



Libreta de Salud del niño y la niña

Nombre y Apellido:

C.I.N°:

Certificado de Vacunación y del estado de salud. Ley N° 4621

CÓMO CUIDAR A TU BEBÉ EN EL PRIMER MES DE VIDA

Recomendaciones para la mamá, el papá y la familia

Cuidados del/la recién nacido/a en el hogar:

- Lavate siempre las manos con agua y jabón antes de tocar a tu bebé.
- Para dormir acostale boca arriba o de costado. No cubrirle la cara porque puede asfixiarse.

Alimentación:

- Dale el pecho a libre demanda, es decir, cada vez que tu bebé te lo pida, al menos 8 a 10 veces al día.
- Para crecer tu bebé no necesita agua, té u otro tipo de leche hasta los 6 meses de vida.

Estimulación:

- Mirale a los ojos, acarícialo y hablale cariñosamente sobre todo al darle el pecho materno.
- Colgar objetos de colores (pelotitas, juguetitos, globos) donde tu bebé pueda mirar.
- Ponele música suave.
- EVITÁ PONERLE FRENTE AL TELEVISOR.

Cuidados del cordón y baño:

- No es necesario bañarle todos los días, para preservar la grasa natural que protege la piel.
- Mantenele siempre seca la zona del pañal para evitar la aparición de irritaciones e infecciones.
- Para limpiarle la zona del pañal podés usar aceite vegetal de cocina cada vez que le cambias el pañal.
- No uses esponjas, perfumes, talcos.
- Para limpiar el cordón, lavate las manos, utilizá agua y jabón o alcohol rectificado.
- No uses ombliguero, gasa, polvos, ni cubras el cordón con el pañal.

Ambiente y Vestimenta:

- Ponele ropa liviana, preferentemente de algodón.
- Si hace frío colocale gorros y medias.
- La mejor forma de mantener la temperatura de tu bebé es colocarle en contacto piel a piel sobre tu pecho.
- Evitá el contacto con personas enfermas.
- Mantené el ambiente limpio y ventilado, libre de polvo casero y humo.

NO FUMAR DENTRO DE LA CASA NI CERCA DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS PARA EVITAR ENFERMEDADES RESPITORIAS

Esquema de controles para tu bebé

Al nacer	Primer control	Segundo control	Tercer control
Controles diarios hasta el alta	A las 48 a 72 horas	A los 10 días	A los 28 días

Antes del alta de tu bebé ASEGURATE:

- Que la libreta de Salud de tu bebé esté completa.
- Que le hayan aplicado la vacuna BCG (para prevenir la tuberculosis).
- Que le hayan aplicado la Vacuna contra la Hepatitis B (para prevenir transmisión perinatal del virus)
- Que le hayan realizado el Test del Piecito o te hayan explicado cuándo y dónde realizarlo y/o retirarlo.
- Que te hayan explicado cómo te vas a dar cuenta si tu bebé tiene alguna enfermedad grave.
- Que te hayan entregado el Certificado de Nacido Vivo.

C.I N° o Código provisorio:	
Nombres:	
Apellidos:	
Fecha de nacimiento:	
Lugar de nacimiento:	
Sexo:	
Nacionalidad:	
Dirección:	
Departamento:	
Municipio:	
Barrio o Cñía.:	
Referencia para ubicar el domicilio:	
Tel. del contacto:	
Seguro médico:	
Alergia o contraindicación:	



Madre	Padre	Tutor
Nombre		
Apellidos		
Fecha de nacimiento		
Lugar de nacimiento		
Cédula de identidad		



DATOS DEL EMBARAZO Y PARTO

Complete los datos de acuerdo a los puntos señalados a continuación:

Embarazo

Número de embarazo	<input type="text"/>	N° de controles prenatales	<input type="text"/>
Embarazo único	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
VDRL	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Valor <input type="text"/>	Tratamiento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Grupo sanguíneo	<input type="text"/>		
Parto espontáneo	<input type="checkbox"/>	Cesárea	<input type="checkbox"/>
Institucional	<input type="checkbox"/>	en domicilio/otro	<input type="checkbox"/>
Patología en el embarazo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuál	<input type="text"/>
Patología en el parto	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuál	<input type="text"/>
Patología en el puerperio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuál	<input type="text"/>

Vacunas de la embarazada

Td	<input type="text"/>	Tdpa	<input type="text"/>
Influenza	<input type="text"/>	Otras	<input type="text"/>

Recién nacido (RN)

Peso	<input type="text"/>	gr.	Talla	<input type="text"/>	cm.	Perímetro cefálico	<input type="text"/>	cm.
Edad gestacional	<input type="text"/>	semanas	Apgar	1° <input type="text"/>	5° <input type="text"/>			
Reanimación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
Grupo sanguíneo	<input type="text"/>	RH	<input type="text"/>	Test de COOMBS	<input type="text"/>			
VDRL	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Valor	<input type="text"/>	Tratamiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Tamizaje neonatal

Test del Piccito	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
TSH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fenilalanina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Inspección física

Malformaciones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros	<input type="text"/>	Peso de egreso	<input type="text"/>	gr.

Alimentación al alta

Lactancia materna exclusiva	<input type="checkbox"/>	Fórmula	<input type="checkbox"/>	Mixta	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	---------	--------------------------	-------	--------------------------

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN. PARAGUAY. AÑO 2022

Vacunas	Enfermedad que previene	Meses de edad										Edad en años							
		al nacer	2	4	6	12	15	18	35	4	5		9 a 10						
HEP B	Hepatitis B perinatal	HEP B																	
BCG	Tuberculosis	BCG																	
Anti Rotavirus	Diarrea por Rotavirus		ROTA		ROTA														
Antipoliomielítica	Poliomielitis		IPV		IPV	bOPV					bOPV				bOPV				
SPR	Sarampión Papera Rubéola							SPR							SPR				
AA	Fiebre Amarilla							AA											
Neumococo	Meningitis Neumonía Otitis									PCV13									
Pentavalente (DPT+HB+Hib)	Difteria Tétanos Tos convulsa Neumonía Meningitis																DTP		
VVZ	Varicela																	VVZ	
VHA	Hepatitis A																	VHA	
VPH	Cáncer																		VPH
Tdpa (pertussis acelular)	Difteria Tétanos Tos convulsa																		Tdpa
anti influenza	Influenza																		INFLUENZA

REGISTRO DE VACUNAS

RECIENTE NACIDO	ESQUEMA IDEAL: RECIÉN NACIDO					
	VACUNA	EDAD	FECHA	LOTE	VACUNADOR/A	FIRMA Y SELLO
	HEPATITIS B					
BCG						

2 MESES	ESQUEMA IDEAL: 2 MESES (PRIMERA DOSIS)					
	VACUNA	EDAD	FECHA	LOTE	VACUNADOR/A	FIRMA Y SELLO
	ROTAVIRUS					
	IPV					
	PCV13					
PENTAVALENTE						

4 MESES	ESQUEMA IDEAL: 4 MESES (SEGUNDA DOSIS)					
	VACUNA	EDAD	FECHA	LOTE	VACUNADOR/A	FIRMA Y SELLO
	ROTAVIRUS					
	IPV					
	PCV13					
PENTAVALENTE						

6 MESES	ESQUEMA IDEAL: 6 MESES (TERCERA DOSIS)					
	VACUNA	EDAD	FECHA	LOTE	VACUNADOR/A	FIRMA Y SELLO
	bOPV					
PENTAVALENTE						

12 MESES	ESQUEMA IDEAL: 1 AÑO					
	VACUNA	EDAD	FECHA	LOTE	VACUNADOR/A	FIRMA Y SELLO
	SPR (1d)					
	AA (Ud)					
PCV13 (R)						

15 MESES	ESQUEMA IDEAL: 15 MESES					
	VACUNA	EDAD	FECHA	LOTE	VACUNADOR/A	FIRMA Y SELLO
	VVZ (1d)					
VHA (Ud)						

REGISTRO DE VACUNAS

18 MESES	ESQUEMA IDEAL: 18 MESES					
	VACUNA	EDAD	FECHA	LOTE	VACUNADOR/A	FIRMA Y SELLO
	bOPV (1R)					
	SPR (2d)					
DPT (1R)						

4 AÑOS	ESQUEMA IDEAL: (48 MESES)					
	VACUNA	EDAD	FECHA	LOTE	VACUNADOR/A	FIRMA Y SELLO
	bOPV (2R)					
DPT (2R)						

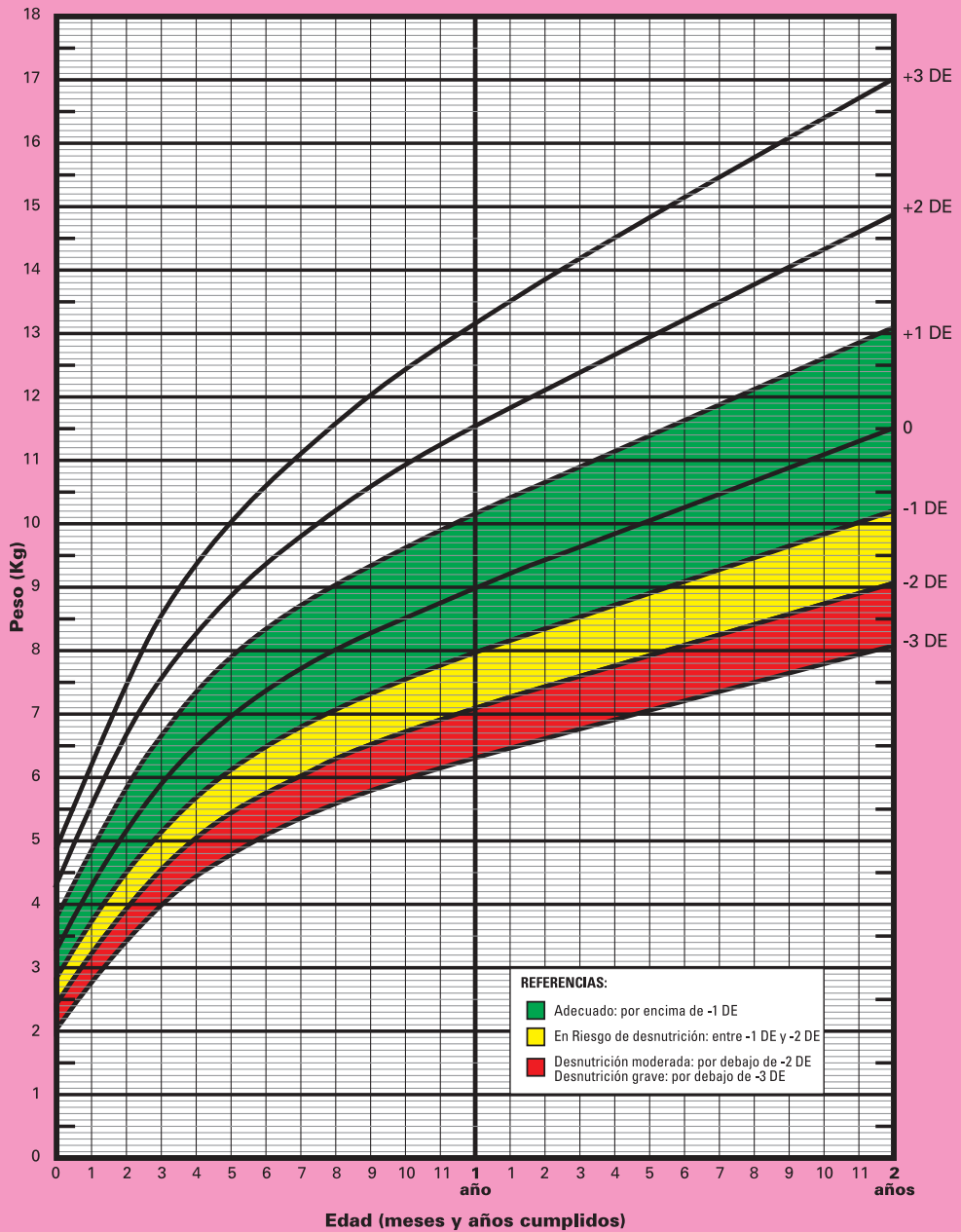
5 AÑOS	ESQUEMA IDEAL: (60 MESES)					
	VACUNA	EDAD	FECHA	LOTE	VACUNADOR/A	FIRMA Y SELLO
VVZ (2d)						

Niños/as que recibirán por 1ra. vez la Vacuna	ESQUEMA IDEAL - VACUNA CONTRA LA INFLUENZA					
	EDAD	DOSIS	FECHA	LOTE	VACUNADOR/A	FIRMA Y SELLO
	6 a 11 meses	1 d.				
		2 d.				
	1 años	1 d.				
		2 d.				
	2 años	1 d.				
		2 d.				
Niños/as con antecedente de vacunación	1 años	R.				
	2 años	R.				

ESQUEMA IDEAL: 9 a 10 AÑOS						
VACUNA	EDAD	DOSIS	FECHA	LOTE	VACUNADOR/A	FIRMA Y SELLO
VPH (Niñas)		1 d.				
VPH (Niñas)		2 d.				
Tdpa		Ud.				

