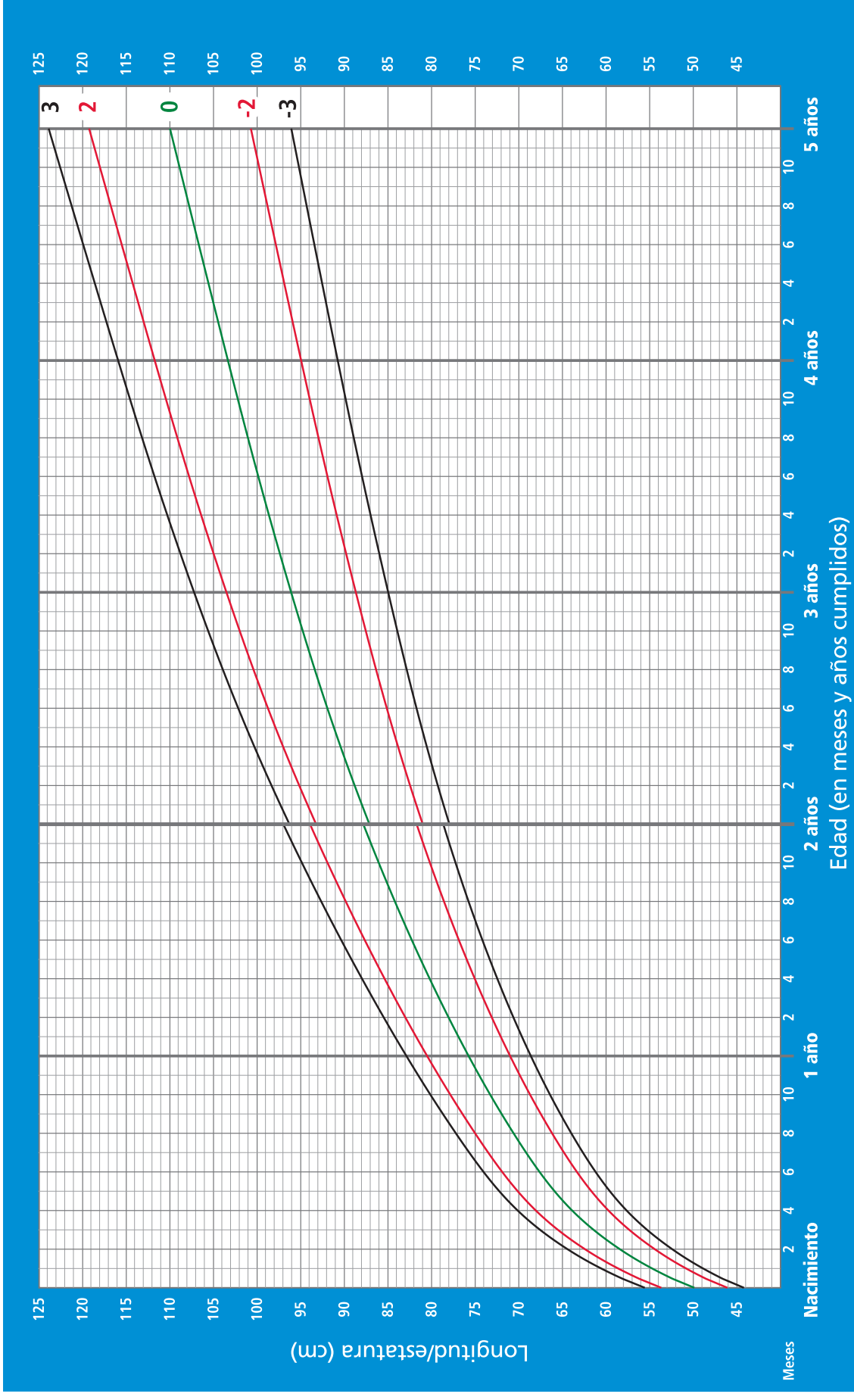
Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

APELLIDOS Y NOMBRE:

H.CL.

