



Fecha

Datos de Identificación

Nombres y Apellidos											
Tipo Documento		RC	TI	Número			Fecha de Nacimiento		AAAA	MM	DD
Edad		Meses		Años/Meses		Si es prematuro poner Edad corregida		Sexo	F	M	I
Nombre de la Madre											
Edad		Ocupación									
Nombre del Padre											
Edad		Ocupación									
Dirección Actual											
Teléfono Fijo			Número Celular								
Nombre del Informante			Parentesco								
Aseguradora			Confiabilidad								

Motivo de la Consulta

Motivo de la consulta "Como lo expresa el informante"	
--	--

Enfermedad Actual

<p>¿Cuándo? ¿Cómo comenzó? ¿Cómo ha evolucionado? ¿Qué tratamientos ha recibido? (nombre y dosis) ¿Cómo se encuentra actualmente?</p> <p>Recuerde que cada síntoma debe ser descrito en forma completa, y que debe consignar los síntomas en estricto orden de aparición.</p>	
---	--



ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Prenatales

Embarazo planeado	SI	NO	Edad de la madre al momento del parto	
Asistencia a controles prenatales CPN	SI	NO	Número de controles CPN	
Edad gestacional al inicio del CPN			Enfermedades durante la gestación	SI NO
¿Cuáles?				

Paraclínicos Prenatales

Infeciosos:	VDRL	N	A	ELISA para VIH	N	A	Otros/Observaciones *(N: Normal / A: Anormal)
Metabólicos:	TSH	N	A	GLUCEMIA	N	A	
Hematológico:	Anemia durante el embarazo			N	A		
Ecografías Prenatales:	Preguntar siempre por malformaciones detectadas, en caso de presentar hidronefrosis registrar edad gestacional del diagnóstico y medida de la dilatación.						
Vacunación Materna dTpa (Vacuna para Tosferina acelular)	SI	NO	Vacunación de familiares cercanos dTpa	SI	NO		
Consumo de medicamentos durante el embarazo (Incluye micronutrientes)	SI	NO	Cuáles				
Consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo.	SI	NO	Cuáles				
Tipo de Embarazo	Único		Gemelar		Múltiple		
Lugar de atención del parto:	Casa	SI	NO	Institucional	SI	NO	
Características del parto	Vaginal	Espontáneo	Instrumentado	Inducido	Cesárea		
¿Por qué razón?							
Edad gestacional al nacer (en semanas)		Hemoclasificación madre		Hemoclasificación del RN			
Peso al nacer	Talla al nacer	Nació vigoroso o requirió reanimación		SI	NO	TSH neonatal	
¿Requirió unidad de cuidado intensivo neonatal?	SI	NO	¿Por qué?				
¿Requirió Ventilación mecánica?	SI	NO	¿Cuánto tiempo? / ¿Por qué?				
Si es prematuro Profilaxis para VSR (Palivizumab®)	SI	NO	Número de dosis				
Si es prematuro Asistencia a programa Canguro	SI	NO					

Antecedentes Patológicos

Patológicos	
Quirúrgicos y Hospitalarios	
Tóxico-Alérgicos	
Uso de medicamentos	
Traumáticos	
Transfusionales	

Antecedentes Ginecológicos

Menarquia		Ciclos		Oligo o polimenorreas	SI	NO	Planificación familiar	¿Cuál?	Riesgo de ITS	SI	NO
-----------	--	--------	--	-----------------------	----	----	------------------------	--------	---------------	----	----



Antecedentes Vacunales

Vacunación	Completa	Incompleta	Revisar el carné de vacunas y llenar Anexo 1. Vacunas
------------	----------	------------	---

Crecimiento y Desarrollo

Estado nutricional y Antropometría. (Revisar el carné de crecimiento y desarrollo para responder este ítem)

Ganancia de peso adecuada	SI	NO	Velocidad de crecimiento adecuada	SI	NO
Observaciones					
Alteración en el desarrollo	SI	NO	¿Cuál?		
Para los menores de 3 años tratar de precisar la edad a la cual logró los siguientes hitos del desarrollo:					
Sostén cefálico		Sedestación sin apoyo		Agarre de objetos	
Gateo		Marcha sin apoyo		Silabeo	
Frases		Lenguaje fluido		Saca y guarda objetos	