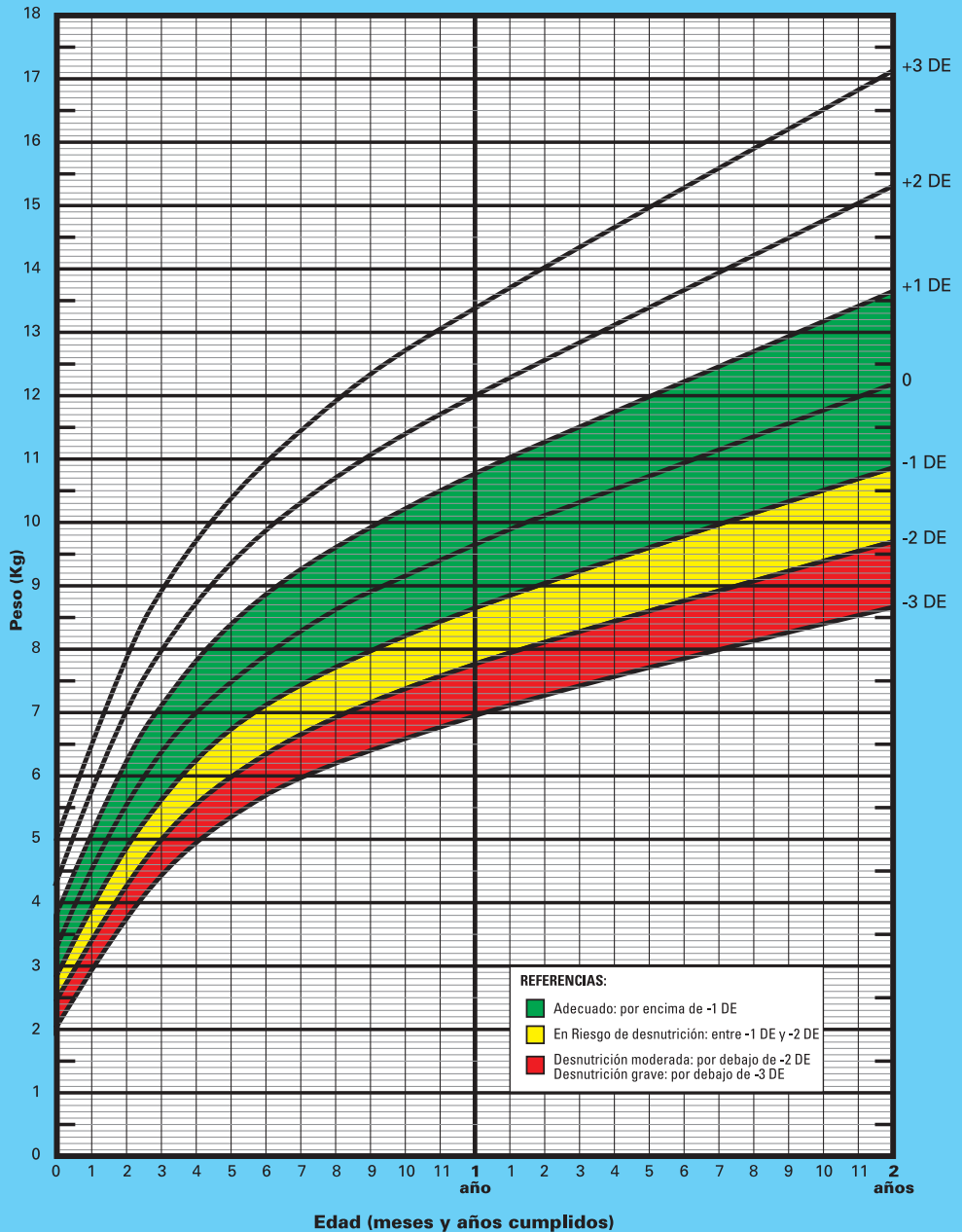
OTRAS VACUNAS						
VACUNA	EDAD	DOSIS	FECHA	LOTE	VACUNADOR/A	FIRMA Y SELLO

PESO/EDAD DE 0 A 2 AÑOS (NIÑAS)

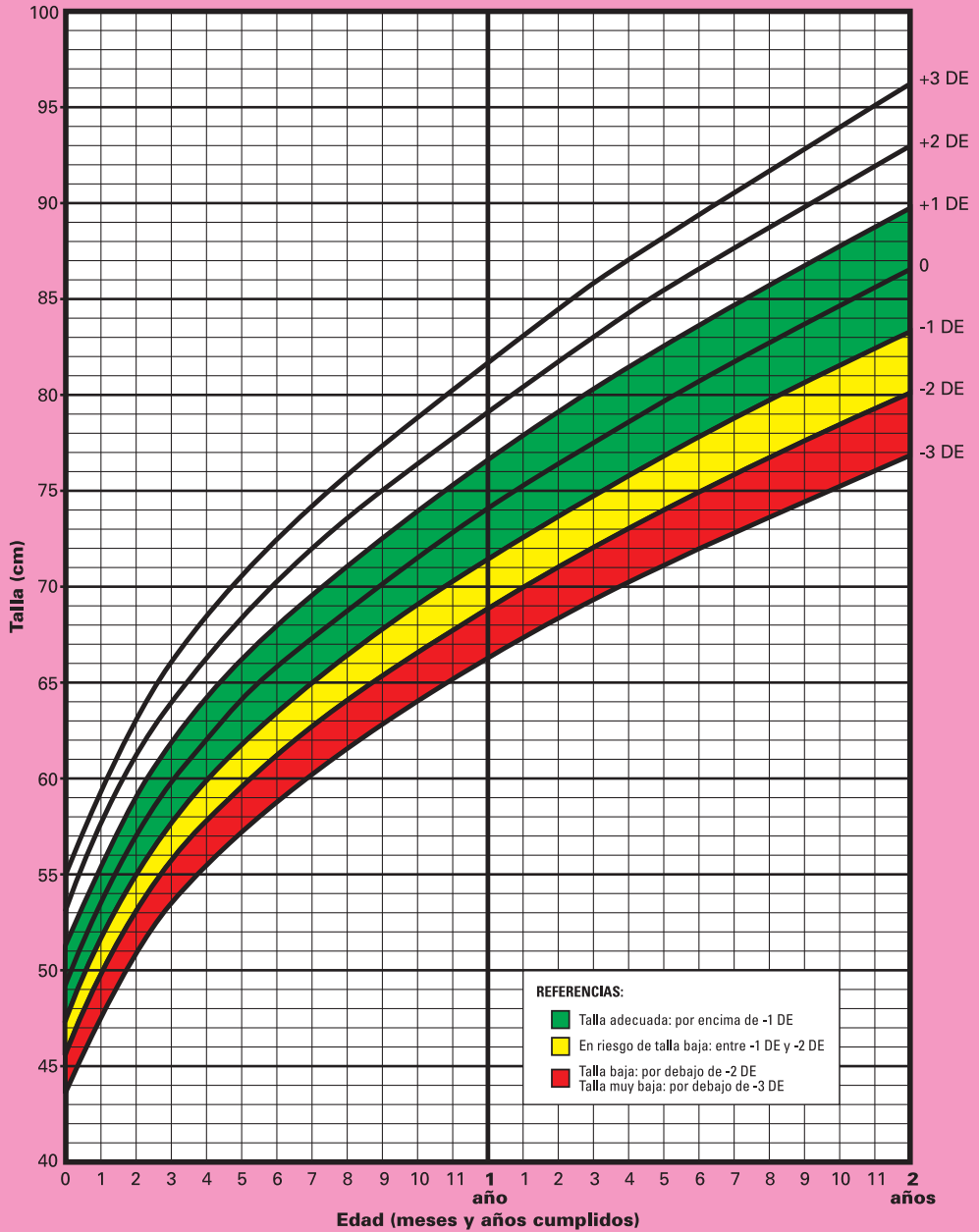


OMS Estándares de crecimiento infantil

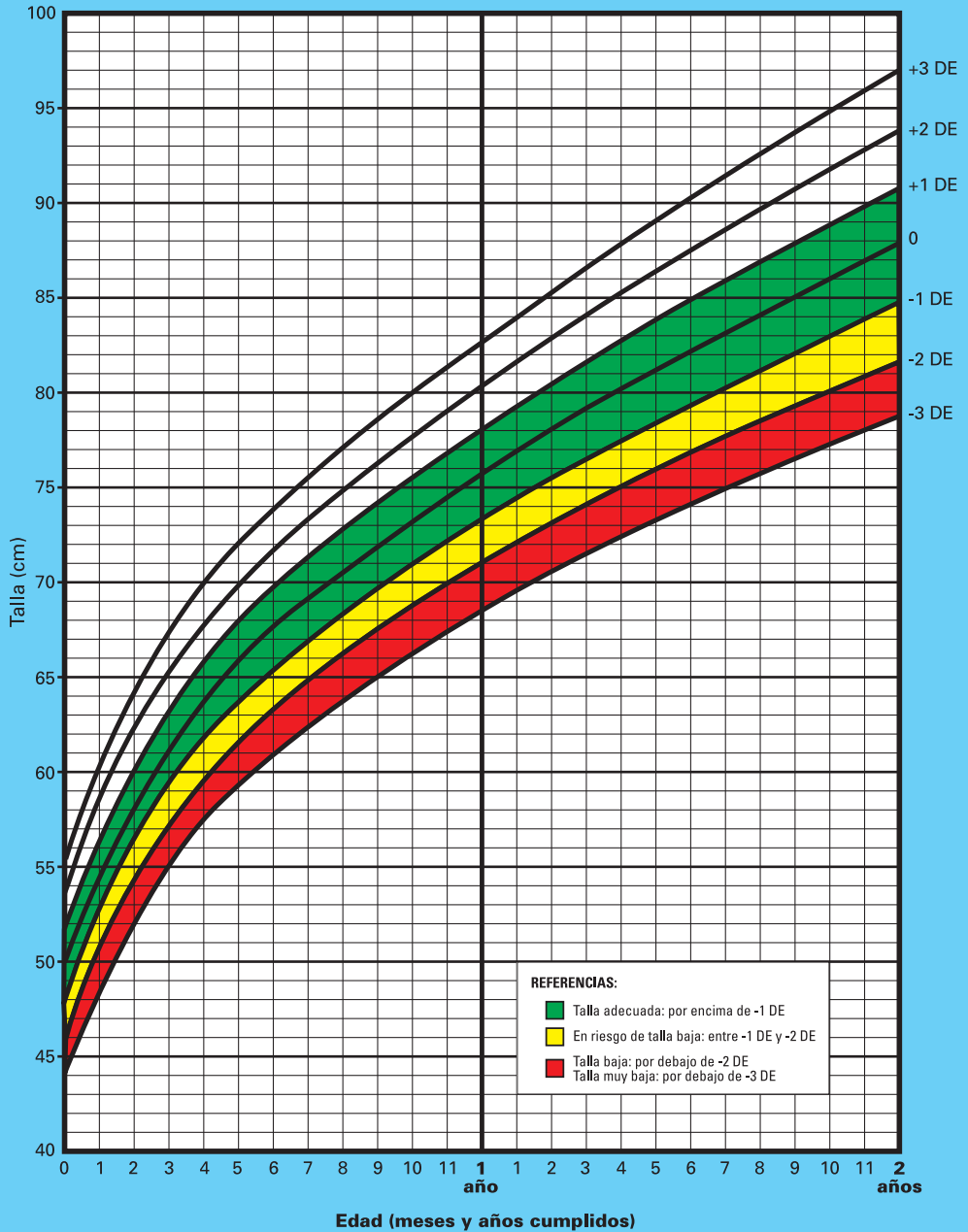
PESO/EDAD DE 0 A 2 AÑOS (NIÑOS)



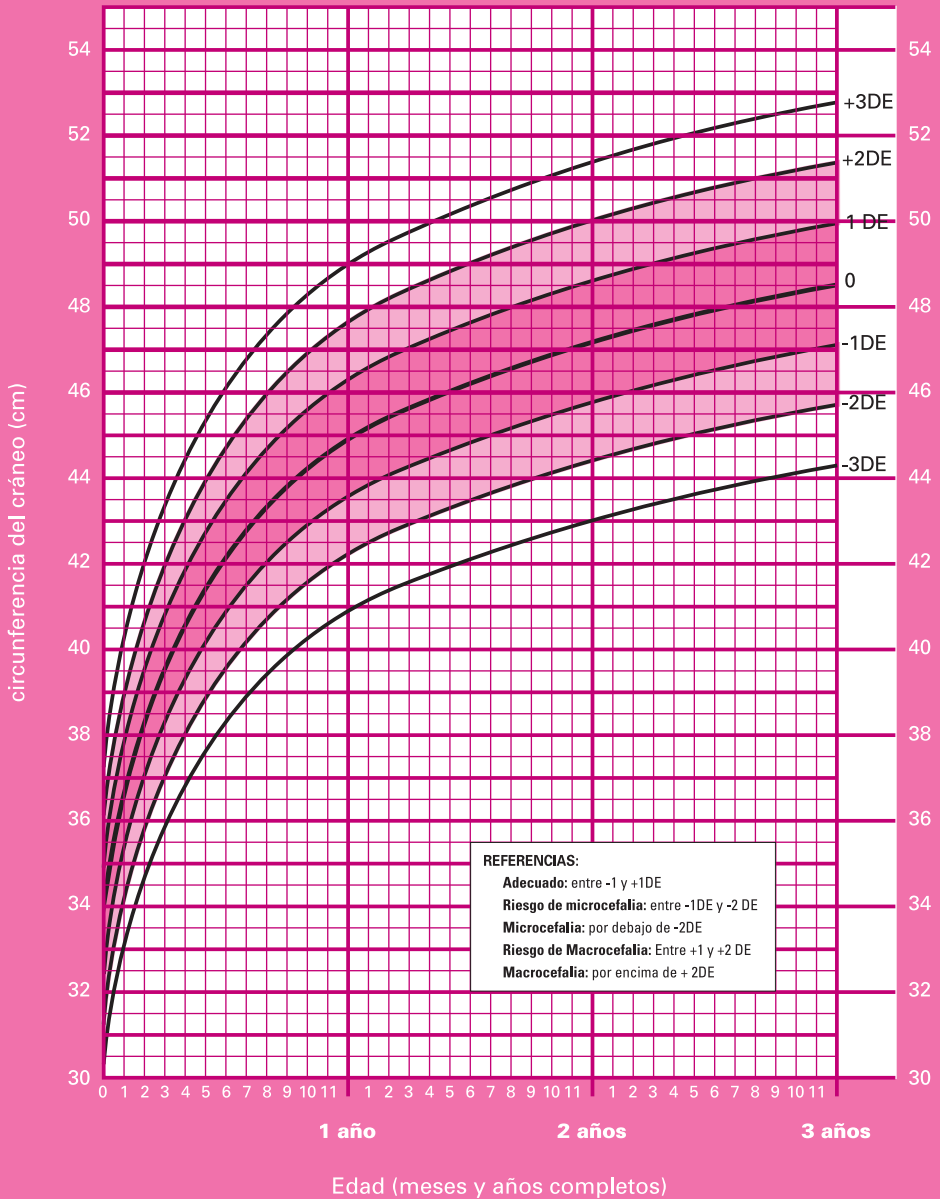
TALLA/EDAD DE 0 A 2 AÑOS (NIÑAS)