Longitud/estatura para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

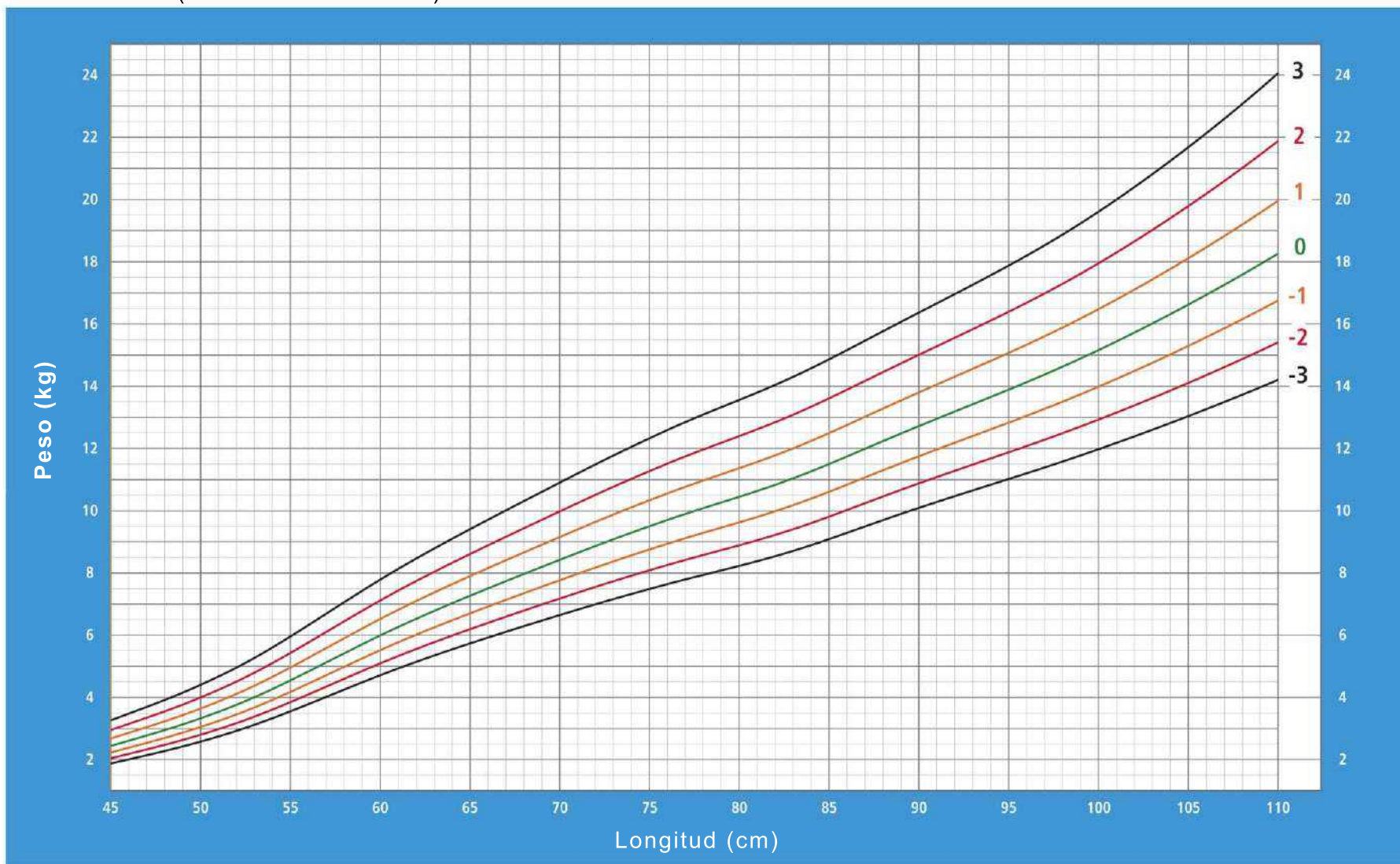
APELLIDOS Y NOMBRE: _____

H.C.L. _____

Peso para la longitud Niños

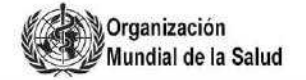


Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

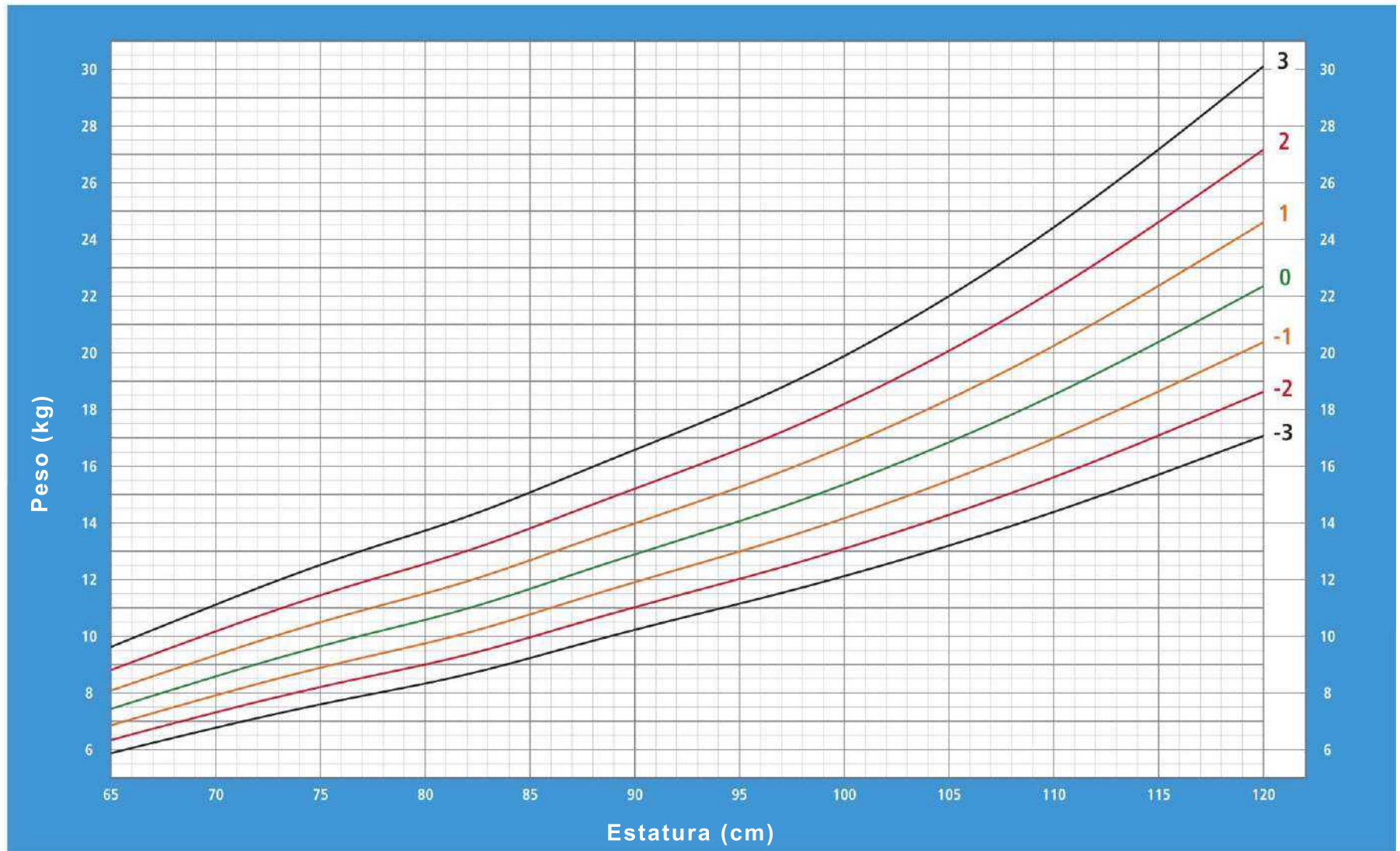


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la estatura Niños



Puntuación Z (2 a 5 años)

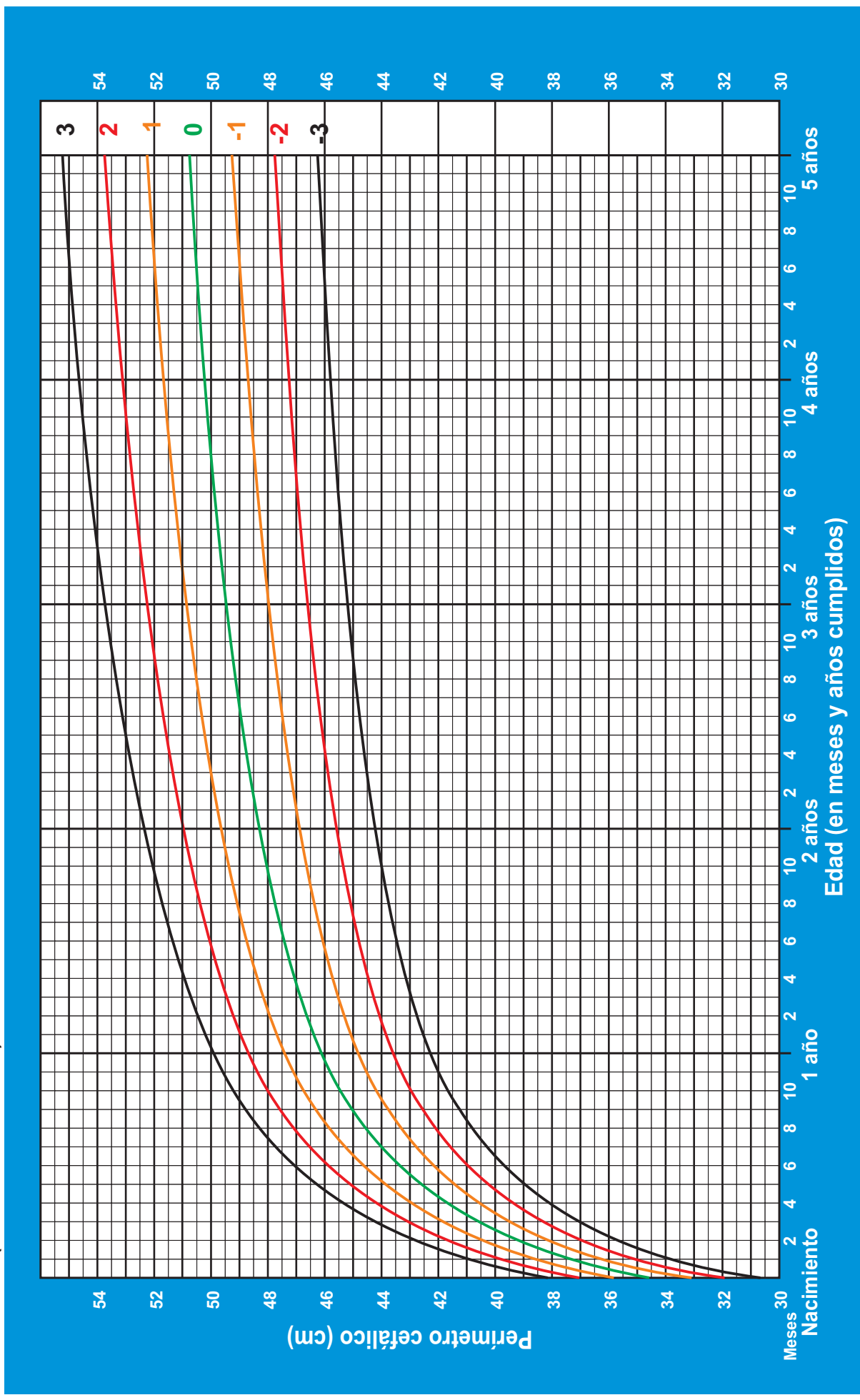


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Perímetro cefálico para la edad Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

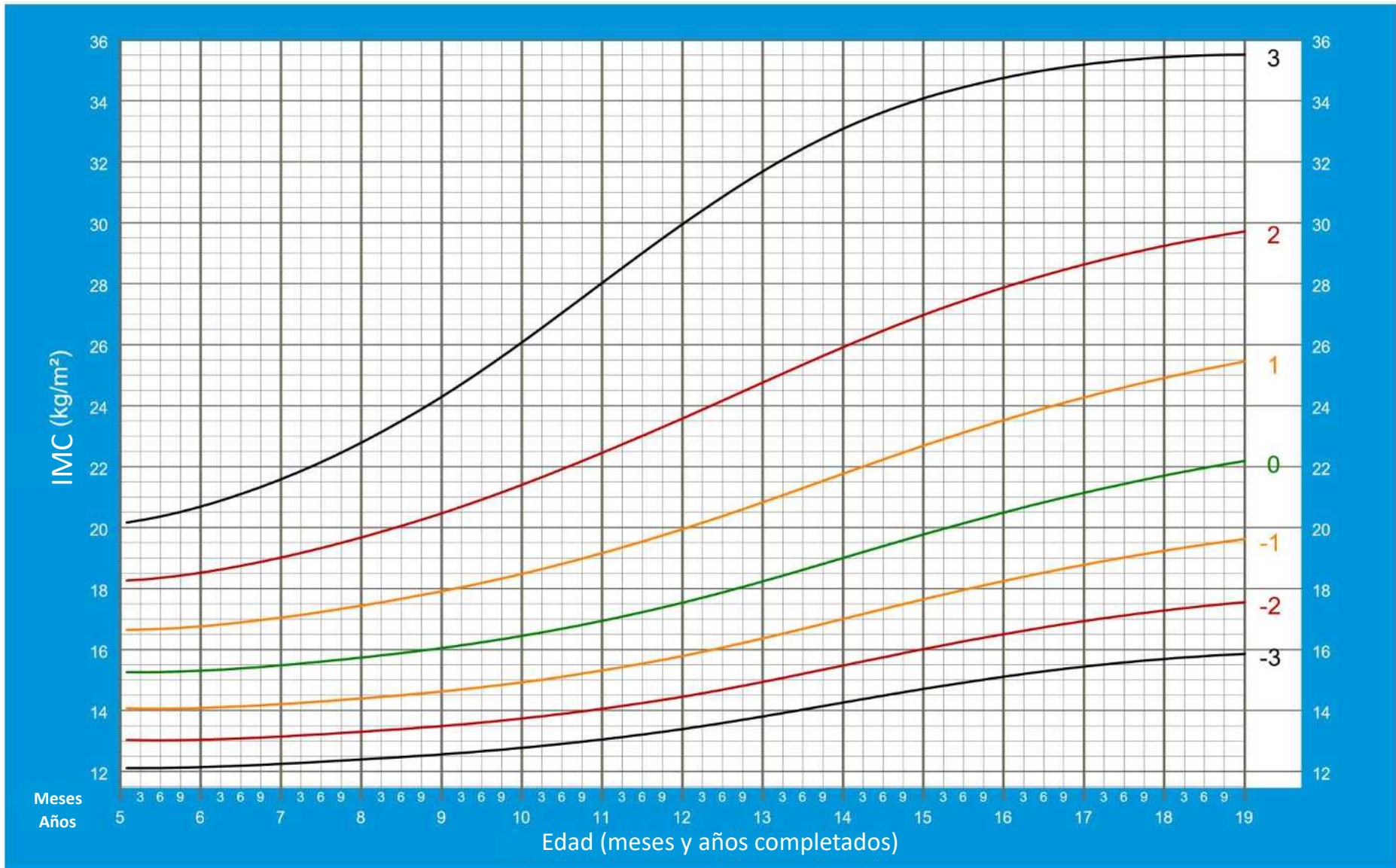
APELLIDOS Y NOMBRE:

H.CL.