Antecedentes Alimentarios

Lactancia materna exclusiva	SI	NO	Duración de la lactancia exclusiva		
Si es lactante, frecuencia de la lactancia			Ofrece otras bebidas diferentes a la leche materna	SI	NO
Edad de introducción a la alimentación de transición o alimentación complementaria			Adecuada	SI	NO
Tipo de fórmula láctea que recibe actualmente			Preparación adecuada	SI	NO
Edad de inicio de leche íntegra			Consumo de frutas y verduras adecuado	SI	NO
Raciones semanales de cada grupo de alimentos, indagar por el consumo de jugos y tipo de bebidas que ingiere con frecuencia					
Carne		Lácteos		Vegetales	
Cereales		Huevos		Frutas	
Tipo de bebidas que consume con frecuencia			Consumo de leche cruda y sus derivados		SI NO

Hábitos e Higiene

Problemas con la alimentación	SI	NO	¿Cuál?		
Hábitos de sueño - Rutina	SI	NO	Horas de sueño		Dificultades con el sueño
¿Cuál?			Edad del control de esfínteres		Tiempo de exposición a pantallas
Asistencia a jardín	SI	NO	Edad de inicio	Escolarizado	SI NO Rendimiento escolar adecuado
Si el paciente es escolar o adolescente indagar por					
Actividad física	SI	NO	Actividades en las que invierte el tiempo libre:		
Hábitos de estudio	SI	NO	Dificultades de aprendizaje	SI NO	Otras dificultades en la escuela
Consumo de Sustancias Psicoactivas	SI	NO			
Observaciones					



Historia Social

Composición familiar		Se sugiere realizar familiograma									
Personas que conviven con el niño							¿Cuántas personas proveen ingresos a la casa?				
Cuidador del paciente		Si los padres trabajan indagar por el cuidador principal y en dónde permanece el niño mientras los padres laboran									
Características de la vivienda		Hacinamiento			SI	NO	Déficit de vivienda		SI	NO	
Servicios públicos adecuados		SI	NO	Colecho		SI	NO	Fumadores		SI	NO
Percepción red de apoyo familiar		Adecuada			Inadecuada		Disfunción familiar		SI	NO	
Presencia de Mascotas		SI	NO	¿Cuál?			Mascota con vacunas		SI	NO	
Indagar por el lugar destinado para la disposición de las excretas de las mascotas											
Indagar si ha recibido educación sobre la adecuada tenencia de mascotas											
Riesgo Social		SI	NO	¿Cuáles? *							
* (Determinar los factores de riesgo según cuadro de procedimientos de AIEPI para maltrato)											

Antecedentes Familiares


Hipertensión	SI	NO	¿Quién?								
Asma	SI	NO	¿Quién?								
Diabetes Mellitus	SI	NO	¿Quién?								
Epilepsia	SI	NO	¿Quién?								
Enfermedades Mentales	SI	NO	¿Quién?								
Familiares con enfermedades infecciosas (Diarrea, vómito, síntomas respiratorios, brotes etc.)					SI	NO	¿Quién?				
Hermanos Fallecidos antes de 5 años		SI	NO	Hermanos desnutridos		SI	NO	Otras enfermedades		SI	NO
Observaciones											

Revisión Por Sistemas

Búsqueda de síntomas no descritos en la enfermedad actual, realizando interrogatorio dirigido por sistemas en sentido cefalocaudal. En caso de sospecha de enfermedad infecciosa indagar por Viajes recientes / Contacto con animales (Diferentes a mascotas)



