

DATOS DE LA MADRE, PADRE o APODERADO		DATOS DE LA NIÑA o NIÑO		DATOS DEL ACTOR SOCIAL / AGENTE COMUNITARIO	
Nombres: _____ Apellidos: _____ DNI/CE: _____ Celular: _____		Nombres: _____ Apellidos: _____ DNI/CUI/CNV: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección: _____		Nombres: _____ Apellidos: _____ DNI: _____ Celular: _____	
Si tiene 2 meses verifica:		1° dosis Antipolio y Pentavalente (2 meses) SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
Si tiene 4 meses verifica:		2° dosis Antipolio y Pentavalente (4 meses) SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Suplementación preventiva de anemia (4 meses): SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
¡URGENTE!: Ante limitaciones o barreras que impidan la atención del paquete integral de salud del niño, realizar una REFERENCIA COMUNITARIA previa coordinación con el personal de salud para asegurar su atención.					
FECHAS	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA CON HIERRO		COMPROMISO	
1era visita: ____/____/____ Edad del niño: ____ meses	1. ¿Le das SÓLO pecho? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> 2. Si la respuesta es NO, ¿cuál es el motivo? (Puede marcar más de una opción) <input type="radio"/> No tengo mucha leche. <input type="radio"/> Mi bebé no succiona bien. <input type="radio"/> Dificultades con el horario. <input type="radio"/> Por indicación médica. <input type="radio"/> Madre o niño está enfermo odébil. <input type="radio"/> Otros: _____	3. ¿Le das su suplemento de hierro? NO <input type="radio"/> SI, en gotas <input type="radio"/> SI, en jarabe <input type="radio"/> NO APLICA <input type="radio"/> 4. ¿Cuándo le das? Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche <input type="radio"/> 5. ¿Cuánto del suplemento le das? En gotas: _____ En mililitros: _____ En cucharaditas: _____ 6. ¿Por qué NO le das su suplemento? <input type="radio"/> No le corresponde por la edad. <input type="radio"/> No recibí hierro en el establecimiento de salud. <input type="radio"/> Le da estreñimiento, heces oscuras, diarrea y/o vómitos. <input type="radio"/> Se me olvidó darle. <input type="radio"/> Niño o madre enferma (consume medicamentos). <input type="radio"/> No me dijeron como debo darle. <input type="radio"/> Se me acabó el suplemento de hierro. <input type="radio"/> Otro: _____		(Relacionado a la salud del niño, describa exactamente qué hará). FIRMA DEL CUIDADOR _____	
2da visita: ____/____/____ Edad del niño: ____ meses	1. ¿Le das SÓLO pecho? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> 2. Si la respuesta es NO, ¿cuál es el motivo? (Puede marcar más de una opción) <input type="radio"/> No tengo mucha leche. <input type="radio"/> Mi bebé no succiona bien. <input type="radio"/> Dificultades con el horario. <input type="radio"/> Por indicación médica. <input type="radio"/> Madre o niño está enfermo o débil. <input type="radio"/> Otros: _____	3. ¿Le das su suplemento de hierro? NO <input type="radio"/> SI, en gotas <input type="radio"/> SI, en jarabe <input type="radio"/> NO APLICA <input type="radio"/> 4. ¿Cuándo le das? Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche <input type="radio"/> 5. ¿Cuánto del suplemento le das? En gotas: _____ En mililitros: _____ En cucharaditas: _____ 6. ¿Por qué NO le das su suplemento? <input type="radio"/> No le corresponde por la edad. <input type="radio"/> No recibí hierro en el establecimiento de salud. <input type="radio"/> Le da estreñimiento, heces oscuras, diarrea y/o vómitos. <input type="radio"/> Se me olvidó darle. <input type="radio"/> Niño o madre enferma (consume medicamentos). <input type="radio"/> No me dijeron como debo darle. <input type="radio"/> Se me acabó el suplemento de hierro. <input type="radio"/> Otro: _____		¿Cumplió el compromiso? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> FIRMA DEL CUIDADOR _____	
3era visita: ____/____/____ Edad del niño: ____ meses	1. ¿Le das SÓLO pecho? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> 2. Si la respuesta es NO, ¿cuál es el motivo? (Puede marcar más de una opción) <input type="radio"/> No tengo mucha leche. <input type="radio"/> Mi bebé no succiona bien. <input type="radio"/> Dificultades con el horario. <input type="radio"/> Por indicación médica. <input type="radio"/> Madre o niño está enfermo o débil. <input type="radio"/> Otros: _____	3. ¿Le das su suplemento de hierro? NO <input type="radio"/> SI, en gotas <input type="radio"/> SI, en jarabe <input type="radio"/> NO APLICA <input type="radio"/> 4. ¿Cuándo le das? Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche <input type="radio"/> 5. ¿Cuánto del suplemento le das? En gotas: _____ En mililitros: _____ En cucharaditas: _____ 6. ¿Por qué NO le das su suplemento? <input type="radio"/> No le corresponde por la edad. <input type="radio"/> No recibí hierro en el establecimiento de salud. <input type="radio"/> Le da estreñimiento, heces oscuras, diarrea y/o vómitos. <input type="radio"/> Se me olvidó darle. <input type="radio"/> Niño o madre enferma (consume medicamentos). <input type="radio"/> No me dijeron como debo darle. <input type="radio"/> Se me acabó el suplemento de hierro. <input type="radio"/> Otro: _____		¿Cumplió el compromiso? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> FIRMA DEL CUIDADOR _____	
OBSERVACIONES:					

Firma del actor social

Firma y sello del personal de salud que revisa la ficha