IMC para la edad NIÑOS

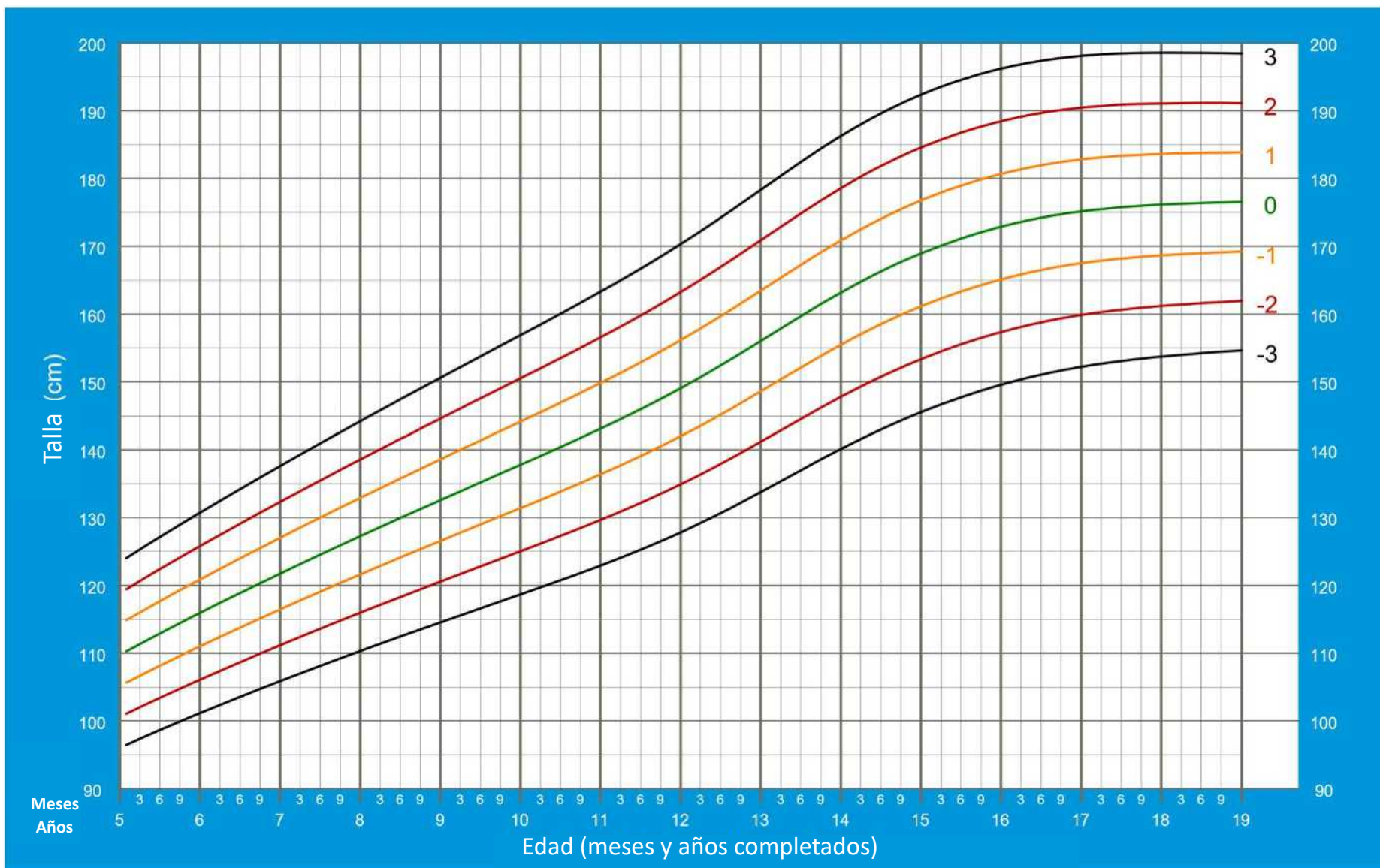


5 a 19 años (puntuación Z)



Talla para la edad NIÑOS

5 a 19 años (puntuación Z)





PERÚ

Ministerio de Salud

DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATEGICAS EN SALUD

DIRECCION DE INTERVENCIONES POR CURSO DE VIDA Y CUIDADO INTEGRAL

| ÁREA/EDAD | Recién nacido | 3 meses | 6 meses | 9 meses | 12 meses | 18 meses | 24 meses | 30 meses |
|---------------------|---|--|--|--|--|--|--|---|
| MOTOR GRUESO | Postura fetal: Permanece con las extremidades flexionadas, por momentos las estira. | Sostén cefálico: Al sostenerlo por los hombros mantiene la cabeza erguida firmemente. | Se mantiene sentado: Permanece sentado sin apoyo y sin caerse cuando lo sientan. | Se sienta: Estando echado, se impulsa y sin ayuda se sienta solo. | Camina: Sin apoyo da unos pasos de un lado a otro. | Corre: Estando echado se sienta, se para sin ayuda, camina y corre. | | |
| MOTOR FINO | Manos cerradas: Mantiene las manos empuñadas y abre los dedos por momentos. | Manos abiertas: Mantiene las manos abiertas la mayor parte del tiempo. | Transfiere: Lleva un objeto de una mano a otra. | Pinza inmadura: Coge objetos con toda la mano. | Pinza madura: Coge objetos pequeños entre el pulgar y el índice. | | | |
| SOCIAL | Mira: Fija la mirada en los ojos de la persona que le mira. | Sonríe-rie: Mira a los ojos y sonríe-rie a las personas sin necesidad de hacerle cosquillas. | Abraza: Mira a los ojos, sonríe, estira los brazos para que lo carguen y se abraza fuertemente. | Imita: Mira a los ojos, sonríe, hace "ojitos", dice adiós aplaude, da besos, se tapa con el pañal como juego, se esconde y juega a "¿Dónde está el bebé? ¡Aquí está!" | Señala: Cuando quiere algo que no puede alcanzar, mira a los ojos y con la mano o con el dedo lo señala. Siempre mira a los ojos de las personas y les sonríe. | Muestra: Mira a los ojos, sonríe y trae objetos para jugar, muestra y comparte su interés. | Juega: Mira a los ojos, sonríe y se acerca a otros niños para jugar. | |
| COGNITIVO | Mira: Fija la mirada en los ojos de la persona que le mira. | Se interesa: Intenta coger objetos que ve, como un juguete en movimiento delante de él o ella. | Examina: Coge objetos, examina juguetes. Los mira, los huele, los lleva a la boca y los tira. | Busca: Busca y encuentra objetos o juguetes que ve esconder o tapar con un pañal. | Voltea: Gira la cabeza y mira a la persona cuando lo llaman por su nombre. Entiende de 3 a 5 palabras, incluyendo su nombre. Sabe quién es mamá, quién es papá. | Reconoce: Reconoce partes de su cuerpo. Entre tres o más objetos que están a la vista en la habitación, selecciona y trae el que se le pide. | Recuerda: Cuando se le indica, sale a buscar y trae objetos que le piden y que están en otra habitación. | Obedece: Sigue dos órdenes seguidas, como: "Abre la boca y tócate la nariz" o "cierra la puerta y apaga la luz". |
| HABLA | Llora: Comunica sus necesidades a través de distintos tipos de llanto. | Gutturea: Emite sonidos guturales. Son consonantes y vocales aisladas: "aaa", "mmm", "eee". | Silabea: Une una consonante con una vocal. Dice sílabas aisladas como: "ma", "pa", "ta", "ka". | Balbucea: Une dos o más sílabas y las repite, todavía sin un sentido o significado, por ejemplo: "mamamama", "papapapa". | Palabrea: Dice una palabra suelta con sentido o significado. Le dice "mamá" a la mamá, "papá" al papá. | Parlotea: Dice algunas palabras en medio de muchos sonidos: "uhmm mamá, uhmmm papá". | Frases: Dice dos o más palabras juntas, sin verbo: "mamá leche", "mamá pan". | Oraciones: Dice dos o más palabras juntas incluyendo el verbo: "mamá dame leche". |



PERÚ

Ministerio de Salud

DIRECCION GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATEGICAS EN SALUD

DIRECCION DE INTERVENCIONES POR CURSO DE VIDA Y CUIDADO INTEGRAL

VIGILANCIA: ESQUEMA VISUAL DE HITOS DEL DESARROLLO SEGÚN ÁREA - "HUANCA TEST"

| EDAD | Recién Nacido | 3 meses | 6 meses | 9 meses | 12 meses | 18 meses | 24 meses | 30 meses |
|---------------------|--|--|--|---|--|---|--|--|
| MOTOR GRUESO |  POSTURA FETAL |  Sostén cefálico |  Se mantiene sentado |  Se sienta |  Camina |  Corre | | |
| MOTOR FINO |  Manos empuñadas |  Manos abiertas |  Transfiere |  Pinza inmadura |  Pinza madura | | | |
| SOCIAL |  Mira |  Sonríe-rie |  Abraza |  Imita |  Señala |  Muestra |  Juega | |
| COGNITIVO |  Mira |  Se interesa |  Balbucea |  Balbucea |  Voltea |  Reconoce |  Recuerda |  Obedece |
| HABLA |  Llora |  Gutorea |  Silabea |  Balbucea |  Palabrea |  Parlotea |  Frases |  Oraciones |

Table with 4 columns and 4 rows, containing various text labels.

Table title

Table with 12 columns and 4 rows, containing various text labels.

Table title

Table with 12 columns and 1 row, containing various text labels.

Table title

Table with 12 columns and 16 rows, containing colored cells (red, yellow, green) and text labels.

Table title

Table with 12 columns and 4 rows, containing colored cells (red, yellow, green) and text labels.

Table title

Table with 12 columns and 4 rows, containing colored cells (red, yellow, green) and text labels.

Table title

Table with 12 columns and 1 row, containing colored cells (red, yellow, green) and text labels.

Table title

Table with 12 columns and 10 rows, containing colored cells (red, yellow, green) and text labels.



