

HOJA DE SEGUIMIENTO



Espacio reservado para la etiqueta

Fecha atención: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> <small>d m a</small>		Teléfono móvil: _____		E-mail: _____
Nombre madre: _____		Edad madre: _____	Nivel estudios madre: _____	
Nombre padre: _____		Edad padre: _____	Nivel estudios padre: _____	
Fecha nacimiento: _____		Edad niño: _____	Nivel estudios niño: _____	
Raza:				
Blanca <input type="checkbox"/> Eslava <input type="checkbox"/> Latinoamericana <input type="checkbox"/> Magrebí/árabe <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Gitana <input type="checkbox"/>				
Indígena americano <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> País procedencia: _____				
Informante: _____			IDUM: _____	
(Alguna información puede ser diligenciada con base en la hoja verde del embarazo)				

ANTECEDENTES PERINATALES

G _____ P _____ C _____ A _____ M _____ Edad materna al embarazo: _____ Edad paterna al embarazo: _____

Antecedente de RCIU o bajo peso fetal: Sí No Explique _____

Otras Alteraciones del embarazo: _____

Exposición a radiación ionizante en el embarazo por pruebas médicas: Sí No EG

Tipo de prueba: _____

Fármacos/homeopatía/herboristería/suplementos en el embarazo

Fármaco	Motivo	Posología	Fecha inicio	Fecha final o actual

Exposición ocupacional o en el hogar a: (contemplar exposición prenatal hasta actualidad)

Plomo Mercurio Temperaturas extremas Litio PCB Tolueno Plaguicidas

Especifique la exposición: (fecha, duración, tipo de exposición, material protección) _____

Otras exposiciones en el trabajo u hogar desde la etapa periconcepcional a la actualidad: _____

Exposición a alcohol

Alcohol	Periconcepcional	Embarazo	Lactancia	Actual
Gramos OH/día				
Ingesta > 5UBE				

Semana de cambio de consumo en el embarazo: _____

Exposición alcohol padre periconcepcional: _____

Exposición a tabaco (especifique cigarrillos día)

Tabaco	Periconcepcional	Embarazo	Lactancia	Actual
Madre				
Padre				
Otros				

Exposición a drogas ilegales (especifique cual y frecuencia de consumo)

Drogas ilegales	Periconcepcional	Embarazo	Lactancia	Actual
Madre				
Padre				
Otros				

PARTO

Cesárea Vaginal EG PN (p.....) Talla (p.....) PC (p.....) Apgar

Complicaciones en el parto:

Ictericia: Sí No Problemas con la lactancia: Sí No Apnea: Sí No

Requerimiento O2: Sí No Convulsiones: Sí No Infección neonatal: Sí No

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Malformaciones: Sí No Cuál

Cardiopatía congénita: CIV Tetralogía de fallot Anormalidades grandes vasos Otra

Microcefalia: Sí No

Le han realizado tomografía cerebral, ecografía, resonancia u otro examen para evaluar morfología cerebral:

Sí No Hallazgos

Trastornos del neurodesarrollo: Sí No Cuál

Alteración previa en las curvas de crecimiento: Sí No Percentiles Edad

Antecedente de trastornos del ánimo o comportamiento: Sí No Cuál

Otros patológicos:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

.....

.....

ALIMENTACIÓN

LM completa: LM combinada:

Indique edad en meses que inició el alimento: Leches de fórmula: Frutas: Verduras:

Cereales: Carne roja: Huevo: Pescado:

PERCEPCIÓN DEL DESARROLLO

¿Ha notado problemas en el rendimiento escolar del niño? Sí No Cuál

¿Ha notado problemas en el aprendizaje del niño? Sí No Cuál

¿Ha notado problemas en el comportamiento y las relaciones sociales del niño? Sí No Cuál

.....