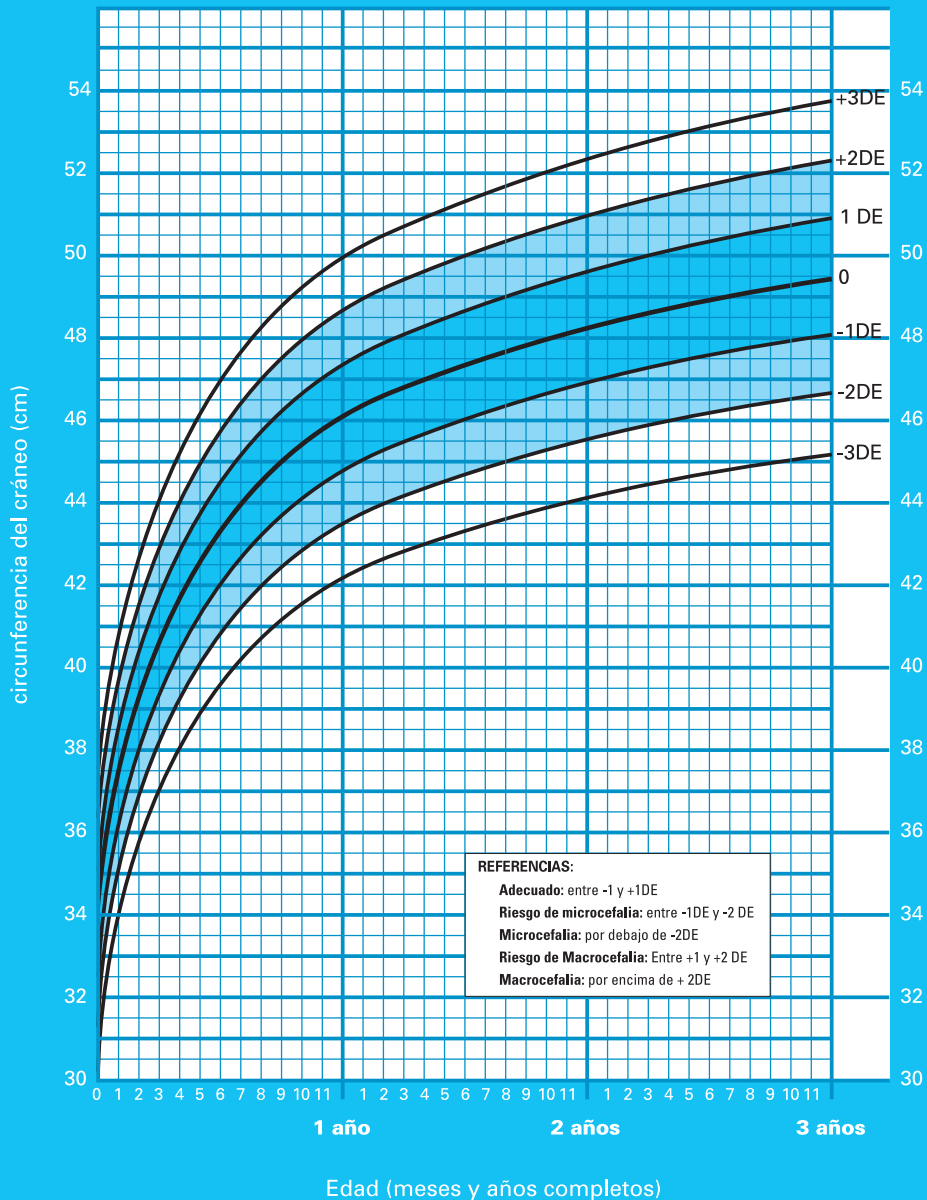
TALLA/EDAD DE 0 A 2 AÑOS (NIÑOS)



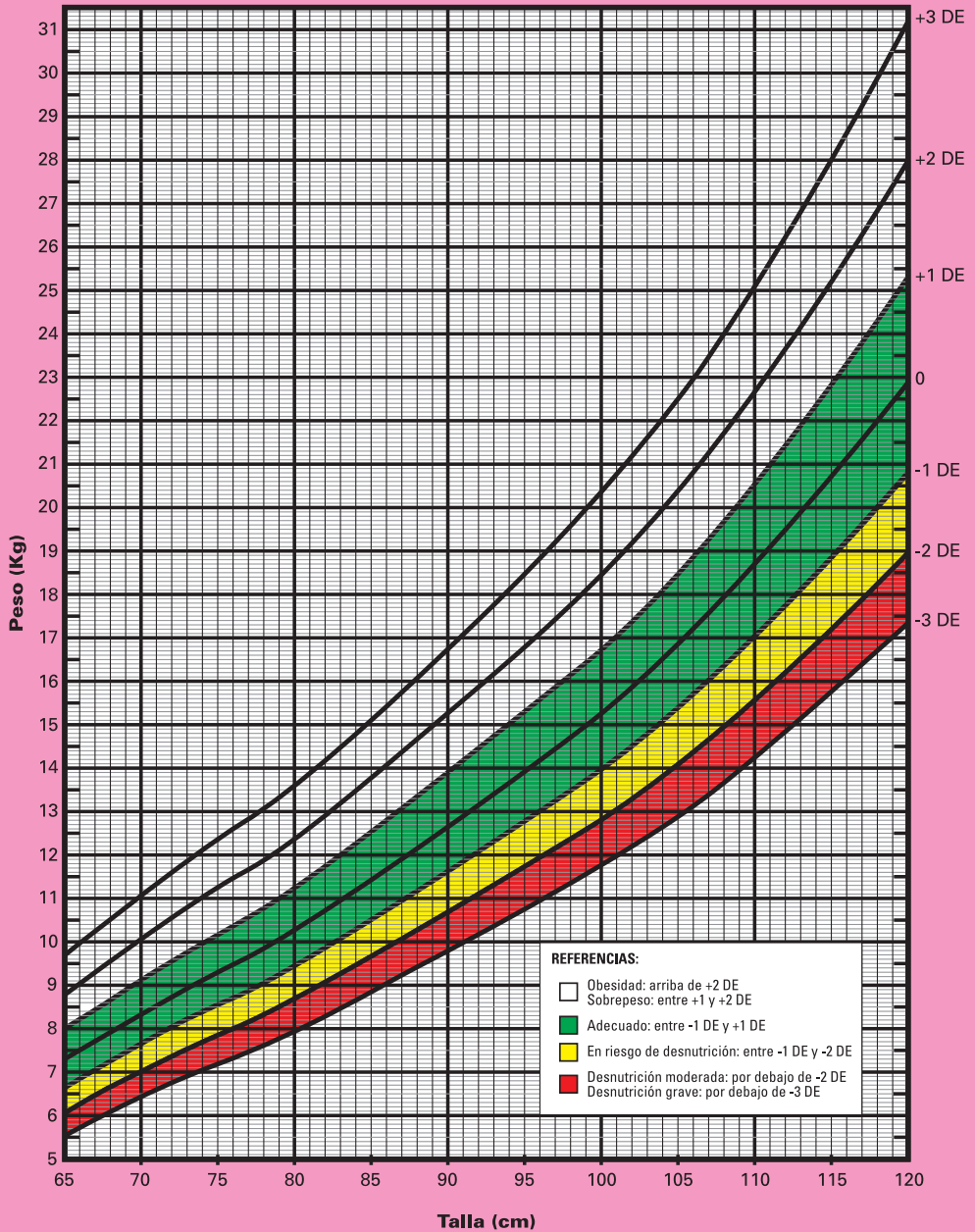
CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA DE 0 A 3 AÑOS (NIÑAS)



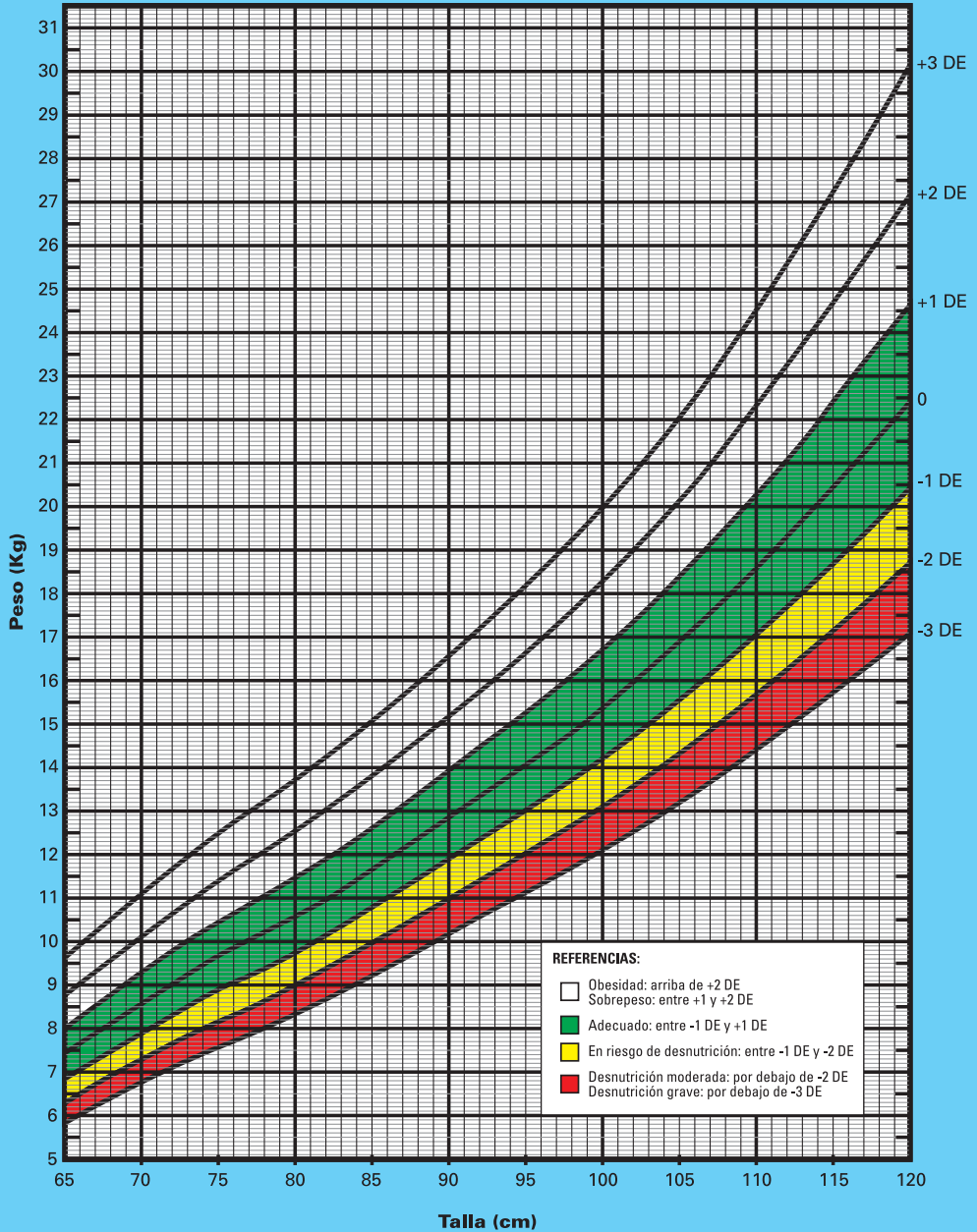
CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA DE 0 A 3 AÑOS (NIÑOS)