LISTA DE HABILIDADES Y CONDUCTAS ESPERADAS POR EDAD DEL NIÑO DE 4 A 11 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS

Pauta de habilidades y conductas para los 4 años

| | |
|--|--|
| <p>Desarrollo motor (fino y grueso) y sensorial</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Se para en un pie.<input type="checkbox"/> Camina hacia adelante y hacia atrás fácilmente.<input type="checkbox"/> Sube y baja escaleras sin apoyarse.<input type="checkbox"/> Lanza una pelota por encima de la mano y a veces atrapa una pelota que rebota.<input type="checkbox"/> Puede patear una pelota hacia adelante. <input type="checkbox"/> Construye una torre de 10 bloques.<input type="checkbox"/> Dibuja círculo y cuadrado.<input type="checkbox"/> Dibuja a una persona con 2 a 4 partes. Usa tijeras.<input type="checkbox"/> Escribe algunas letras mayúsculas. | <p>Desarrollo socioemocional</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Se reconoce como persona (habla de su cuerpo, pensamientos o sentimientos).<input type="checkbox"/> Identifica situaciones que pueden hacerle daño (evita peligros simples).<input type="checkbox"/> Muestra curiosidad por cosas nuevas (juguetes, personas, juegos, etc.).<input type="checkbox"/> Juega con otros niños y coopera (puede turnarse o compartir, con ayuda).<input type="checkbox"/> A veces se muestra exigente, otras veces cooperativo.<input type="checkbox"/> Se viste y desviste solo/a (al menos ropa sencilla).<input type="checkbox"/> Imita roles de adultos en el juego (ej. mamá, papá, doctor/a).<input type="checkbox"/> Quiere hacer las cosas por sí solo/a (muestra independencia). |
| <p>Desarrollo del lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Usa oraciones de 5 a 6 palabras.<input type="checkbox"/> Habla con suficiente claridad y logra ser entendido/a por personas no conocidas.<input type="checkbox"/> Puede describir algo que le ha pasado. <input type="checkbox"/> Canta canciones.<input type="checkbox"/> Cuenta una historia corta y recuerda partes de una historia. | <p>Desarrollo cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Dice su nombre y apellidos.<input type="checkbox"/> Reconoce algunos números y entiende la idea de contar.<input type="checkbox"/> Usa palabras relacionadas al tiempo (hoy, mañana, antes, después).<input type="checkbox"/> Nombra algunos colores comunes.<input type="checkbox"/> Distingue entre cosas iguales y diferentes.<input type="checkbox"/> Reconoce si es niño o niña y también el género de otras personas.<input type="checkbox"/> Entiende que una cosa puede causar otra (conexión entre eventos).<input type="checkbox"/> Sabe que hay diferencia entre “jugar a imaginar” y lo que es real.<input type="checkbox"/> Puede tener nuevos miedos (monstruos, oscuridad, etc.) debido a su imaginación. |



Pauta de habilidades y conductas para los 5 años

Desarrollo motor (fino y grueso) y sensorial

- Da volteretas y saltos.
- Salta con un pie.
- Va al baño solo/a, aunque a veces moja la cama.
- Copia figuras como triángulos u otras formas.
- Dibuja una figura humana con cabeza, cuerpo, brazos y piernas.
- Se viste y desviste solo/a, aunque puede necesitar ayuda con los cordones.
- Escribe algunas letras mayúsculas y minúsculas.
- Usa cuchara o tenedor para comer.

Desarrollo socioemocional

- Quiere agradar y ser aceptado por otros niños/as, aunque a veces le cuesta llevarse bien.
- Acepta reglas simples la mayor parte del tiempo.
- Muestra más independencia en su comportamiento y decisiones.
- Distingue mejor entre fantasía y realidad, pero disfruta juegos de imaginar o disfrazarse.
- Prefiere ciertos tipos de juegos según su género (ej. juegos físicos o sociales).

Desarrollo del lenguaje

- Mantiene una conversación con sentido con otra persona.
- Usa el tiempo futuro (ej. "mañana vamos al parque").
- Nombra personas u objetos según su relación con otros (ej. "la mamá de Juan").
- Cuenta historias o relatos.
- Habla con claridad y es comprendido/a fácilmente por otras personas.

Desarrollo cognitivo

- Dice su dirección y número de teléfono.
- Reconoce la mayoría de las letras del abecedario.
- Cuenta hasta 10 o más objetos correctamente.
- Nombra al menos 4 colores distintos.
- Usa palabras relacionadas al tiempo (hoy, mañana, ayer), y entiende su significado.
- Sabe para qué sirven objetos comunes (como el dinero, los cubiertos o la comida).

Pauta de habilidades y conductas para los 6 años

Desarrollo motor (fino y grueso) y sensorial

- Tiene buen control de los músculos grandes (piernas, brazos, tronco).
- Mantiene el equilibrio y disfruta actividades físicas como correr, saltar o trepar.
- Atrapa una pelota con las manos.
- Salta con facilidad.
- Dibuja una figura humana con al menos 8 partes (ej. cabeza, cuerpo, brazos, piernas, ojos, boca, etc.).
- Copia formas y crea diseños con ellas.
- Escribe su nombre y apellido.
- Se viste solo/a, aunque puede necesitar ayuda con botones o cordones difíciles.

Desarrollo socioemocional

- Tiene miedos típicos de la edad, como a monstruos, animales grandes u otros comunes en el contexto cultural.
- Busca jugar con sus padres o cuidadores principales.
- Sus padres siguen siendo su principal fuente de cariño, pero comienza a interesarse por amigos y personas cercanas, como profesores.
- Juega usando mucha fantasía e imaginación.
- Prefiere jugar con niños/as de su mismo sexo.
- Empieza a notar cómo se sienten los demás, aunque aún se enfoca más en sí mismo/a.
- Muestra sentido del humor; disfruta chistes simples y rimas graciosas.

Desarrollo del lenguaje

- Puede describir una película, programa, historia o actividad que le gusta.
- Usa la gramática correctamente la mayor parte del tiempo.
- Puede deletrear su nombre y puede escribir algunas letras y números.
- Lee algunas palabras sencillas.

Desarrollo cognitivo

- Dice su edad correctamente.
- Cuenta hasta 10 y reconoce las cantidades hasta el 10.
- Se expresa con claridad usando palabras (aunque aún puede cometer errores).
- Comienza a entender relaciones de causa y efecto (por ejemplo, si tocas algo caliente, te puedes quemar).
- Está aprendiendo a escribir.
- Usa y entiende palabras relacionadas al tiempo (antes, después, más tarde).

Pauta de habilidades y conductas para los 7 años

Desarrollo motor (fino y grueso) y sensorial

- Coordina mejor sus movimientos al realizar actividades como nadar o trepar.
- Usa tijeras punta redonda fácilmente.
- Dibuja a una persona con 12 partes.
- Usa un lápiz para escribir su nombre.

Desarrollo socioemocional

- Se muestra más consciente y sensible a cómo se sienten los demás.
- Ha superado algunos miedos anteriores (monstruos, animales grandes u otros), aunque aún puede temer cosas nuevas o desconocidas.
- Se preocupa por lo que otros piensan de él o ella.
- Forma amistades, en general con niños/as del mismo sexo.
- Participa en juegos de grupo, pero también busca momentos para estar solo/a.

Desarrollo del lenguaje

- Habla con fluidez cuando se siente en confianza.
- Pronuncia correctamente las palabras al hablar.
- Está mejorando en la lectura, aunque aún presenta algunas dificultades.
- Todavía tiene errores ortográficos.

Desarrollo cognitivo

- Reconoce y usa palabras relacionadas al tiempo (ej. horas, días, semanas, estaciones).
- Muestra una forma preferida de aprender (por ejemplo: Mirando, tocando, escuchando).
- Resuelve problemas matemáticos simples con apoyo de objetos (como contar fichas o usar sus dedos).
- Puede resolver problemas que involucran un solo paso o idea (por ejemplo: "Coge el lápiz más largo").



Pauta de habilidades y conductas para los 8 años

Desarrollo motor (fino y grueso) y sensorial

- Se amarra los pasadores de los zapatos.
- Dibuja la forma de un diamante o rombo.
- Dibuja a una persona con 16 partes.
- Mejora su coordinación y desempeño en deportes y juegos activos.

Desarrollo socioemocional

- Disfruta estar con amigos/as y le importa lo que piensan.
- Puede dejarse influenciar por otros (presión de grupo).
- Participa con seguridad en actividades grupales habituales.
- Tiende a seguir reglas que ha ayudado a establecer.
- Cambia de ánimo rápidamente o tiene enojos breves.
- Puede criticar a otros, incluso a sus padres o cuidadores.
- Quiere sentirse querido/a y aceptado/a por los demás.
- Aún le cuesta esperar cuando desea algo.

Desarrollo del lenguaje

- Tiene un habla clara y usa la gramática correcta casi siempre.
- Muestra interés en leer libros.
- Su escritura sigue desarrollándose, con dificultades en ortografía y gramática, menos avanzada que su habla.

Desarrollo cognitivo

- Cuenta de dos en dos y de cinco en cinco.
- Dice correctamente el día de la semana.
- Lee oraciones simples.
- Resuelve sumas y restas básicas (de un solo dígito).
- Distingue entre derecha e izquierda.



Pauta de habilidades y conductas para los 9 años

Desarrollo motor (fino y grueso) y sensorial

- Disfruta del juego activo, como nadar, jugar con la pelota y juegos de correr.
- Muestra mayor interés en los deportes en equipo.
- Se viste, se cepilla el cabello y los dientes.
- Usa herramientas simples por sí mismo.
- Le gusta dibujar, pintar, construir cosas o hacer otras actividades motoras finas.

Desarrollo socioemocional

- Reconoce normas sociales básicas y sabe cómo comportarse adecuadamente.
- Controla su enojo la mayor parte del tiempo.
- Tiene amistades cercanas y afectuosas.
- Muestra empatía: Comprende y se preocupa por cómo se sienten los demás.
- Expresa más emociones que antes.
- Ha superado miedos comunes de la infancia, pero puede sentirse ansioso/a por cosas como la escuela.
- Tiene curiosidad por las diferencias o relaciones entre niños y niñas.

Desarrollo del lenguaje

- Lee con frecuencia y disfruta de los libros.
- Lee para aprender cosas que le interesan.
- Habla con claridad y fluidez similar a la de un adulto.

Desarrollo cognitivo

- Reconoce para qué sirven los objetos y puede agruparlos por categorías (por ejemplo: Cocina, colegio, ropa).
- Lee oraciones largas (hasta 12 palabras) y comprende lo que lee.
- Realiza sumas y restas con números de dos cifras, comprende fracciones básicas y sabe cuándo pedir prestado o llevar.
- Disfruta planear actividades o encuentros con amigos/as.
- Toma decisiones propias y empieza a pensar con más independencia.
- Muestra mejoras al tomar decisiones (elige, compara, reflexiona).

Pauta de habilidades y conductas para los 10 años

Desarrollo motor (fino y grueso) y sensorial

- Controla bien sus músculos grandes y pequeños.
- Disfruta actividades como: Fútbol, vóley y baile.
- Tiene buena resistencia para correr, andar en bicicleta y otras actividades físicas.
- Mejora su escritura y sus trabajos artísticos con más detalle.