Examen Físico

<p align="center">Apariencia general (Triángulo de evaluación pediátrica)</p> <p>A: Estado de consciencia - Adecuada relación con el medio - Tono muscular</p>  <p>B: Dificultad respiratoria</p> <p>C: Color</p>				<p>Escribir aquí la categorización del paciente de acuerdo a la evaluación realizada con el triángulo de evaluación pediátrica. Paciente estable / Dificultad respiratoria / Falla respiratoria / Shock / Falla cardiorespiratoria / Alteración neurológica-metabólica</p>					
FC		FR		Temperatura		TA		Tap-90	
TAP-95		TA P-95+12		Glucometría		Oximetría/FIO2		Dolor	
Antropometría	Perímetro cefálico (En menor de 2 años)				Peso (kg)			Talla (cm)	
Peso/Talla Puntaje Z*		Peso/Edad o IMC Puntaje Z			Talla/Edad Puntaje Z				
Perímetro Braquial	(Si el paciente cursa con DNT Aguda)								
Balance de Líquidos	Número de horas del balance		Diuresis (cc/kg/hora)		Líquidos administrados				
Líquidos eliminados		Pérdidas insensibles (<10 kg: 30 cc/kg/ > 10 kg: 400 x m2)				Balance en cc			
<p>Describir los hallazgos positivos o relevantes del examen físico. Recordar que en los lactantes y preescolares se recomienda no realizar el examen en orden cefalocaudal estricto, y dejar las medidas que pueden resultar molestas para el paciente para el final, como por ejemplo el examen de órganos de sentidos, genitales y osteomuscular.</p>									
Cabeza	N	A	Observaciones						
Ojos	N	A	Observaciones						
Nariz	N	A	Observaciones						
Boca	N	A	Observaciones						
Oídos	N	A	Observaciones						
Cuello	N	A	Observaciones						
Pulmonar	N	A	Observaciones						
Cardiovascular	N	A	Observaciones						
Abdomen	N	A	Observaciones						
Genitourinario	N	A	Observaciones						
Extremidades	N	A	Observaciones						
Piel y Anexos	N	A	Observaciones						



Examen Físico

Neurológico y Neurodesarrollo	N	A	
<p>Realizar examen neurológico completo. En menores de 7 años utilizar la Escala Abreviada del Desarrollo 3 y registrar en la historia la evaluación cualitativa para cada área: Motricidad finoadaptativa, Motricidad gruesa, Personalsocial, Audición y lenguaje. Para mayores de 7 años evaluar lectoescritura y habilidad matemática según la edad.</p>			

Ayudas Diagnósticas

Reportar los paraclínicos con énfasis especial en la interpretación de los mismos.
--

Análisis

<p>Iniciar el análisis describiendo la edad del niño, y los antecedentes del paciente que son relevantes y deben ser considerados dentro del análisis de la situación clínica actual . Luego interpretar la situación clínica del paciente, justificar el diagnóstico, si es del caso describir la consideración de los diagnósticos diferenciales, justificar la propuesta terapéutica y solicitud de paraclínicos. No olvide incluir en su análisis el referente o evidencia científica que le da soporte a su argumento clínico.</p>

Diagnósticos

Nosológico	
Nutricional	
Neurodesarrollo	
Riesgo social o de Maltrato (AIEPI)	

Propuesta Terapéutica

--

Fecha y Hora Cama Número

Edad		Peso		Procedencia		Aseguradora	
Diagnósticos: Consignar aquí los diagnósticos para los cuatro ejes. 1. Diagnóstico nosológico 2. Diagnóstico del estado nutricional 3. Diagnóstico del Neurodesarrollo 4. Diagnóstico del Riesgo social							

SOAP

S (Subjetivo) Describir los signos y síntomas referidos por el paciente o su cuidador. Recuerde describir en esta parte la evolución de los síntomas que motivaron la consulta												
O (Objetivo)	FC		FR		Oximetría / FIO ₂		Dolor		TA		Temperatura	

Balance de Líquidos

Número de horas del balance		Diuresis (cc/kg/hora)		Líquidos administrados	
Líquidos eliminados		Pérdidas insensibles (<10 kg: 30 cc/kg/ > 10 kg: 400 x m ²)		Balance en cc	