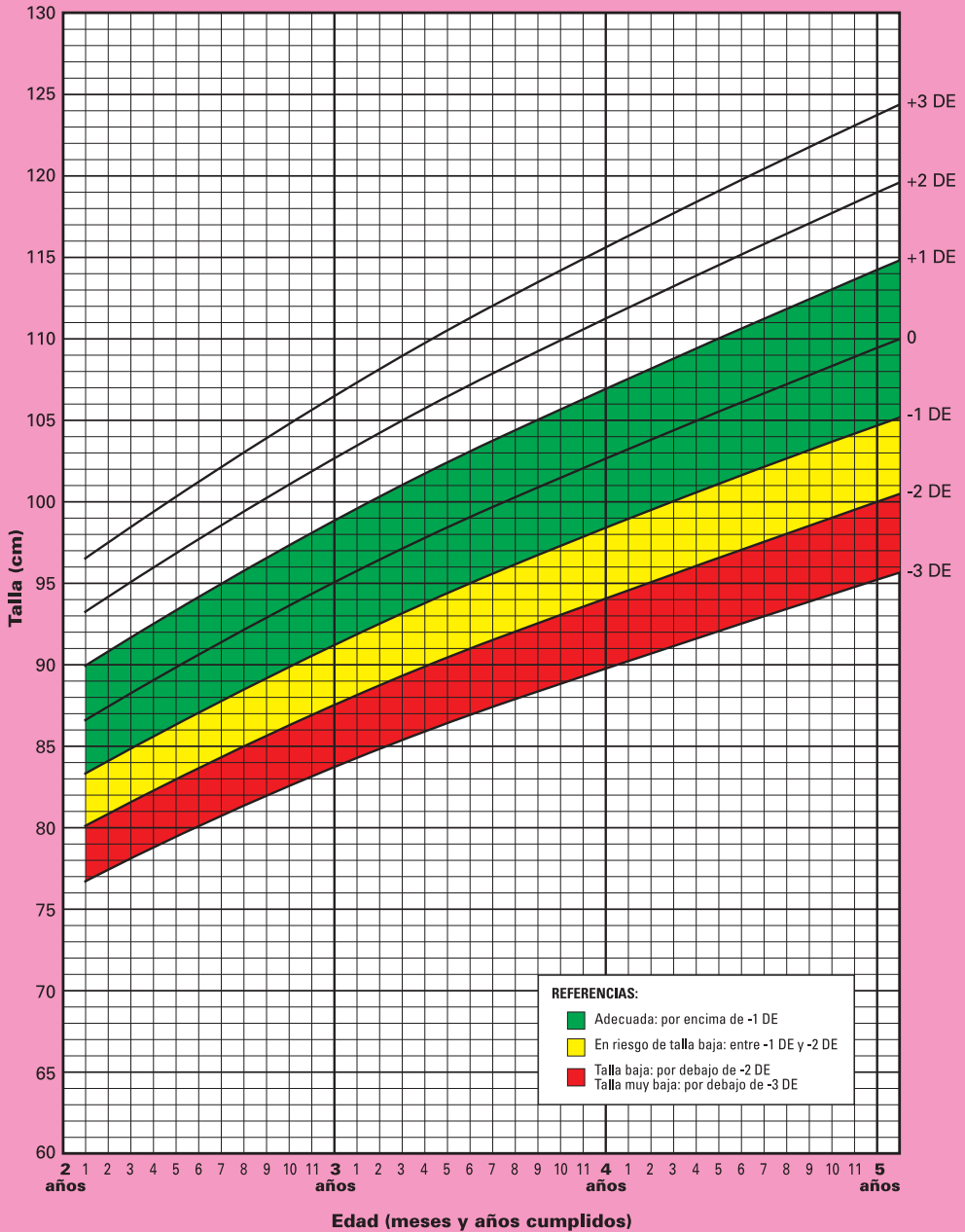
PESO/TALLA DE 2 A 5 AÑOS (NIÑAS)



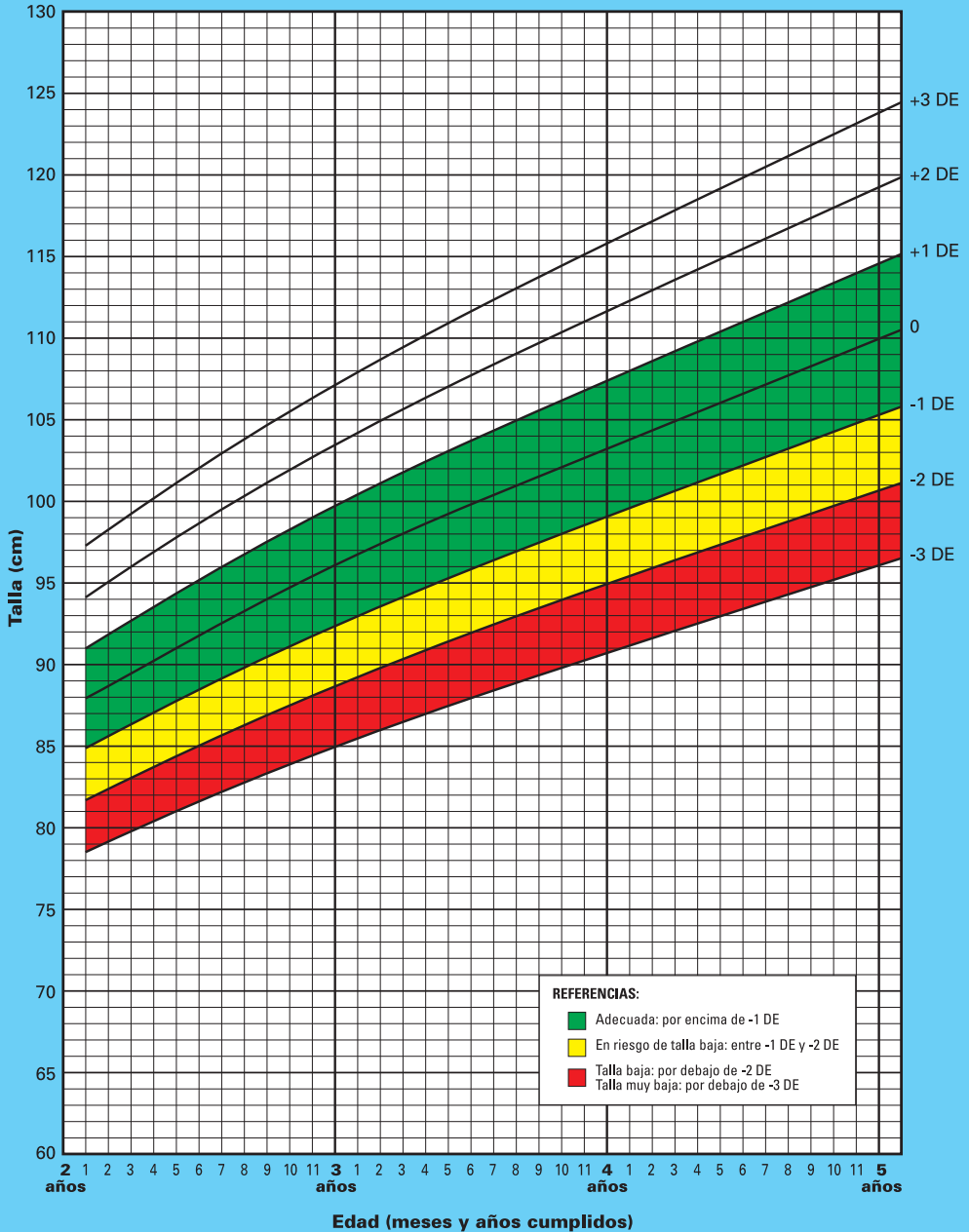
PESO/TALLA DE 2 A 5 AÑOS (NIÑOS)



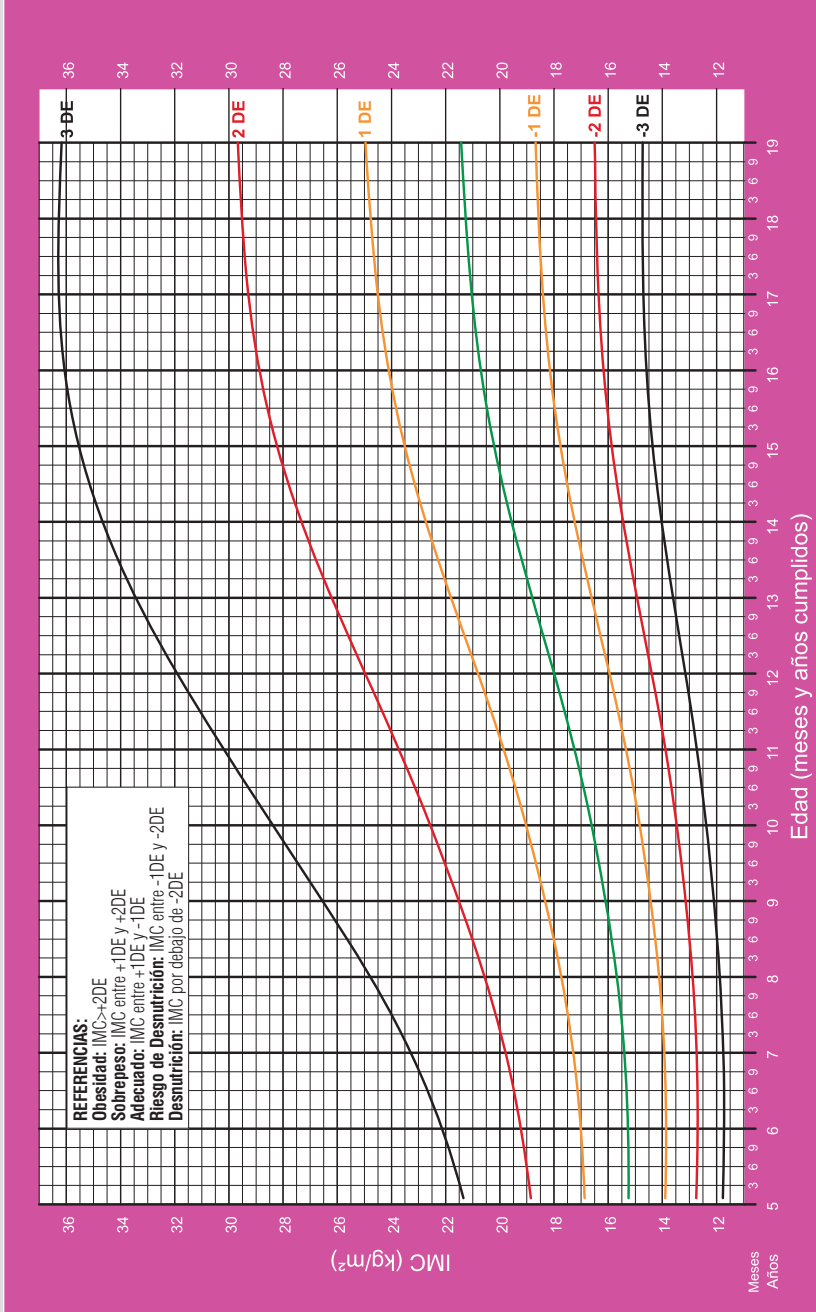
TALLA/EDAD DE 2 A 5 AÑOS (NIÑAS)



TALLA/EDAD DE 2 A 5 AÑOS (NIÑOS)



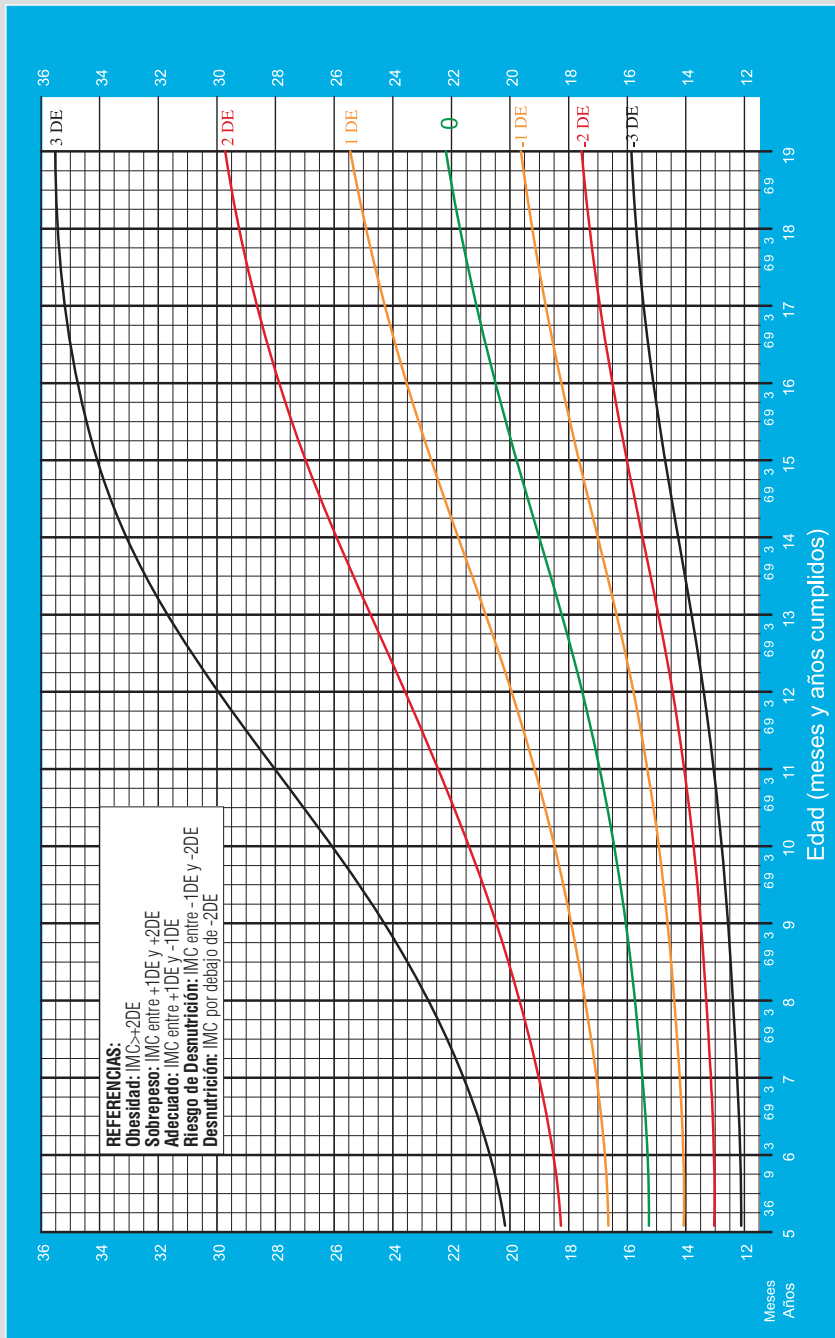
IMC/EDAD DE 5 A 19 AÑOS (MUJERES)