Desarrollo socioemocional

- Disfruta pasar tiempo con sus amigos y suele tener un mejor amigo del mismo sexo.
- Participa con gusto en juegos y actividades en grupo.
- No muestra mucho interés en niños del sexo opuesto, pero a veces busca su atención.
- Escucha a sus padres, aunque puede empezar a llevarles la contraria en algunas situaciones.

Desarrollo del lenguaje

- Disfruta leer y busca libros o revistas sobre temas que le interesan.
- Conversa con facilidad con personas de todas las edades.
- Habla con claridad y fluidez similar a la de un adulto.

Desarrollo cognitivo

- Conoce el día de la semana, el día del mes, el mes y el año.
- Nombra los meses del año en orden.
- Lee y entiende párrafos con oraciones complejas.
- Suma y resta, y está aprendiendo multiplicación, división y fracciones.
- Escribe historias simples.



Pauta de habilidades y conductas para los 11 años

Desarrollo motor (fino y grueso) y sensorial

- Puede tener algunos movimientos poco precisos ya que su cerebro está aprendiendo a controlar su cuerpo en crecimiento (por ejemplo: Al realizar tareas manuales finas como recortar o escribir, muestra movimientos bruscos o con poca precisión).

Desarrollo socioemocional

- Está empezando a definir su propia identidad y es más independiente de su familia.
- Forma amistades fuertes y prefiere pasar tiempo con amigos o solo, más que con la familia.
- Tiene momentos en los que quiere su propio espacio y puede mostrarse un poco distante.
- Busca consejos en sus amigos más que en sus padres.

Desarrollo del lenguaje

- Habla con claridad y fluidez similar a la de un adulto.

Desarrollo cognitivo

- Empieza a comprender conceptos abstractos y simbólicos.
- Puede ver las cosas desde diferentes maneras (por ejemplo: Puede comprender que una misma situación puede ser vista y resuelta de forma diferente por él/ella y por sus padres u otras personas).
- Se enfoca en el presente, pero comienza a comprender que sus acciones afectan el futuro.

| EVALUACION DE LA ALIMENTACION DE LA NIÑA Y EL NIÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|
| FECHA (escribir la fecha sobre la edad del niño/niña) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDAD: | RN | RN | RN | RN | 1m | 2m | 3m | 4m | 5m | 6m | 7m | 8m | 9m | 10m | 11m | 12m | 14m | 16m | 18m | 20m | 22m | 24m | 27m | 30m | | | | |
| 1. ¿La niña o niño está recibiendo Lactancia Materna? (Explorar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿La técnica de LM es adecuada? (Explorar y observar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. ¿La frecuencia de LM es adecuada? (Explorar y evaluar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. ¿La niña o niño recibe Leche no Materna? (Explorar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿La niña o niño recibe agüitas? (Explorar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. ¿La niña o niño recibe algún otro alimento? (Explorar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. ¿La consistencia de la preparación es adecuada según edad? (Explorar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. ¿La cantidad de alimento es adecuada según la edad? (Explorar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. ¿La frecuencia de la alimentación es adecuada según edad? (Explorar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. ¿Consumo alimentos de origen animal? (Explorar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. ¿Consumo frutas y verduras? (Explorar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. ¿Añade aceite, mantequilla o margarina a la comida del niño? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. ¿El niño recibe los alimentos en su propio plato? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Añade sal de yodada a la comida familiar? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. ¿Su niña o niño está tomando suplemento de hierro? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. ¿Su niña o niño ha recibido suplemento de vitamina "A"? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. ¿Su niña o niño está recibiendo multivitaminico? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. ¿Su niña o niño está tomando alguna bebida azucarada (refrescos, infusiones, leche avena con azúcar)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. ¿Su niña o niño come snacks, dulces, cereal, galletas, papitas, fritas, chicles? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. ¿Es la niña o niño beneficiario de algún Programa de Apoyo Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especificar: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOTA: Si alguna respuesta es negativa (NO), anotar una CONSEJERÍA NUTRICIONAL. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CONSULTA

| | | | |
|---|--|---|--|
| Fecha: | Hora: | Edad: | |
| Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos): | | | Identifique Factores de Riesgo: |
| MEJOR DE 2 MESES: | DE 2 MESES A 4 AÑOS: | PARA TODAS LAS EDADES: | *Quién cuida al niño? _____ *Participa el padre en el cuidado del niño? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> *El niño recibe muestras de afecto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> *Especifique: _____ |
| No quiere mamar, ni succiona <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Fontanela abombada <input type="checkbox"/> Errojecimiento del ombligo se extiende a la piel <input type="checkbox"/> Fiebre o temperatura baja <input type="checkbox"/> Rigidez de la nuca <input type="checkbox"/> Pústulas muchas y extensas <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/> | No puede beber o tomar el pecho <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/> Vomita todo <input type="checkbox"/> Estridor en reposo/tiraje subcostal <input type="checkbox"/> | Emaciación visible grave <input type="checkbox"/> Piel vuelve muy lentamente <input type="checkbox"/> Traumatismo/Quemaduras <input type="checkbox"/> Palidez palmar intensa <input type="checkbox"/> NO presenta signos de peligro | |

| | | | |
|---------------------------|--|--|--|
| Motivo de consulta | | | |
|---------------------------|--|--|--|

| | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|------------------|--------|
| Anamnesis (Enfermedad Actual) | Tiempo de enfermedad: | Forma de inicio: | Curso: |
| Signos y Síntomas Relevantes: | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------|-----|-----|-----|-----|-------|--------|-----|------|
| Examen físico | Signos vitales | Tº: | PA: | FC: | FR: | PESO: | TALLA: | PC: | PAB: |
| | | | | | | | | | |

| Diagnóstico | A. Diagnóstico | 2. Condición de crecimiento y estado nutricional | | | 3. Tanizaje del Desarrollo | |
|--|----------------|--|-----------------------|-----|----------------------------|--------------------------|
| | 1 | | *Crecimiento adecuado | | | |
| 2 | | *Crecimiento inadecuado | | | | *Retazo en el desarrollo |
| 3 | | Riesgo nutricional (Ganancia inadecuada de peso o talla) | P/E | T/E | P/T | *Riesgo de retraso |
| B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo | 1 | Desnutrición | | | | *Normal |
| | 2 | Sobrepeso | | | | *Hallazgo Positivo |
| | 3 | Obesidad | | | | |

| | |
|------------------------------------|---|
| Tratamiento/ Intervenciones | Acuerdos y compromisos negociados con la madre, padre o cuidador del niño |
| | |

| | |
|----------------------------|---|
| Exámenes Auxiliares | Interconsulta, derivación o referencia (lugar y motivo) |
| | |

| | |
|---------------|--------------|
| Proxima cita: | Atiendo por: |
|---------------|--------------|

| | | |
|--------------|---------------|-------------------------|
| Observación: | Firma y sello | Colegio profesional DNI |
|--------------|---------------|-------------------------|

Nombres y Apellidos _____ HCL: _____

| CONSULTA | | | | | | | | | | |
|---|--|-----|-------------------------------------|---------------|---|-------------------------------|--------|-------------------------------------|---|--|
| Fecha: | | | Hora: | | | Edad: | | | | |
| Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos): | | | | | | | | | | |
| MENOR DE 2 MESES: | | | DE 2 MESES A 4 AÑOS: | | | PARA TODAS LAS EDADES: | | | Identifique Factores de Riesgo: | |
| No quiere mamar, ni succiona | | | No puede beber o tomar el pecho | | | Emaciación visible grave | | | *¿Quien cuida al niño? _____ | |
| Convulsiones | | | Convulsiones | | | Piel vuelve muy lentamente | | | *Participa el padre en el cuidado del niño? | |
| Fontanela abombada | | | Letárgico o comatoso | | | Traumatismo/Quemaduras | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel | | | Vomita todo | | | Palidez palmar intensa | | | *El niño recibe muestras de afecto? | |
| Fiebre o temperatura baja | | | Estridor en reposo/tiraje subcostal | | | NO presenta signos de peligro | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Rigidez de la nuca | | | | | | | | | *Especifique: _____ | |
| Pústulas muchas y extensas | | | | | | | | | | |
| Letárgico o comatoso | | | | | | | | | | |
| Motivo de consulta | | | | | | | | | | |
| Anamnesis (Enfermedad Actual) | | | | | | | | | | |
| Tiempo de enfermedad: | | | Forma de inicio: | | | Curso: | | | | |
| Signos y Síntomas Relevantes: | | | | | | | | | | |
| Examen físico | | | | | | | | | | |
| Signos vitales | | T°: | PA: | FC: | FR: | PESO: | TALLA: | PC: | PAB: | |
| Diagnóstico | | | | | | | | | | |
| A. Diagnóstico | | | | | 2. Condición de crecimiento y estado nutricional | | | 3. Tamizaje del Desarrollo | | |
| 1 | | | | | *Crecimiento adecuado | | | *Normal | | |
| 2 | | | | | *Crecimiento inadecuado | | | *Rezago en el desarrollo | | |
| 3 | | | | | Riesgo nutricional (Ganancia inadecuada de peso o talla) | | | *Riesgo de retraso | | |
| B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo | | | | | | | | 4. Vigilancia del Desarrollo | | |
| 1 | | | | | Desnutrición | | | *Normal | | |
| 2 | | | | | Sobrepeso | | | *Hallazgo Positivo | | |
| 3 | | | | | Obesidad | | | | | |
| Tratamiento/ Intervenciones | | | | | Acuerdos y compromisos negociados con la madre, padre o cuidador del niño | | | | | |
| Exámenes Auxiliares | | | | | Interconsulta, derivación o referencia (lugar y motivo) | | | | | |
| Proxima cita: | | | | | Atendido por: | | | | | |
| Observación: | | | | Firma y sello | | Colegio profesional DNI | | | | |