<p>Apariencia general (Triángulo de evaluación pediátrica)</p> <p>A: Estado de consciencia - Adecuada relación con el medio - Tono muscular</p> <p>B: Dificultad respiratoria</p> <p>C: Color</p>	<p>Iniciar la descripción de la condición clínica del paciente con la Evaluación general o Triángulo de evaluación Pediátrica y Categorizar el paciente de acuerdo a los hallazgos.</p> <p>Describir los hallazgos positivos o negativos al examen físico, y que son relevantes para la condición del paciente. Paciente estable / Dificultad respiratoria / Falla respiratoria / Shock / Falla cardiorrespiratoria / Alteración neurológica-metabólica</p>
<p>A (Análisis)</p> <p>El análisis en la historia clínica de evolución, debe contener el encuadre (Edad del niño y antecedentes relevantes para su situación actual), seguido por el argumento clínico que explica la estancia hospitalaria, en este apartado de la historia debe quedar claro la justificación del plan a seguir. Al igual que el análisis que se realiza en la historia clínica de ingreso, el argumento para el diagnóstico, la solicitud de ayudas diagnósticas o para el tratamiento instaurado se deben soportar en la evidencia científica.</p>	
<p>P (Paraclínicos, Pendientes, Plan y Pronóstico)</p> <p>Anotar los paraclínicos que se solicitan, y la justificación de dicha solicitud, así mismo reportar las ayudas diagnósticas con énfasis especial en su interpretación y la conducta a la que dieron lugar. Finalmente anotar a grosso modo el plan a seguir con el paciente y los pendientes.</p>	



Historia Clínica Pediátrica
Programa de Medicina
Facultad de Ciencias para la Salud

Entrega de Turno

Cama Número

Edad: _____ Peso: _____ Procedencia: _____

Aseguradora: _____ Fecha de ingreso: _____

Diagnósticos:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

Tratamientos

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

Antecedentes o aspectos de la historia social que se deben tener en cuenta dentro del manejo propuesto para el paciente.

Pendientes



Anexo 2. Tabla Signos Vitales por edades.

TABLA 66-3. Signos vitales a distintas edades

EDAD	FRECUENCIA CARDÍACA (lpm)	PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (rpm)
Prematuro	120-170 [*]	55-75/35-45 [†]	40-70 [‡]
0-3 meses	100-150 [*]	65-85/45-55	35-55
3-6 meses	90-120	70-90/50-65	30-45
6-12 meses	80-120	80-100/55-65	25-40
1-3 años	70-110	90-105/55-70	20-30
3-6 años	65-110	95-110/60-75	20-25
6-12 años	60-95	100-120/60-75	14-22
12 [*] años	55-85	110-135/65-85	12-18

^{*} Durante el sueño, la frecuencia cardíaca de los lactantes puede disminuir significativamente, pero si se mantiene la perfusión no se requiere ningún tratamiento.