2007 Referencia WHO

Para evaluar el estado nutricional se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el Peso (en Kg.) por la Estatura (en metros al cuadrado): **IMC=kg/m²**

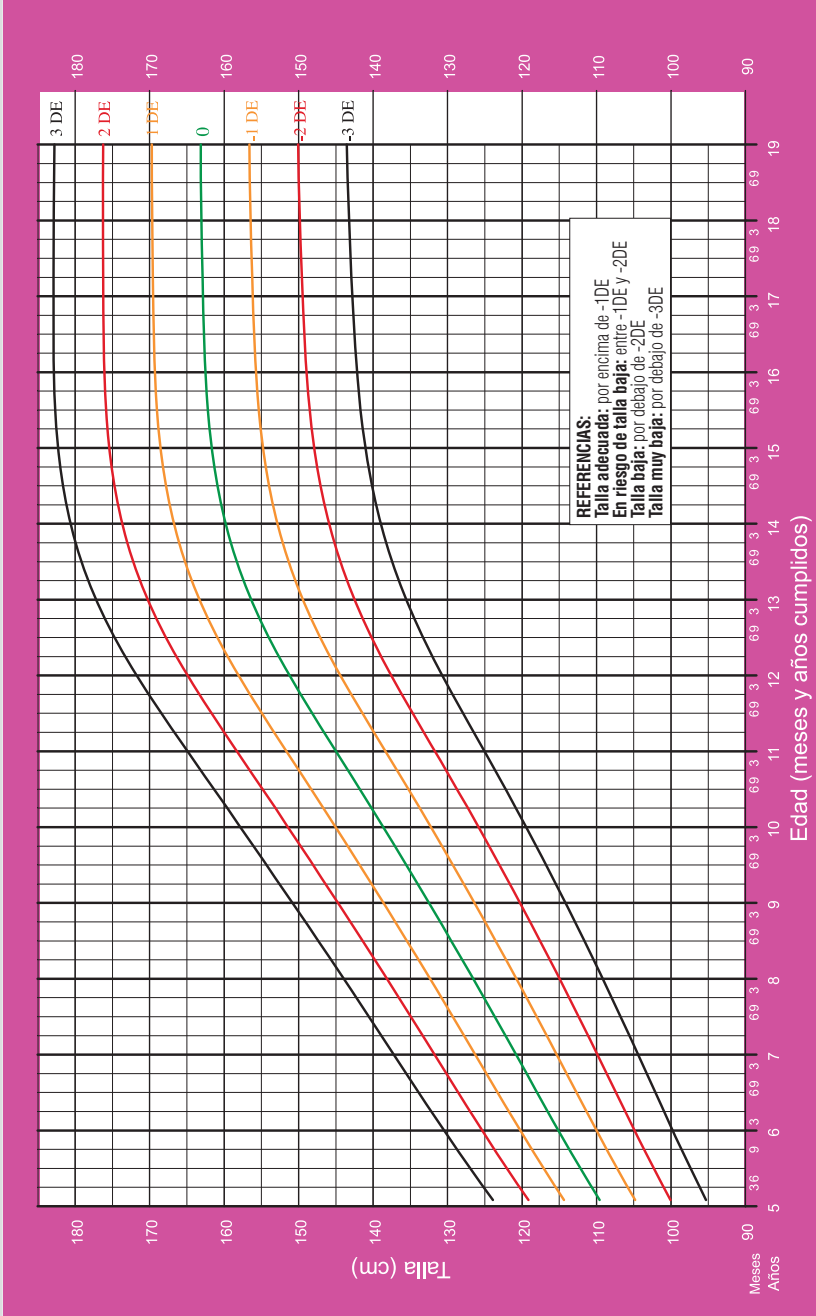
IMC/EDAD DE 5 A 19 AÑOS (VARONES)



2007 Referencia WHO

Para evaluar el estado nutricional se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el Peso (en Kg.) por la Estatura (en metros al cuadrado): **IMC=kg/m²**

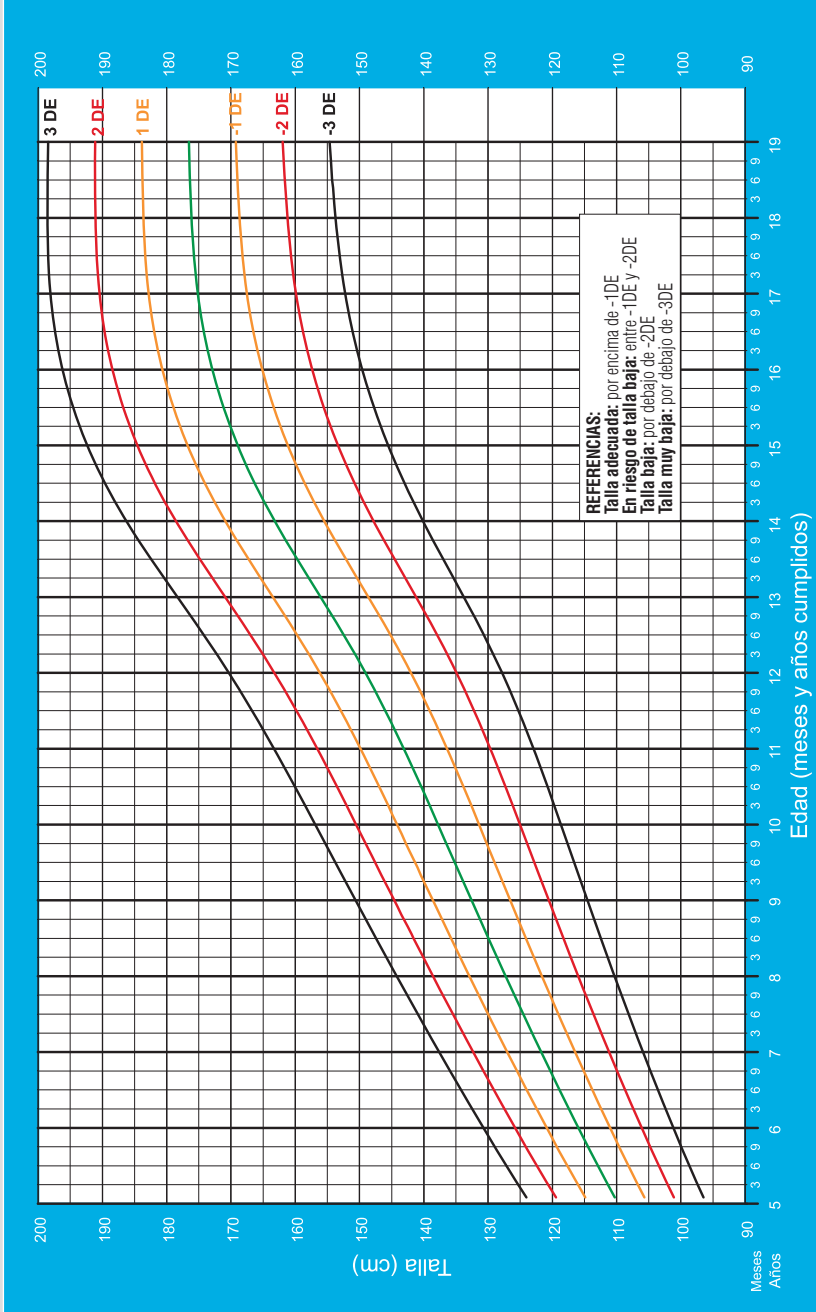
TALLA/EDAD DE 5 A 19 AÑOS (MUJERES)



2007 Referencia WHO

Para evaluar el estado nutricional se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el Peso (en Kg.) por la Estatura (en metros al cuadrado): **IMC=kg/m²**

TALLA/EDAD DE 5 A 19 AÑOS (VARONES)



2007 Referencia WHO

Para evaluar el estado nutricional se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el Peso (en Kg.) por la Estatura (en metros al cuadrado): **IMC=kg/m²**

LACTANCIA MATERNA: UN REGALO PARA TODA LA VIDA

La leche materna es el alimento natural y suficiente para tu bebé hasta los 6 meses de vida. No es necesario darle otra comida o líquidos ni siquiera agua, té o infusiones durante los 6 primeros meses de vida, dale solo leche materna en forma exclusiva. Evítá darle a tu bebé chupete y biberón.

Porqué es importante la lactancia?

Porque disminuye riesgos de enfermedad como diarrea, resfrío, neumonía, alérgias, desnutrición y otras enfermedades.

Evita el cólico y el estreñimiento de tu bebé.

Se puede trabajar y dar de mamar a la vez?

En Paraguay, el código laboral (LEY 213/93 Art. 133/136) protege a la mujer trabajadora que decide dar de mamar con dos permisos diarios de 30 minutos durante su jornada laboral.

RECORDÁ: Dar de mamar es la mejor decisión para que tu bebé reciba el mejor alimento. Solicitá ayuda y consejo a los trabajadores de salud para lograr una buena lactancia.

Para asegurar que tu bebé siga tomando tu leche mientras estás fuera de casa, puedes sacarte la leche en forma manual o con un extractor especial y conservarla en envases limpios, bien tapados y refrigerados según como te indique el trabajador de salud.

Extracción manual de leche materna

A. PREPARACIÓN:

Lavate las manos con agua y jabón.

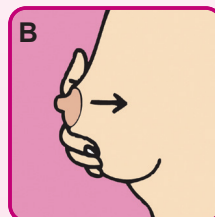
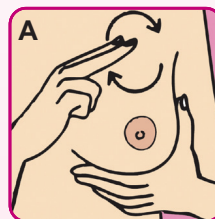
B. ESTIMULACIÓN:

Presioná firme y cuidadosamente tu pecho hacia el tórax y realizá movimientos circulares con los dedos en diferentes puntos, desde la base de la mama hacia el pezón.

C. EXTRACCIÓN:

Con el pulgar por arriba y los dedos índice y medios por debajo del pezón con la areola entre ellos, empujá tu pecho hacia las costillas y mediante movimientos giratorios hacia el pezón, presioná y vacía la mama suavemente sin deslizar los dedos.

D. CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA:

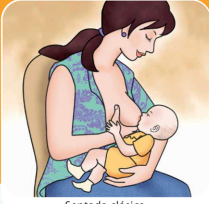


Tiempo de Conservación de la leche cruda	
Leche cruda	Tiempo
A temperatura ambiente	Consumo inmediato
En refrigerador	Dura 12 horas
En congeladora o freezer	Un poco mas de 15 días

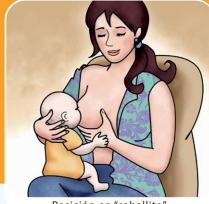
TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO

Para el éxito de la lactancia materna es importante considerar los siguientes pasos:

1 Buena posición de la mamá



Sentada clásica.



Posición en "caballito".



Posición invertida.



Acostada clásica.

2 Buena posición del bebé

- **La cabeza del bebé** debe estar en el ángulo del codo materno, y la mano de la mamá sosteniendo el cuerpo del bebé.
- **El cuerpo del bebé** debe estar hacia la panza de la madre, quedando en contacto ambos (panza con panza).
- **Para cambiar de una mamá a otra**, se debe introducir gradualmente el dedo meñique entre la boca del bebé y el pezón ayudando de esta manera a separar la mamá de la boca del bebé y así prevenir que se produzcan las grietas del pezón.



3 Agarre correcto

Para que tu bebé tenga un buen agarre, es bueno que roces tu pezón con sus labios hasta que abra bien la boca y luego introduci tu mama abarcando la mayor parte posible de la areola.



Se dice que un bebé tiene un buen agarre cuando:

- Su mentón toca la mamá.
- Se ve más areola por arriba que por debajo.
- Tiene la boca bien abierta y,
- Su labio inferior esta volteado hacia afuera.

¡DALE LO MEJOR A TU BEBÉ DESDE QUE NACE!

LA VIOLENCIA EN EL ENTORNO DEL NIÑO Y LA NIÑA

La violencia puede ser física, psicológica, emocional o sexual y en muchos casos se da en el entorno cercano del niño o la niña (familia, escuela o comunidad). Los padres o responsables y los profesionales de salud están especialmente obligados por la ley a protegerlos contra toda forma de violencia y a denunciar los casos de violencia que lleguen a su conocimiento llamando al **911** de la **Policia Nacional** o al **Fono Ayuda 147**

CONSEJOS PARA LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO Y LA NIÑA (SANO O ENFERMO)

- *En todo momento evitar peleas familiares, la hora de comer debe ser agradable.*
- *Permitile que se sirva con la mano o cuchara, si se ensucia, no le reproches. Aplaudí su habilidad de comer solo o sola.*
- *Permitile compartir la mesa con los demás miembros de la familia.*



Los Primeros alimentos del bebé

A partir de 6 meses de edad

(Dale el pecho más comida)

Los primeros alimentos deben ser de una consistencia suave y puré, sin grumos.

Introducir un alimento nuevo a la vez.

Permita que su bebé se acostumbre a estos alimentos antes de iniciar otros.

Comience con una cucharadita por día, aumentando gradualmente a 2-3 cucharaditas por día.

Qué dar:

Carne (molida de pollo o vaca)

Cereales (polenta de maíz, arroz)

Frutas, banana, mamón, manzana, mango, pera

Verduras, mandioca, zanahoria, batata, zapallo y/o papa

Aceite vegetal crudo (de girasol, soja o maíz) 1 cucharadita de aceite vegetal



A partir de 9 meses de edad

Ofrécele alimentos, cortados en trocitos pequeños o molidos.