| CONSULTA | | | | | | | | | | |
|---|--|-----|-------------------------------------|---------------|---|-------------------------------|--------|-------------------------------------|---|--|
| Fecha: | | | Hora: | | | Edad: | | | | |
| Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos): | | | | | | | | | | |
| MENOR DE 2 MESES: | | | DE 2 MESES A 4 AÑOS: | | | PARA TODAS LAS EDADES: | | | Identifique Factores de Riesgo: | |
| No quiere mamar, ni succiona | | | No puede beber o tomar el pecho | | | Emaciación visible grave | | | *¿Quien cuida al niño? _____ | |
| Convulsiones | | | Convulsiones | | | Piel vuelve muy lentamente | | | *Participa el padre en el cuidado del niño? | |
| Fontanela abombada | | | Letárgico o comatoso | | | Traumatismo/Quemaduras | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel | | | Vomita todo | | | Palidez palmar intensa | | | *El niño recibe muestras de afecto? | |
| Fiebre o temperatura baja | | | Estridor en reposo/tiraje subcostal | | | NO presenta signos de peligro | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Rigidez de la nuca | | | | | | | | | *Especifique: _____ | |
| Pústulas muchas y extensas | | | | | | | | | | |
| Letárgico o comatoso | | | | | | | | | | |
| Motivo de consulta | | | | | | | | | | |
| Anamnesis (Enfermedad Actual) | | | | | | | | | | |
| Tiempo de enfermedad: | | | Forma de inicio: | | | Curso: | | | | |
| Signos y Síntomas Relevantes: | | | | | | | | | | |
| Examen físico | | | | | | | | | | |
| Signos vitales | | T°: | PA: | FC: | FR: | PESO: | TALLA: | PC: | PAB: | |
| Diagnóstico | | | | | | | | | | |
| A. Diagnóstico | | | | | 2. Condición de crecimiento y estado nutricional | | | 3. Tamizaje del Desarrollo | | |
| 1 | | | | | *Crecimiento adecuado | | | *Normal | | |
| 2 | | | | | *Crecimiento inadecuado | | | *Rezago en el desarrollo | | |
| 3 | | | | | Riesgo nutricional (Ganancia inadecuada de peso o talla) | | | *Riesgo de retraso | | |
| B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo | | | | | | | | 4. Vigilancia del Desarrollo | | |
| 1 | | | | | Desnutrición | | | *Normal | | |
| 2 | | | | | Sobrepeso | | | *Hallazgo Positivo | | |
| 3 | | | | | Obesidad | | | | | |
| Tratamiento/ Intervenciones | | | | | Acuerdos y compromisos negociados con la madre, padre o cuidador del niño | | | | | |
| Exámenes Auxiliares | | | | | Interconsulta, derivación o referencia (lugar y motivo) | | | | | |
| Proxima cita: | | | | | Atendido por: | | | | | |
| Observación: | | | | Firma y sello | | Colegio profesional DNI | | | | |

Nombres y Apellidos _____

HCL: _____



LIBRETA



LIBRETA DEL

CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA Y DEL NIÑO



Aquí se registrará información muy importante. Lleva siempre contigo este documento y muéstrale al profesional de salud en cada control o visita al establecimiento.



PERÚ

Ministerio de Salud

unicef | para cada infancia



Mis Datos Personales

Nombres y apellidos

DNI/CE/pasaporte CNV

Nro. Historia clínica

E.E.S.S. donde me atiendo:

Tipo de seguro SIS ESSALUD EPS PNP/FFAA Otros

Sexo F M

Lugar de nacimiento

Distrito Provincia

Departamento País

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

¿Pertenezco a una comunidad indígena? SI NO

¿Cuál?

N° de celular

¿Estoy en algún programa social o guardería? SI NO

¿Cuál? CUNA MÁS JUNTOS Guardería particular EDUCUNA

Alergias

Datos de mis padres

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE

DNI/Carné de extranjería/pasaporte Fecha de nacimiento Grupo sanguíneo y RH

Nacionalidad Nivel de instrucción

Ocupación ¿Vive con el niño o niña? SI NO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE

DNI/Carné de extranjería/pasaporte Fecha de nacimiento Grupo sanguíneo

Nacionalidad Nivel de instrucción

Ocupación ¿Vive con el niño o niña? SI NO

¿Alguna otra persona me cuida? SI NO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL CUIDADOR

DNI/Carné de extranjería/pasaporte Fecha de nacimiento Grupo sanguíneo y RH

Nacionalidad Nivel de instrucción

Ocupación ¿Vive con el niño o niña? SI NO

Relación con el niño o niña

Lugares y teléfonos importantes

Centro de Salud

Hospital de referencia

Policía nacional

105

Infosalud

113

Defensa civil

115

Bomberos

116

Central de emergencias

911

Mis derechos

- ✓ A conocer a mis padres y vivir con ellos salvo que no sea lo mejor para mí.
- ✓ A mantener el contacto y a reunirme con mis dos padres aunque estén separados.
- ✓ A obtener la información adecuada, expresar mi opinión y que la tengan en cuenta.
- ✓ A mi privacidad o a disfrutar de la compañía de otros niños y niñas.
- ✓ A ser protegido del abuso o negligencia.
- ✓ A recibir una atención en salud y educación con calidad aun si tengo alguna discapacidad.
- ✓ A recibir cuidados especiales, educación y capacitación si tengo alguna discapacidad en atención a mis talentos y personalidad.
- ✓ A jugar, descansar y participar de actividades recreativas.
- ✓ A ser protegido de cualquier forma de explotación, castigo, trato inhumano, abuso y tráfico ilegal.
- ✓ A ser protegido de los conflictos armados.
- ✓ A ser protegido de la pornografía y otras formas de manipulación digital.
- ✓ A recibir la debida ayuda y rehabilitación si se violaron mis derechos.

“Tengo derecho a tener un nombre y una identidad”

Tener un nombre y una identidad me permite ser reconocido y parte de la sociedad. Para ello, es fundamental tener un Documento Nacional de Identidad (DNI). Para obtenerlo, el declarante (madre, padre, hermano mayor o tutor legal) inicia el trámite.

Requisitos y consideraciones:

- Cuando nace un bebé, es importante seguir algunos pasos básicos para que tu niña o niño pueda disfrutar de todos los beneficios de un ciudadano peruano.
- Primero, el recién nacido debe ser registrado gratuitamente en el establecimiento de salud donde se atendió el parto. De esta manera, se genera el Certificado de Nacido Vivo (CNV), que identifica a la madre y al profesional que atendió el parto o cesárea. Este certificado es el requisito básico para conseguir el Acta de Nacimiento y la inscripción de la niña o niño en los Registros Civiles, además de permitir que pueda obtener su DNI posteriormente.
- Si tu bebé tiene alguna discapacidad, presenta cualquiera de los siguientes documentos:
 - Certificado de Discapacidad.
 - Resolución Ejecutiva de CONADIS.
 - Certificado o Constancia del Centro de Educación Especial.



“Cuando estaba en la barriguita de mamá”



“Completa estos datos con ayuda del o la obstetra en tu primer control después del parto o con el profesional de enfermería en el primer control de CRED de tu hijo o hija.”

| Número de controles prenatales | | | |
|---|----|----|---------------|
| Factores de riesgo en el embarazo: | SI | NO | Observaciones |
| Infecciones urinarias recurrentes, sangrados u otras enfermedades durante el embarazo | | | |
| Circular de cordón durante el parto y/o demoró mucho en llorar al nacer | | | |
| Preeclampsia | | | |
| Eclampsia | | | |
| Edad materna menor a 16 años | | | |
| Otros | | | |

Datos de mi nacimiento

Recuerda que estos datos **serán llenados por el profesional de salud** antes del alta o en tu primer control de crecimiento y desarrollo.

Nací a las semanas.

¿Nací en un centro de salud u hospital? SI NO ¿Cuál fue?

¿El parto fue normal o complicado? Normal Complicado Peso al nacer kg

Talla al nacer cm APGAR 1 min 5 min

P. Torácico cm P. cefálico cm Grupo sanguíneo y RH

Problema de salud importante

Problemas de salud en la familia

Corte oportuno del cordón umbilical SI NO Lactancia en la primera hora SI NO

Contacto piel a piel SI NO Tiempo Reanimación al nacer SI NO

UCI neonatal mayor a 4 días SI NO

Tamizaje Neonatal

| ENDOCRINO-METABÓLICO | | CARDIACO | AUDITIVO | VISUAL |
|--------------------------|--|---------------|---------------|---------------|
| Fecha | | Fecha | Fecha | Fecha |
| Sospechoso | | Normal | | |
| Hipotiroidismo congénito | | Resultado | Resultado | Resultado |
| Hiperplasia suprarrenal | | Observaciones | Observaciones | Observaciones |
| Fenilcetonuria | | | | |
| Fibrosis quística | | | | |
| Observaciones | | | | |



¡ Mamá y papá no se olviden de preguntar al profesional de la salud sobre mis resultados de tamizaje !

¿Qué debes saber sobre mi cuidado al nacer?



Sobre mi alimentación:

- Es normal que en mis primeros días de vida tengas poca leche.
- **La lactancia es un proceso natural. Tu primera leche se llama calostro, una vacuna que me protege contra varias enfermedades.**
- Dame de lactar a cada ratito.
- Es aconsejable cambiar de posición y cuidar que mi boquita esté bien agarradita a tu pecho, tomando toda la aréola, así no sentirás dolor ni aparecerán grietas.
- La leche materna es el alimento natural e insuperable para mi crecimiento y debe ser mi único alimento hasta llegar a los 6 meses.



¡Me ayudas si me abrazas, me hablas y cantas. El contacto visual contigo a través de tu calor, olor y voz me ayudan a tranquilizarme!

Recuerda siempre:

- Lavarte las manos antes de lactar y después de cambiarme el pañal, tocar objetos, superficies contaminadas, residuos sólidos o dinero.
- Acostarme siempre en posición boca arriba para dormir y cubrirme solo hasta la altura de mis hombros.
- Hasta que mi ombligo se caiga debe estar por fuera del pañal. Limpia mi ombligo con frecuencia siguiendo las indicaciones del personal de salud.
- Cumplir con todas mis vacunas.

Y evita:

- Que muchas personas me carguen y den besos, sobre todo si están resfriadas.
- Fumar en la casa.
- Acostarme en un colchón blando ni almohada porque me puedo asfixiar.