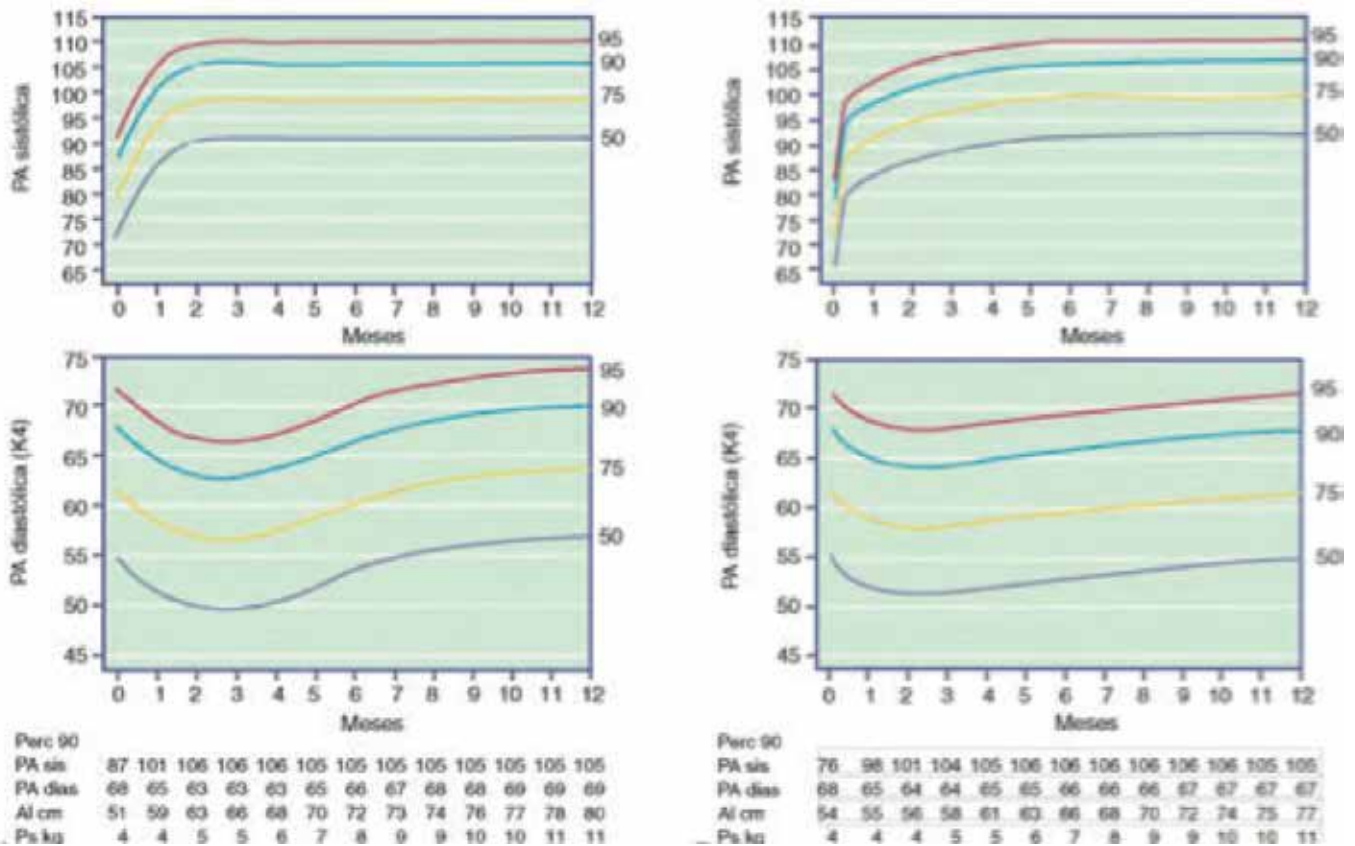
[†] Un manguito de presión arterial debe cubrir aproximadamente dos tercios del brazo; si es demasiado pequeño proporciona lecturas falsamente elevadas y si es demasiado grande falsamente bajas.

[‡] Muchos lactantes prematuros requieren ventilación mecánica, lo que disminuye la importancia de su frecuencia respiratoria espontánea.

** Tomado de: Nelson Tratado de Pediatría. Ed. 18. Capítulo 66. Urgencias y reanimación pediátrica. p.389 – Tabla 66-3.



Anexo 3. Tablas Tensión Arterial (TA) para menores de un año.



* Tomado de: Task force on Blood Pressure Control in children.

** Para niños mayores de 1 año se utilizarán las tablas según edad, sexo y talla referenciadas en: Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017;140(3):e20171904



Historia Clínica Pediátrica
Historia Clínica de Ingreso
Programa de Medicina
Facultad de Ciencias para la Salud

Consultar todos los anexos que se requieren para realizar una adecuada Historia clínica pediátrica en el sitio web:

www.pediatriacaldas.com - link:

<https://www.pediatriacaldas.com/documentacion-pediatria/>

1. Curvas de la NCHS para sacar el percentil de la talla para interpretar TA
2. Tablas de la TA
3. Curvas de crecimiento
4. Resolución 2465 de 2016 - Interpretación de los Indicadores nutricionales
5. EAD 3
6. Instructivo de la EAD 3