Dale por lo menos 1 plato pequeño en cada comida.

El bebé ya debe estar comiendo a la media mañana, luego el almuerzo y la cena.

Qué agregar:

Carne (carne de pescado, hígado)

Queso fresco o yogurt

Huevo duro entero (hasta 3 veces por semana)

Legumbres (poroto, arveja, poroto manteca, lentejas)

Sal yodada en pequeña cantidad.

Aceite vegetal crudo (de girasol, soja o maíz) 1 a 2 cucharaditas de aceite vegetal.





A partir de 12 meses de edad

A partir del año se integra a la mesa familiar evitando comidas con salsas picantes, embutidos, frituras, bebidas gaseosas.

Carne - 4 o 5 veces a la semana.

Legumbres 2 – 3 veces por semana

Huevo duro entero (hasta 3 veces por semana)

Leche y derivados: todos los días

Verduras y frutas: todos los días.

Aceite todos los días, poca cantidad.

Qué agregar:

Fideo, harina de trigo y hasta 2 pancitos por día

Azúcares o mieles: en pequeña cantidad.



Desde los 2 hasta los 9 años

Es importante que el niño o niña realice 5 comidas al día

Incluir diariamente alimentos de los 7 grupos para mantener la salud

- 1- Cuidar la cantidad y tamaño de las porciones.
No sobrealimentar al niño/a.
- 2- En el desayuno incluir leche, pan y frutas y consumir medio litro de leche al día (2 tazas de leche y una taza de yogurt o 1 feta o trozo pequeño de queso)
- 3- Procurar el consumo de verduras y frutas de estación en todas las comidas.
- 4- Limitar estrictamente el consumo de bebidas azucaradas, gaseosas, golosinas, productos de repostería, galletitas dulces o saladas, fiambres, embutidos, salsas (mayonesa, ketchup), papas fritas y otras frituras.

NO UTILIZARLOS NUNCA COMO RECOMPENSA.

- 5- Disminuir el consumo de sal y de alimentos con alto contenido de ésta.
- 6- Cuidar la higiene de los alimentos desde la compra hasta el consumo.

Para el recreo, preferir: frutas o jugos de estación, yogurt o leche, barritas de cereal, sándwich de queso o huevo duro.



OBSERVACIÓN: Un grupo especial de niños y niñas son aquellos con antecedentes de enfermedad celiaca o alergia alimentaria familiar en los que se sugiere introducir cereales, como trigo, avena, cebada y centeno, huevos y pescado más tardíamente, recién al año de edad.

RECORDÁ: Tu niño o niña esta comiendo lo suficiente si sube de peso en cada control con el trabajador de salud.

VALORAR EL DESARROLLO DEL NIÑO Y LA NIÑA PAUTAS DEL DESARROLLO

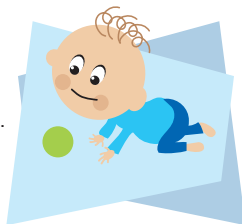
Lo que el niño y la niña pueden realizar:	Mamá, Papá, cuidador/a, hermano/a, podés ayudar a adquirir habilidades al niño/a así:
<p>0 a 1 MES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Succiona vigorosamente. • Brazos y piernas flexionadas. • Hace puño sin incluir pulgar. • Responde a sonidos. • Mira el rostro. • Mueve las extremidades ante estímulos sonoros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mirale a los ojos, acarícialo, hablale con cariño en todo momento, y sobre todo, mientras le das el pecho materno.
<p>1 MES A MENOS DE 2 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vocaliza (uuu) (aaa). • Movimiento de piernas, alternado (pedaleo). • Manos abiertas. • Sonrisa social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llamale por su nombre, tu hijo o hija tiene identidad propia. • Ponele boca abajo para ejercitarse levantando la cabeza, sólo cuando está despierto y acompañado de un adulto. • Ejercitá al niño o niña extendiendo suavemente sus brazos y piernas.
<p>2 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mira el rostro de la otra persona. • Sigue con la mirada un objeto en la línea media. • Reacciona al sonido. • Eleva la cabeza estando boca abajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cantale o ponele música suave. • No utilices la TV como compañía de tu hijo o hija. • Leele o contale un cuento sosteniéndole en tus brazos.
<p>4 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responde al examinador. • Agarra objetos. • Emite sonidos. • Sostiene la cabeza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dale objetos no peligrosos y enseñale los nombres, color y temperatura.
<p>6 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intenta alcanzar un juguete. • Lleva objetos a la boca. • Localiza un sonido. • Gira sobre su abdomen (pasa de boca arriba a boca abajo). • Empieza a sentarse solo/a 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpiale los dientes desde que salen, con el cepillo dental o gasita húmeda. • Ponele boca arriba y levántale hasta quedar sentado.

Lo que el niño y la niña pueden realizar:

Mamá, Papá, cuidador/a, hermano/a, podés ayudar a adquirir habilidades al niño/a así:

9 MESES

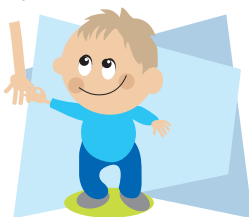
- Juega a taparse y descubrirse (koreko - guá).
- Transfiere objetos de una mano a otra.
- Duplica las sílabas.
- Se sienta sin apoyo.
- Gatea.



- Dale los alimentos con taza y cuchara en la mesa familiar.
- Háblale mucho con palabras sencillas y bien pronunciadas para ayudarle a desarrollar bien su lenguaje.
- Permite gatear sin preocuparte de él o ella.
- Ayúdalo a ponerse de pie y caminar, no uses andador, es peligroso.
- Jugá con él o ella devolviéndole los juguetes que tira.

12 MESES

- Imita gestos (Ej.: Aplaudir)
- Utiliza el dedo pulgar y el índice como pinza.
- Repite palabras.
- Camina con apoyo



- Dale una pelota y jugá con él o ella.
- Permite descubrir su entorno pero sin dejarlo solo o sola.
- Muéstrale figuras y decíle sus nombres.

15 MESES

- Realiza gestos a pedido.
- Coloca cubos en un recipiente.
- Dice 1 palabra.
- Camina sin apoyo.



- Ayúdalo a dar pasos solito o solita.
- Enseñale partes del cuerpo, ropas y colores.
- Acompañalo con cariño y paciencia en el momento en que realiza sus necesidades fisiológicas.
- Permite jugar con libros, revistas y juguetes adecuados a su edad (sonajeros, carritos, pelota, etc.)

18 MESES

- Identifica dos objetos.
- Garabatea espontáneamente.
- Dice 3 palabras.
- Camina para atrás.
- Usa cuchara y tenedor.
- Construye torre con 2 cubos.



- Permite jugar con agua y arena sin dejarlo solo o sola.
- Aplaudí su habilidad de comer solo o sola.
- Lee cuentos y comentá con el o ella.
- Permite ayudar a vestirse y desvestirse.

24 MESES

- Se saca la ropa.
- Construye torre con 3 cubos.
- Señala 2 figuras.
- Patea una pelota.
- Señala partes de su cuerpo.



- Permite que ayude en las tareas de la casa.
- Escuchale cuando te cuenta historias, cuentos.
- Estimulá su imaginación.
- Pedile que haga tiritas o pelotitas de papel.

Lo que el niño y la niña pueden realizar:

Mamá, Papá, cuidador/a, hermano/a, podés ayudar a adquirir habilidades al niño/a así:

3 AÑOS

- Se para solo en un pie.
- Copia y/o traza un círculo.
- Contesta 2 o más preguntas.
- Forma oraciones con 3 o 4 palabras, construyendo frases, usa verbos.
- Controla esfínteres de día.
- Viste una ropa.



- Enseñale a cruzar la calle. Dale ejemplo de respetar las reglas de tránsito y tomale de la mano siempre para cruzar la calle.
- Enseñale a cantar y a repetir canciones de juegos.
- Escuchale atentamente y respondele en forma sencilla y con la verdad.

4 AÑOS

- Salta en un pie.
- Baja escaleras alternando ambos pies.
- Utiliza botones y cierres.
- Sigue 3 ó 4 órdenes consecutivas.
- Copia una cruz.
- Se cepilla los dientes solo/a.



- Enseñale a doblar hojas de papel en forma diagonal o varias veces seguidas para hacer un abanico.
- Muéstrale como pasar y atar los cordones.
- Ayudale a hacer juguetes de materiales reciclables. Ej.: muebles, casitas de cartón o cartulina, pandorga, etc.
- Enseñale el peligro de subir a los árboles y techos.

5 A 9 AÑOS

- Es capaz de recortar y colorear áreas limitadas de las figuras.
- Juega en equipo, distribuye su tiempo.
- Comprende las reglas de los juegos.
- Necesita privacidad para vestirse y bañarse.
- Monta bicicleta sin caerse.



- Ayudale dándole ejemplos de justicia, solidaridad, respeto, disciplina y honestidad.
- Ayudale a adquirir hábitos higiénicos: baño diario, cepillado de dientes, ejercicios físicos, alimentación adecuada y a cuidar el medio ambiente.
- Dale confianza para que denuncie si alguien intenta manosearle o es maltratado o maltratada.
- Anímale a realizar tareas de la casa de acuerdo a su capacidad, independientemente de sexo. Ej.: arreglar la cama, la mesa, ordenar sus juguetes y los cuadernos.

SALUD BUCODENTAL

Edad (años)	Enfermedad bucal	Pérdidas dentales
6		
9		
12		

Sellado del 1º molar	Si		No	
----------------------	----	--	----	--



CUIDÁ LOS DIENTES DE TUS HIJOS O HIJAS

- Se recomienda control con odontólogo cada 6 meses desde el nacimiento hasta que cumpla 3 años y luego cada año.
- A los 6 años aparecen los primeros molares permanentes. Es el momento de llevar a tu niño/a al servicio odontológico para que le realicen el sellado de fosas y fisuras, para prevenir la aparición de caries. (Programa Salvemos al Primer Molar).
- Desde el primer momento límpiale la boca con el dedo índice envuelto en una gasa humedecida con agua.

Cuando aparezca el primer diente, utilízalo un agua y cepillo dental pequeño y blando. alrededor de los 3 años, puede incorporar el uso de pasta de dientes.

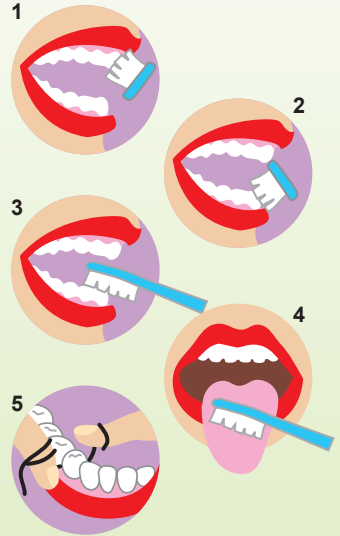
- Recuerde que el niño necesita ayuda con el cepillado de los dientes hasta al menos los 8 años de edad.
- No limpiar el chupete con la boca del adulto, ni agregar miel u otros dulces.
- Evite acostumbrar al bebé a quedarse dormido con la mamadera en la boca, especialmente si el líquido que bebe está preparado con azúcar.
- Ayudale a realizar una buena higiene bucal, inmediatamente después de comer. Insístele en el último cepillado nocturno y luego de consumir alimentos azucarados.
- La utilización del Flúor de acuerdo a la indicación de tu odontólogo es importante para el cuidado de los dientes.



CEPILLADO CORRECTO DE LOS DIENTES

Cepillarse los dientes después de cada comida durante 3 minutos, siguiendo estos pasos:

1. Colocá las cerdas del cepillo dirigida hacia las raíces de los dientes. Gira el cepillo de modo que las cerdas barran las encías y los dientes hacia las superficies masticatorias.
2. Cepillá las superficies de afuera de todos los dientes superiores e inferiores.
3. Cepillá las superficies de adentro de las muelas de atrás superiores e inferiores y las caras masticatorias de los molares y premolares superiores e inferiores.
4. Cepillá también la lengua y luego enjuagá la boca con mucho agua.
5. La limpieza bucal se concluye con el uso del hilo dental así ayudará a limpiar las carasproximales (de los costados), entre los dientes.



RECORDÁ: que además debés llevarle de inmediato cuando:

- Se golpean, se fracturan o caen los dientes.
- Presentan cambios de color, caries o inflamación de las encías.

SALUD OCULAR

Edad / años		OD	OI
3 años	SC		
	CC		
5 años	SC		
	CC		
12 años	SC		
	CC		

° OD - ojo derecho / OI - ojo izquierdo/ CC - con corrección/ SC - sin corrección

Signos que requieren consulta con el Oftalmólogo:

- Párpados caídos • Desviación de la mirada permanente y transitoria
- Ojo colorado • Ojo con secreciones • Pupila blanca • Cornea grande
- Prematuro menor de 28 semanas de edad gestacional o peso menor de 1500 g debe iniciar control de retina a las 31 semanas de edad corregida.
- Prematuro nacido entre 28 y 32 semanas de edad gestacional debe iniciar control de la retina a partir del primer mes de vida.

Fechas	Diagnostico y tratamiento

Programa Nacional de Salud Ocular

PREVENCIÓN DE LESIONES Y ACCIDENTES

El niño o niña a medida que va creciendo se moviliza de un lugar a otro, lo que hace que esté en peligro constante.