Controles de crecimiento y desarrollo (CRED)



- 1** Mis primeros dos años de vida son claves en el desarrollo de mi cerebro y mi crecimiento físico, por ello necesito, mucho amor, afecto, seguridad de las personas que están a cargo de mi cuidado.
- 2** Es indispensable que me lleves a todos mis controles de CRED para vigilar mi adecuada ganancia de peso, talla y habilidades para mi edad. Así prevenimos posibles problemas a tiempo.
- 3** También verificarán si tengo mis vacunas completas de acuerdo al esquema y solicitarán el tamizaje de anemia y parasitosis de acuerdo a lo que corresponde.
- 4** Si tienes alguna duda consulta con el profesional de la salud.

Frecuencia

“¿Cuándo me toca mi control?”

3 controles a partir de las 48 hrs post alta cada 7 días:

- 1° control antes de los 7 días.
- 2° control entre los 7 a 14 días.
- 3° control entre los 14 a 21 días.



7 controles
1m, 2m, 3m, 4m, 6m, 7m y 9m



4 controles cada 3 meses
12m, 15m, 18m y 21 m



2 controles cada 6 meses
24m, 30m, 36m, 42m, 48 m, 54m

1 CONTROL ANUAL
5 a 11 años



¡ Recuerda: A partir de los 5 años hasta los 11 años sigue llevándome al CRED una vez al año !

¿Cómo va mi desarrollo?

En esta sección está toda la información sobre cómo voy desarrollándome, es decir, cómo voy aprendiendo y adquiriendo habilidades para ser cada día más independiente y seguro de mí mismo.

Los hitos del desarrollo: son aquellas habilidades que se espera que un niño o niña logre en una determinada edad. Vigilar estos hitos permitirá saber si estoy desarrollándome bien y actuar a tiempo si hubiera algún problema.

Recuerda:
¡Actuar temprano puede marcar la diferencia!



Vigilancia del desarrollo

| EDAD / ÁREA | Recién Nacido | 3 meses | 6 meses | 9 meses | 12 meses | 18 meses | 24 meses | 30 meses |
|---------------------|----------------|--------------------|----------------------|---------------------------|----------------------------------|----------|----------|-----------|
| MOTOR GRUESO | Posición Fetal | Sostiene la cabeza | Se mantiene sentado | Se sienta | Camina | Corre | | |
| MOTOR FINO | Hace Puño | Manos Abiertas | Transfiere | Coge con su mano completa | Coge con el dedo índice y pulgar | | | |
| SOCIAL | Mira | Sonríe - ríe | Abraza | Imita | Señala | Muestra | Juega | |
| COGNITIVO | Mira | Se interesa | Observa con atención | Busca | Voltea | Reconoce | Recuerda | Obedece |
| HABLA | Llora | Dice algo... | Silabea | Balbucea | Señala | Parlotea | Frasea | Oraciones |





Señales de alerta en mi desarrollo



Si tienes alguna preocupación sobre mi desarrollo o ves alguna de las siguientes señales de alerta, por favor, consulta con el profesional de salud lo antes posible:

Busca mi edad en la parte de arriba o la edad menor más cercana a la mía, luego observa las señales en dirección hacia abajo.

| | 6 meses | 9 meses | 12 meses | 18 meses | 2 años | 3 años | 4 años | 5 años | Cualquier edad |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|---|
|  <p>Socioemocional</p> | No sonrío o grito en respuesta a los demás. | No disfruta de las interacciones y el contacto visual y gestual con otros. | No percibe la llegada de alguien nuevo. No juega por turnos. | No muestra interés por compartir e interactuar con los demás. | Tira o golpea juguetes sin importar la función de los mismos. | No imita ni le interesa jugar con otros niños. Le cuesta interpretar los sentimientos propios y ajenos. | Poco dispuesto a jugar colaborativamente. | Juega diferente a los niños de su edad. | No alcanza los hitos de desarrollo indicados. Fuertes preocupaciones de los padres. |
|  <p>Comunicación</p> | No empieza a balbucear. | No hace gestos. No hace balbuceos de dos partes (ejem. ga ga). | No parlotea. No responde a palabras familiares. | No dice palabras claras. No sigue indicaciones simples o cortas. | No dice al menos 50 palabras. No junta palabras. No se entiende la mayor parte de lo que dice. | No se entiende lo que dice. No usa oraciones simples. | No se entiende lo que dice. No sigue indicaciones de 2 pasos. | Dificultad para decir lo que está mal. No responde preguntas. | Pérdida significativa de habilidades. Falta de respuesta al sonido o estimulación visual. |
|  <p>Motor Fino y Cognición</p> | No alcanza ni coge objetos. Manos frecuentemente cerradas. | No coge ni suelta objetos. No pasa objetos de una mano a otra. | La mayoría de la nutrición sigue siendo líquida/purés. No puede masticar alimentos sólidos. No hace pinza con índice y pulgar. | No coge o garabatea con una crayola. No intenta armar torre de bloques. | No hay signos de autonomía motora gruesa y fina. | No se apoya a sí mismo para valerse por sí solo. Dificultad para coger objetos pequeños. | Sigue usando pañal durante el día. No puede dibujar líneas o círculos. | Preocupación de docente por su aprendizaje. No se viste ni come solo(a). No puede dibujar figuras simples. | Pobre integración con adultos u otras niñas o niños. Diferencia entre lado derecho y izquierdo en cuestión de fuerza, movimiento o tono. |
|  <p>Motor Grueso</p> | No rueda. No sostiene la cabeza u hombros cuando está boca abajo. | No se sienta sin apoyo. No se desplaza. No soporta su peso en las piernas cuando es sostenido por un adulto. | No se arrastra sobre su abdomen. No jala para ponerse de pie. No se para sosteniéndose de algún mueble. | No trata de caminar sin apoyo. No se para solo (sin apoyo). | No puede correr. No sube escaleras. No tira la pelota. | No corre bien. No sube ni baja escaleras. No tira o pateo la pelota. No salta en 2 pies. | No pedalea. No atrapa, lanza o pateo la pelota. No mantiene equilibrio cuando está en un pie. | Camina, corre o sube escaleras de manera rara. No manipula la pelota como sus pares. No salta 5 veces en un mismo pie. | Pérdida de movimiento flojo (de tono lento) o rígido y tenso (tono alto) |

Tamizaje del desarrollo

Es como una fotografía de mi desarrollo y permite saber si, en un determinado momento, estoy en riesgo.

Me harán un tamizaje del desarrollo a los 1, 6, 9, 18, 30, 42 y 60 meses y a cualquier edad si tú o el profesional de salud tienen alguna preocupación.

| Edad | Fecha | Resultado global (para marcar) | Áreas |
|------|-------|--------------------------------|-------|
| | | ● ● ● | |
| | | ● ● ● | |
| | | ● ● ● | |
| | | ● ● ● | |
| | | ● ● ● | |
| | | ● ● ● | |
| | | ● ● ● | |
| | | ● ● ● | |
| | | ● ● ● | |

Fuente: Prueba EDI.

¿Qué significan los resultados?

VERDE

Mi desarrollo ahora está dentro de lo esperado. ¡Vamos muy bien! Sigue llevándome a mis controles de CRED.



AMARILLO

Requiero de tu apoyo para mejorar algunas de las habilidades esperadas. El profesional de salud te dará las pautas necesarias.



ROJO

Necesito una evaluación más profunda con un especialista que pueda incentivar más mi desarrollo y alcanzar las habilidades propias de mi edad.



¡Mamá, verifica con el profesional de salud el resultado de los tamizajes y si alguno es positivo!

¡Previendo la anemia!

La anemia es la carencia de glóbulos rojos genera insuficiente oxigenación de las células y afecta el desarrollo cerebral y el rendimiento escolar en los niños.

Es clave **EVITAR la ANEMIA**, aun sabiendo que tiene **TRATAMIENTO**, por ello es importante una buena alimentación y la, suplementación preventiva.



¿Cómo se sabe si tengo anemia?

Es a través de la **MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA** de acuerdo a la edad, el personal de salud te informará cuando hacerlo.



¿Cuándo debes darme los suplementos de hierro?

- ✓ 4 meses.
- ✓ 6-59 meses de edad de acuerdo a esquema.
- ✓ Si tu niña o niño es prematuro o nació con bajo peso al nacer desde los 30 días de vida.



¿Cómo puedes prevenir la anemia?

Dame sólo leche materna los primeros meses e inicia mi alimentación complementaria desde los 6 meses. Incluye diariamente alimentos de origen animal como sangrecita, bazo, hígado, carnes rojas y pescado, ya que son las mejores fuentes de hierro.

| | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------|----------------------|--|--|--|--|
| Descarte de anemia | Medición de hemoglobina | Fecha de examen | | | | |
| | | Edad | | | | |
| | | Resultado | | | | |
| Tratamiento de anemia | Medicamento | Fecha de entrega | | | | |
| | | Tipo de /Nro de fco. | | | | |
| | Exámenes de control | Fecha de examen | | | | |
| | | Resultado | | | | |
| Suplementación preventiva con hierro | Gotas y jarabes | Edad | | | | |
| | | Fecha de entrega | | | | |
| | | Tipo de MN / Nro | | | | |
| | | Edad | | | | |
| | | Fecha de entrega | | | | |
| | | Tipo de MN / Nro | | | | |
| | | Edad | | | | |
| | | Fecha de entrega | | | | |
| | | Tipo de MN / Nro | | | | |
| | | Edad | | | | |
| | | Fecha de entrega | | | | |
| | | Tipo de MN / Nro | | | | |

¡Mamá y papá: algunos problemas en mi desarrollo pueden deberse a causas de mi salud. Es importante que me cuiden con mucho amor y responsabilidad!

Previnendo los parásitos



Puedes prevenir los parásitos cuando:

- Te lavas las manos y me lavas las manos antes y después de ir al baño, cambiarme los pañales, preparar los alimentos y comerlos.
- Hierves o cloras el agua antes de que la tome.
- Me das alimentos adecuadamente lavados y desinfectados.
- Me das carne bien cocida.
- No tenemos animales cerca de los alimentos.
- Pides un descarte parasitario al año y luego anualmente.

¡Los parásitos pueden ocasionarme diarreas, malestar en mi barriguita y problemas en la piel.



| | | | | | |
|-------------------------|----------------------------|------------------|--|--|--|
| Descarte de Parasitosis | Examen de seriado de heces | Fecha de examen | | | |
| | | Edad | | | |
| | | Resultado | | | |
| | Test de Graham | Fecha de entrega | | | |
| | | Edad | | | |
| | | Resultado | | | |

| | | | | | |
|-----------------|-------------|------------------|--|--|--|
| Desparasitación | Medicamento | Edad | | | |
| | | Fecha de entrega | | | |
| | | Tipo y dosis | | | |
| | | Edad | | | |
| | | Fecha de entrega | | | |
| | | Tipo y dosis | | | |

Suplementación preventiva con Vitamina:



Esta vitamina es muy importante para tener una buena visión, crecer **saludable** y tener buenas defensas ante virus y bacterias. Consulta al profesional de salud cuándo me toca recibirla.

| | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|
| Edad | | | | |
| Fecha de administración | | | | |
| Edad | | | | |
| Fecha de administración | | | | |

Cuidando mi alimentación



Antes de los 6 meses:

- Inicia la lactancia materna tan pronto como estemos juntos.
- Dame sólo leche materna durante los primeros 6 meses de edad a libre demanda. ¡Es la mejor defensa para mí y no cuesta!
- Asegura que reciba el calostro o primera leche para mejorar mis defensas.
- Ponte en una posición cómoda y aplica la técnica que te enseñaron para una mejor lactancia.
- Si te sientes agotada, busca apoyo de tu familia.

A partir de los 6 meses:

- Continúa con la lactancia materna desde los 6 meses hasta los 2 años o más, e introduce alimentos complementarios a partir de los 6 meses, ajustando la consistencia de los alimentos según la edad del niño y aumentando la cantidad de acuerdo a su desarrollo.
- Prioriza alimentos de origen animal, como hígado, carnes, pescado, huevo, y evita azúcares, sal y alimentos ultra procesados.
- Desde los 6 meses, incluye huevos, pescados, y frutas cítricas, y a partir de los 12 meses, añade leche, queso, y yogur.
- Mantén la suplementación de hierro para prevenir la anemia y fomenta el consumo de frutas y verduras locales.
- Durante una enfermedad, ofrece comidas más frecuentes para asegurar una nutrición adecuada, e integra al niño en las comidas familiares.
- Dame frutas y verduras disponibles en nuestra localidad todos los días.
- Dame agua segura (hervida o clorada) siempre que lo necesite.
- Pon poca sal y azúcar en mis comidas y bebidas.



“Evita agregar azúcar a los alimentos y bebidas, retrasa al máximo el consumo de azúcares hasta los dos años de edad”.

“Dame mis alimentos en la mesa **junto a mi familia**, me gusta disfrutar de su compañía y me ayuda a sentirme seguro”

“Cuando compres alimentos, **verifica si tienen estas etiquetas**. Esto indica que no son saludables para mí.
EVITEMOS SU CONSUMO EN CASA



Mis vacunas

Las vacunas son necesarias para estar protegido de enfermedades graves causadas por virus y bacterias. Cuando me vacunas, mi cuerpo genera defensas contra estos virus y bacterias para luchar contra la enfermedad en caso de que algún día entre en contacto con ese germen nocivo.



Las vacunas son muy seguras y no afectarán mi desarrollo en absoluto. Vacunándome no sólo me proteges a mí sino a toda la familia y a **aquellos quienes tienen enfermedades graves**. Si tienes alguna pregunta sobre las vacunas, **no dudes en consultar al profesional de salud**. Sigue el siguiente esquema de vacunación del Perú para asegurarnos que estoy protegido(a).



Esquema de Vacunación menor de 11 años

Vacunar a tu niña(o) es acto de amor:

Tuberculosis: (BCG) Recién Nacido (Recién Nacido)

Anti hepatitis B: (HVB) (Recién Nacido)

DOSIS de Antipolio Inyectable IPV

1ra. (2 Meses)

2da. (4 Meses)

3ra. (6 Meses)

DOSIS de Pentavalente (DPT +Hib + Hvb) o Hexavalente (DPT +Hib + Hvb+IPV)

1ra. (2 Meses)

2da. (4 Meses)

3ra. (6 Meses)

Dosis de Neumococo

1ra. (2 Meses)

2da. (4 Meses)

3ra. (12 Meses)

1ra. (2 Meses)

Dosis de Rotavirus

2da. (4 Meses)

Influenza (< 1 AÑO)

1ra. (6 meses)

2ra. (7 meses)

Influenza

1 año

Influenza

2 años

Sarampión, Rubeola y Paperas (SPR-1) 1 Año

Varicela 1ra. (1 Año)

Antihepatitis A (HVA) 15 Meses

Antiamarilica 15 meses

Sarampión, Rubeola y Paperas (SPR-2) 18 Meses

1er refuerzo DPT 18 Meses

1er refuerzo IPV 18 meses

Influenza 3 años

Influenza 4 años

2do refuerzo DPT 4 años

2do refuerzo APO 4 años

VPH Dosis única

Otras vacunas

Cuidando mi salud bucal

Las caries dentales son una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en la infancia.

- Empieza con mi higiene bucal antes de que broten mis primeros dientes y acude al odontólogo con regularidad.
- Cepilla mis dientes 2 veces al día como mínimo. Puedes usar la pasta dental familiar (1000 o 1500 PPM flúor), pero ten en cuenta colocar esta cantidad en su cepillo según su edad.
- Colócate detrás de la niña o niño en una posición que mantenga su cabeza apoyada en tu pecho.
- Levanta su labio superior para cepillar bien los dientes de esa zona
- Asegúrate de que escupa todo el exceso de pasta dental, no enjuagar con agua.
- Cepilla los dientes como mínimo 2 veces al día.
- El cepillado nocturno es el más importante.
- Coloca la pasta dental en mi cepillo y ayúdame a cepillarme.



Señales de alto riesgo



Llévame de inmediato al puesto o centro de salud si:

- No lacto bien o me ahogo con la leche.
- Tengo fiebre mayor a 38 grados que no cede con baños de agua tibia.
- Tengo vómitos frecuentes.
- Duermo más de lo habitual y no respondo a ningún estímulo.
- Tengo dificultad para respirar (respiración rápida y agitada, se hunde la piel entre las costillas).
- No puedo tomar líquidos con facilidad.
- Tengo diarrea más de 10 veces al día o 4 veces en 4 horas de abundante cantidad.
- Mis labios o piel tienen una coloración azulada o morada.
- Si convulsiono o tiemblo sin control.
- Tengo llanto distinto al habitual (muy largo, muy corto o no se calma con nada).
- No respondo a ruidos fuertes.



Cuidando nuestra salud mental

Me desarrollo bien con tus cuidados y tu sensibilidad:

- Muéstrame tu afecto siempre. La calidez y la ternura me hacen sentir bien.
- Los masajes suaves me hacen sentir querido(a) y fortalecen mis músculos.
- Si sientes mucho cansancio o estrés, detente, respira hondo.
- Intenta calmarme antes de atenderme. Pide apoyo si es necesario.
- Los gestos y expresiones de mi cuerpo y el llanto son la forma de comunicarme en mis primeros meses. Aprende a reconocerlo.
- Mecermme, arrullarme y hablarme suave y rítmicamente me ayudará a calmarme.
- Siempre que debas salir, explícamelo y asegúrame que volverás para quedarme tranquilo(a) y seguro(a) al cuidado de otra persona.
- Cuando necesites corregirme, no me grites ni me pegues; háblame con suavidad y firmeza. Estoy aprendiendo. No me dejes llorando porque eso afecta mi salud mental y física.



Recuerda,
Tan importante como comer o respirar es
sentir confianza, seguridad y protección en ti.
Lo que me das ahora marcará mi futuro.



Promoviendo mi desarrollo



Me ayudas a desarrollarme mejor cuando:

- ✓ Me miras, **me sonríes** y me conversas mientras me cuidas.
- ✓ Respondes a los sonidos y **palabras que digo**, aunque todavía no sepa hablar.
- ✓ Aprovechas las actividades diarias para interactuar conmigo y **jugar**.
- ✓ **Juegas detrás de un pañuelo** para escondernos haciendo sonidos graciosos, tocando las narices o escondiendo objetos para que yo los encuentre.
- ✓ Tengo un espacio limpio y seguro para **jugar**.
- ✓ **Me lees cuentos** o me narras historias todos los días. Déjame pasar las páginas y mirar juntos los dibujos.
- ✓ **Elogias mi conducta** cuando es adecuada; esto me ayuda a aprender.
- ✓ Me dejas usar el vaso y la cuchara y **explorar** el sabor y textura de la comida.

Si tengo más de 5 años, sigue estas recomendaciones:



Si tengo algún problema en el desarrollo o discapacidad debes seguir jugando, hablando conmigo y dándome mucho afecto.



- ✓ No dejes de demostrarme afecto y **reconocer mis logros**.
- ✓ Ayúdame a asumir **pequeñas responsabilidades** en el hogar o la escuela y a respetar y ayudar a los demás.
- ✓ **Habla siempre conmigo** sobre los temas de la escuela, los amigos y las cosas que quiero hacer en el futuro.
- ✓ Ayúdame a tener metas alcanzables para **sentirme orgulloso** de mis logros.
- ✓ Enséñame a **ser paciente**, esperar mi turno y a terminar una tarea antes de ir a jugar.
- ✓ Ponme reglas claras y respételas. Aliéntame a **resolver los problemas** y desacuerdos con otros niños.
- ✓ Hagamos **cosas divertidas en familia**. Sigue leyéndome y hagamos turnos para leer.
- ✓ **Controla** el tiempo frente a las pantallas.
- ✓ Usa la disciplina para guiarme y protegerme en lugar de usar castigos que me hagan sentir mal. **Explícame lo que debo hacer**.
- ✓ Elogia cuando tengo un buen comportamiento y **reconoce las cosas positivas**.
- ✓ Motívame a participar en **actividades grupales** y deportivas.
- ✓ Al crecer un poco más, ayúdame a **desarrollar mi sentido** de lo que está bien y lo que está mal.
- ✓ Dame alimentos ricos y nutritivos y **evita la comida chatarra** (golosinas, bebidas azucaradas, galletas y embutidos).
- ✓ Vigila que duerma el **tiempo suficiente (8 a 10 horas)**.