Seguí estos consejos:



- No le dejes solo o sola, ni al cuidado de otro menor.
- Mantené altas las varillas de la cuna.
- Mantené fuera de su alcance todo objeto pequeño, cortante, con puntas o filoso, caliente.
- No uses sábanas sueltas, ni almohadas, ni colchones con forro plástico.
- Si viajas en automóvil (el niño o niña) debe ir en el asiento trasero en brazos de la madre o de ser posible en asientos especiales para él o ella.
- La temperatura del agua cuando le bañás debe ser templada (ni caliente ni fría).
- Si le ponés en la hamaca (kyha), no le dejes solo o sola. La hamaca debe estar colocada a poca altura del suelo y bien asegurada.



- Mantené fuera de su alcance cacerolas, braseros, calentadores, estufas, fósforos, encendedores u otros utensilios calientes.
- Guardá los medicamentos en un armario con llave.
- Mantené fuera de su alcance venenos, insecticidas, detergentes, bebidas alcohólicas.
- No pongas venenos ni productos tóxicos en botellas de gaseosas.
- Mantené en buena forma las instalaciones eléctricas.
- Protegé los enchufes.
- Mantené tapados y no los dejes solos cerca de pozos, tanques de agua, piscina, latonas y baldes etc.
- Dale alimentos en forma de puré o cortados en pequeños trocitos para evitar el atragantamiento, no le des caramelos, chicles, etc (en menores de 1 año)
- Evitá el uso de andador.



- Colocá rejas o un seguro en las ventanas.
- Enseñale a no tocar enchufes y electromésticos en general ni a introducir objetos puntiagudos en la boca.

- Enseñale el peligro de acercarse al fuego, salir a la calle, cruzar la ruta.
- Cuidale de los animales domésticos como gatos, perros y otros. Las mascotas deben ser vacunadas.
- Recordá bajar del transporte primero para luego ayudar a bajar a tu hijo o hija.
- Enseñale que no debe permitir que ninguna persona, aunque sean familiares, intente acariciarle sus partes íntimas y que cuente si alguien intenta hacerlo.



- Las bicicletas deben ser del tamaño adecuado y usar siempre el casco. Si la bicicleta es utilizada por la noche debe estar equipada con luces y espejos.
- Enseñale a conocer las reglas de tránsito, a ser prudente y atento.
- Preferentemente no tengas armas de fuego, escondelas y nunca las guardes cargadas.
- Enseñale a nadar y flotar.



La disciplina, orientación, las normas y pautas de comportamiento impartidas desde la familia son esenciales para el desenvolvimiento de tu hijo o hija. Por seguridad, es aconsejable acompañarles durante cada etapa.

ATENCIÓN A LAS ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN LA INFANCIA - LLEVALE INMEDIATAMENTE A TU NIÑO O NIÑA A UN SERVICIO DE SALUD SI PRESENTA SEÑALES DE PELIGRO

- No toma nada, no puede mamar.
- Vomita todo lo que toma.
- Tiene convulsiones o ataques.
- No despierta o es difícil de despertar.
- Está muy desnutrido.
- Su piel se pone azulada o muy pálida o amarilla.
- El ombligo sangra o tiene secreción amarilla o tiene olor desagradable o la piel que lo rodea está enrojecida o hinchada o no cae.
- Tiene secreción en sus ojos.
- O te parece que tu niño/a “no se ve bien”.
- Respiración rápida o ruidos raros al respirar.
- Ojos hundidos.
- Diarrea líquida abundante o con sangre.
- Fiebre que no mejora.



EVALUACIÓN AUDITIVA

- Los estudios para su detección temprana del déficit de la audición son esenciales para el futuro del niño que va creciendo.
- Indicaciones para la evaluación audiológica.
- Cuidados intensivos neonatales.
- Peso al nacer 2500 g. en todos los casos.
- Peso al nacer 2500 g. sin complicaciones médicas (asfixia, convulsiones, circulación fetal persistente, hemorragia intracraneal, ventilación asistida, hiperbilirrubinemia, fármacos ototóxicos).
- Infección intrauterina demostrada o sospechada.
- Meningitis bacteriana.
- Anomalías del primero o segundo arco branquial (microotia, displasia auricular, micrognatina).
- Anomalías de la cresta neural o del ectodermo (separación amplia de los ojos, defectos de la pigmentación).
- Antecedentes familiares de sordera hereditaria o inexplicada.
- Preocupación paterna por la posibilidad de sordera.
- Retraso del habla o de lenguaje.
- Otras anomalías del desarrollo (retraso mental, parálisis cerebral, autismo, ceguera).



No olvidar que:

- A. Un lactante sordo puede parecer normal y confundir a padres y profesionales.
 - B. La evaluación de la audición en la consulta no puede descartar una pérdida de la audición, clínicamente significativa.
 - C. Existe una técnica de diagnóstico precoz: las **OTOEMISIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS**, es un método con la suficiente sensibilidad y especificidad, con aceptable relación costo beneficio, sin riesgos y puede ser usado en el 100% de los recién nacidos.
- Si se detectan otoemisiones acústicas: retestear al mes o solicitar Potenciales Evocados Auditivos de Tronco.

SEGUIMIENTO DEL NIÑO PREMATURO

Se determinará en la antropometría el peso, la talla y el perímetro cefálico, teniendo en cuenta la utilización de tablas para prematuros que evalúan el crecimiento del

niño en base a su edad corregida. Habitualmente se usa la Edad Gestacional Corregida (EGC) hasta los 48 meses, pero mínimamente realizarlo hasta los 24 meses de EGC, y de ahí en más se utiliza la edad cronológica.

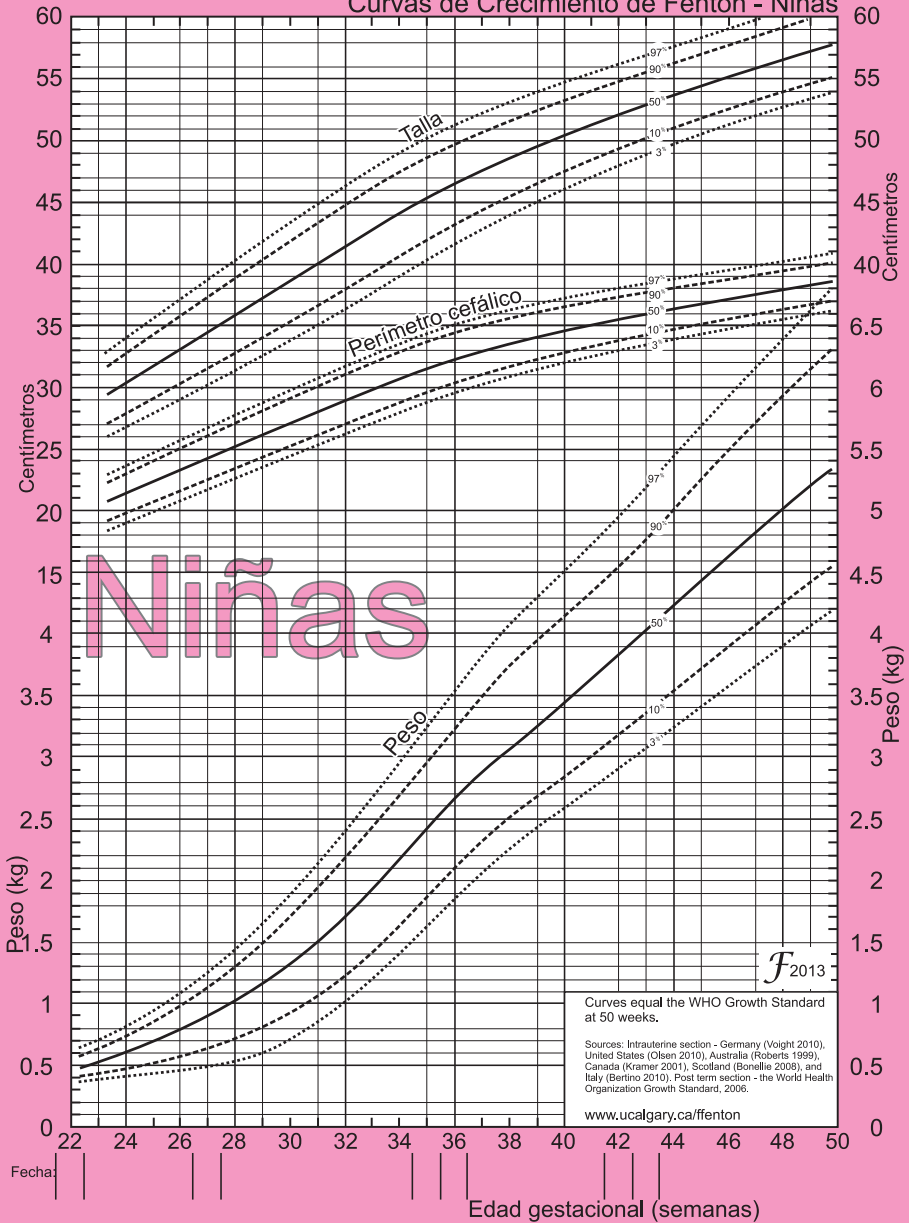
Las curvas de crecimiento de FENTON se recomiendan para monitorear el crecimiento de niños prematuro hasta las 50 semanas de EGC.

A partir de esta edad se continuará utilizando las curvas OMS.

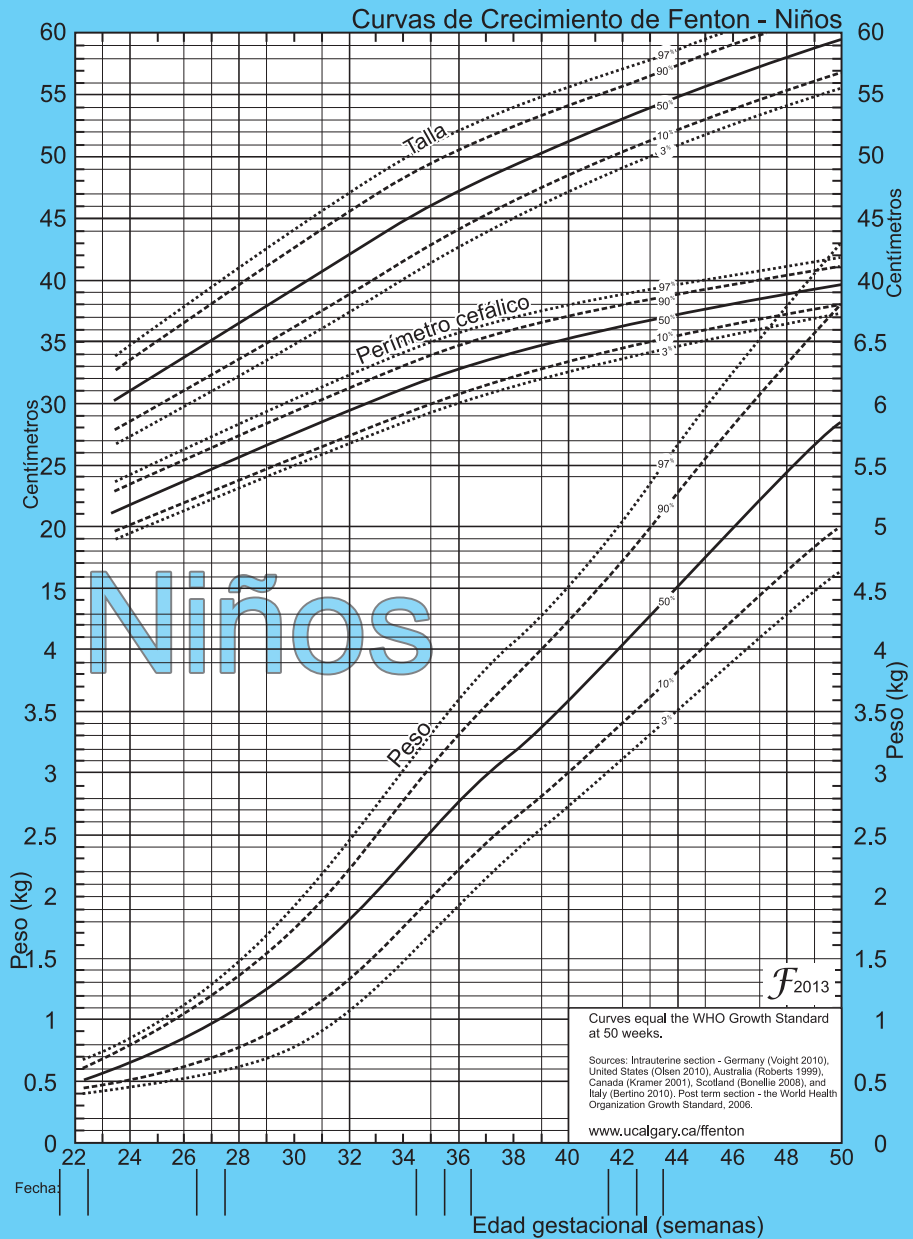
Hasta las 40 semanas: la EGC se calcula sumando la EG al nacer (por ej. 32 sem) + la edad cronológica (por ej. 21 días de vida \div 7=3 sem). EGC: 32+3=35 sem.

<i>Cálculo de la edad gestacional corregida (luego de las 40 semanas)</i>	<i>Ejemplo</i>
1. Calculo de tiempo de prematuridad: 40 - Edad gestacional (EG)	40 - 32 = 8 semanas
2. Pasar las semanas de prematuridad a meses =	8 \div 4 = 2 meses
3. Calculo de la edad corregida (EGC)= Edad cronológica - tiempo de prematuridad	EC: 5 mese - 2 meses = 3 meses

Curvas de Crecimiento de Fenton - Niñas



Niñas



RECOMENDACIONES Y HALLAZGOS DE ESPECIALIDADES SEGUIMIENTO DEL PREMATURO



FECHA	RECOMENDACION
	ULTRASONOGRAFIA
	OFTALMOLOGIA
	AUDIOLOGIA
	NEUROLOGIA
	ESTIMULACIÓN TEMPRANA/FISIOTERAPEUTA
	Apoyo Psicosocial a la Familia
	Otras especialidades:

RECOMENDACIONES Y HALLAZGOS DE ESPECIALIDADES SEGUIMIENTO DEL PREMATURO

CONDUCTAS DE RIESGO PARA HIPOACUSIAS

Conductas de riesgo 0-3 meses

- No se sobresalta con ruidos fuertes.
- No se despierta con algunos sonidos.
- No parpadea o abre los ojos en respuesta al ruido.

Conductas de riesgo 3-6 meses

- No se tranquiliza con la voz de la madre.
- No detiene su juego cuando escucha sonidos nuevos.
- No busca la fuente de sonidos nuevos fuera de su alcance.

Conductas de riesgo 6-9 meses

- No disfruta de juguetes nuevos.
- No gorjea con inflexión de voz.
- No dice disílabos.

Conductas de riesgo 12-15 meses

- No responde a su nombre y al "no".
- No sigue órdenes simples.
- No tiene vocabulario.
- No imita sonidos.



EVALUACIÓN DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Escoliosis: Desviación anormal de la columna vertebral en forma de C o S.

Observar en el niño:

- Desnivel de hombros
- Desnivel de escapulas
- Desnivel de pelvis
- Asimetría del Triángulo de la talla.
- Giba (Test de Adams)
- Diferencia en la longitud de los miembros.

Evaluación: Realizar el Test de Adams

Valora la asimetría del tronco desde atrás, con el niño flexionado hacia adelante. Para ello el niño debe colocarse de pie con las piernas juntas y flexionar el tronco hasta colocar la espalda paralela al suelo. Se considera positivo cuando la espalda del niño no está completamente paralelo al suelo, sino que presenta una giba a nivel dorsal o deformidad lumbar, significando que el paciente presenta una rotación en el tronco y una posible escoliosis, y debe ser remitido al especialista para la medición de no contar con el inclinómetro o escoliómetro de Bunnell que medirá el ángulo de desviación y según el grado que debe ser superior a 10° se solicitará estudios radiográficos los cuales no deben realizarse en forma rutinaria. Esta revisión se realizará anualmente hasta los 9 años. Posterior a esta edad se recomienda cada 6 meses.



CLAP-OPS/OMS HISTORIA CLINICA DEL NIÑO O NIÑA - BASE										ESTABLECIMIENTO				H.C. N°					
APELLIDO Y NOMBRE - NIÑA/NIÑO _____ C.I. _____ MADRE _____ C.I. _____ PADRE _____ C.I. _____ DOMICILIO _____ URBANO <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> DOMICILIO <input type="checkbox"/> LOCALIDAD _____ REG. SANITARIA _____ TEL.: _____ SEXO f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>										FECHA DE NACIMIENTO		día		mes		año			
ANTECEDENTES PERINATALES		LUGAR DEL PARTO		DOMICILIO <input type="checkbox"/>		INSTITUCIONAL <input type="checkbox"/>		Cód.		N° H.C. PERINATAL									
CARNE PERINATAL presentado		PATOLOGIA EMB. PARTO Y PUERP.		EDAD GESTAC. AL NACER		PESO AL NACER		LONGITUD		APGAR minuto		PATOLOGIAS RN		Sí <input type="checkbox"/>					
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		sem. menor 37 mayor 41		menor 2500 g mayor 4000 g		cm		1° 5°		sano <input type="checkbox"/> con patología <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>					
FAMILIA		MADRE		HORAS FUERA DE CASA		SITUACION DE LA PAREJA		ESTUDIOS		PADRE		INTEGRANTES DEL HOGAR		VIVIENDA					
EDAD años		ESTUDIOS años aprobados		horas por día		estable sin pareja otra		años aprobados		EDAD años		madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/>		En el hogar: conectado a la red <input type="checkbox"/> no conectado a la red <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/>					
ALFABETA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		menos de 6 años <input type="checkbox"/>		Familiar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		casada soltera otro		sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ALFABETO sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		hermanos <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		AGUA EXCRETAS					
TRABAJO REMUNERADO: FUJO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>		adecuado <input type="checkbox"/> inadecuado <input type="checkbox"/>		casada soltera otro		menos de 6 años <input type="checkbox"/>		OCUPACION		HERMANOS vivos <input type="checkbox"/> muertos <input type="checkbox"/>		COMPARE LA CAMA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>					
SÍES REMUNERADO: FUJO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>		hereditarios <input type="checkbox"/> adquiridos <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL		SÍES REMUNERADO: FUJO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		LACTANCIA		Duración en meses		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
ANTECEDENTES PATOLOGICOS		ninguno <input type="checkbox"/>		hereditarios <input type="checkbox"/> adquiridos <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL		SÍES REMUNERADO: FUJO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Duración en meses		exclusiva <input type="checkbox"/>		menos de 6 meses <input type="checkbox"/>					
OBSERVACIONES																			

Este color significa **ALERTA**

FECHA	EDAD	PESO kg.	TALLA cm	PER. OR.	DESARROLLO	EXAMEN		ALIMENTACION		VACU- NAS al día	PATOLOGIAS Y PROBLEMAS Códigos	REFE- RIDO							
						FISICO	SENSORIAL	BUCAL	Pecho exclusivo				Vit./Hierro	Adecuada a Edad					
día	mes	año	Entre -1 y +2 DE -2 y -3 DE	TALLA cm	PER. OR. P10 >P90	Probable o posible atraso en el desarrollo	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	

Este color significa ALERTA

FECHA	EDAD		PESO kg.	TALLA cm	PER. CR.	DESARROLLO	EXAMEN			ALIMENTACION			VACU- NAS al día	PATOLOGIAS Y PROBLEMAS Códigos	REFE- RIDO	
	días	meses					años	FISICO	SENSORIAL	BUCAL	Pecho exclusivo	Vit./Hierro				Adecuada a Edad
día	mes	año	Entre -1 y -2 DE -2 y -3 DE	DE	DE	Probable o posible atraso en el desarrollo	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no

 Este color significa **ALERTA**

FECHA		EDAD (d) meses (m) años (a)	PESO kg. Entre -1 y +2 DE -2 y -3 DE	TALLA cm P-10 P-90	PER. OR.	DESARROLLO Probable o posible atraso en el desarrollo	EXAMEN		ALIMENTACION				VACU- NAS al día	PATOLOGIAS Y PROBLEMAS Códigos	REFE- RIDO
día	mes						FISICO	SENSORIAL	BUCAL	Pecho exclusivo	Vit./Hierro	Adecuada a Edad			
						<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Responsable	
						<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita	
						<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Responsable	
						<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita	
						<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Responsable	
						<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita	
						<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Responsable	
						<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita	
						<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Responsable	
						<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita	
						<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Responsable	
						<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita	

 Este color significa ALERTA

FECHA		EDAD (d) meses (m) años (a)	PESO kg. Entre -1 y +2 DE -2 y -3 DE	TALLA cm P10 >P90	PER. CR.	DESARROLLO Probable o posible atraso en el desarrollo	EXAMEN		ALIMENTACION			VACU- NAS al día	PATOLOGIAS Y PROBLEMAS Códigos	REFE- RIDO	
día	mes						año	FISICO	SENSORIAL	BUCAL	Pecho exclusivo				Vit./Hierro
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
														Responsable	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
														Responsable	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
														Responsable	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
														Responsable	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
														Responsable	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
														Responsable	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	

 Este color significa ALERTA

FECHA		EDAD (d) meses (m) años (a)	PESO kg. Entre -1 y +2 DE -2 y -3 DE	TALLA cm P-10 P-90	PER. CR.	DESARROLLO Probable o posible atraso en el desarrollo	EXAMEN		ALIMENTACION				VACU- NAS al día	PATOLOGIAS Y PROBLEMAS Códigos	REFE- RIDO		
día	mes						FISICO	SENSORIAL	BUCAL	Pecho exclusivo	Vit./Hierro	Adecuada a Edad					
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Responsable																	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita		
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Responsable																	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita		
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Responsable																	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita		
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Responsable																	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita		
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Responsable																	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita		
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Responsable																	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita		
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Responsable																	
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Fecha próxima visita		
							si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Responsable																	

 Este color significa ALERTA

FECHA		EDAD días meses años	PESO kg. Entre -1 y +2 DE -2 y -3 DE	TALLA cm ≤ 90	PER. OR. P-10 >P-90	DESARROLLO		EXAMEN				ALIMENTACION				VACU- NAS al día	PATOLOGIAS Y PROBLEMAS Códigos	REFE- RIDO		
día	mes					año	FISICO	SENSORIAL	BUCAL	Normal	Pecho exclusivo	Vit./Hierro	Adecuada a Edad	si	no				si	no
							no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Responsable																				
							no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Fecha próxima visita																				
							no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Responsable																				
							no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Fecha próxima visita																				
							no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Responsable																				
							no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Fecha próxima visita																				
							no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Responsable																				
							no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Fecha próxima visita																				

Este color significa **ALERTA**

FECHA		EDAD <small>(d) días <small>(m) meses <small>(a) años</small></small></small>	PESO kg. Entre -1 y +2 DE -2 y -3 DE	TALLA cm <small><math>+P_{10}</math> <small>>P_{90}</math></small></small>	PER. OR.	DESARROLLO			EXAMEN			ALIMENTACION				VACUNAS al día	PATOLOGIAS Y PROBLEMAS Códigos	REFERIDO
día	mes					año	Probable o posible retraso en el desarrollo		FISICO	SENSORIAL	BUCAL	Pecho exclusivo	Vit./Hierro	Adecuada a Edad	no			
																	no si	

Este color significa ALERTA

FECHA		EDAD	PESO kg.	TALLA cm	PER. OR.	DESARROLLO	EXAMEN	ALIMENTACION		VACU-	PATOLOGIAS Y	REFE-						
día	mes	EDAD (d) meses (m) años	Entre -1 y -2 DE -2 y -3 DE	TALLA cm —	PER. OR. e-P 10 >-90	Probable o posible atraso en el desarrollo	FISICO	SENSORIAL	BUCAL	Pecho exclusivo	Vit./Hierro	Adecuada a Edad	NAS	al día	PROBLEMAS Códigos	PROBLEMAS Códigos	RI DO	
						no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
																Responsable		
																Fecha próxima visita		
																no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
																Responsable		
																Fecha próxima visita		
																no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
																Responsable		
																Fecha próxima visita		
																no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
																Responsable		
																Fecha próxima visita		
																no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
																Responsable		
																Fecha próxima visita		

 Este color significa ALERTA

LLEVALE A LA CONSULTA SI PRESENTA PROBLEMAS EN SU DESARROLLO

- No logra una o más habilidades adquiridas para la edad.
- No te mira a los ojos o no sonrío entre los 2 y 3 meses.
- No logro sostener la cabeza a los 4 meses.
- No puede agarrar objetos a partir de los 4 meses.
- No logra emitir vocales o sonidos guturales a los 6 meses.
- No se sienta sólo a los 9 meses.
- No camina con apoyo a los 12 meses.
- No avisa para orinar a los 3 años.
- No puede relacionarse: inhibición, timidez, pasividad, agresividad e impulsividad en exceso, ausencia del juego, miedo persistente.
- No logra el rendimiento escolar esperado para su edad.

Recordá que además debés llevarle de inmediato en los siguientes casos:

<i>Si tiene tos o presenta dificultad para respirar:</i>	Respiración rápida (juku'a). Quejidos (pyahe). La piel se hunde bajo las costillas (py'aho), tiraje. Ruidos raros al respirar.
<i>Si tiene diarrea o presenta:</i>	Los ojos hundidos. Al pelliscarle la piel vuelve lentamente a su lugar. Sangre en las heces. Heces líquidas y abundantes.
<i>Si está enfermo/a:</i>	Tiene fiebre. Empeora y no mejora.

Calendario de controles

Del recién nacido:

Días de vida	6°- 9°	20-23
Frecuencia de controles		

Del primer mes al año de vida

Meses de vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Control pediátrico												
Vacunación												
Control odontológico						✓						✓

Visitas al Servicio de Salud, recomendadas para la edad

✓ Marcar las visitas realizadas

Años de vida

Días de vida	1 a 2	2 a 3	4 años	a partir de los 5 años
Control pediátrico	cada 3 meses	cada 4 meses	cada 6 meses	anual
Vacunación				
Control odontológico	cada 6 meses	cada 6 meses	anual	anual



LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS TENEMOS DERECHO

a la igualdad sin distinción de raza, credo o color.

a un nombre y apellido y a una nacionalidad.

a educación y cuidados especiales para niños y niñas con capacidades diferentes.

a una educación gratuita y a disfrutar de los juegos.

a recibir protección contra el abandono y la explotación en el trabajo.

a una protección especial para nuestro pleno desarrollo físico, mental y social.

a una alimentación, vivienda y atención médica adecuada.

a comprensión y amor por parte de nuestra familia y la sociedad.

a recibir ayuda en primer lugar en casos de desastres.

a formarse en un espíritu de solidaridad, amistad, comprensión y justicia entre los pueblos.

RECORDÁ: Todos debemos ayudar a nuestros niños y niñas a conocer sus derechos y que sean cumplidos, como también enseñarles a tener pequeñas responsabilidades de acuerdo a su edad, que le permitan adquirir las capacidades necesarias en las diferentes etapas de la vida.