



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICO-HOSPITALARIOS

REMISION AL ESPECIALISTA

Nombre del Paciente: _____ Sexo (M) (F)

Deberá presentarse el día _____ de _____ de 20 _____

A las _____ horas a Consulta de Especialista con el Doctor: _____

Fecha: _____

Se ruega ser puntual a la hora indicada en su cita, si no se presenta o llega media hora después, pierde su cupo.



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Solicitud de Electrocardiograma

Nombre: _____ Edad: _____

Exp. Clínico No.: _____ Fecha: _____

Referido por el Dr.: _____

Datos clínicos de importancia: _____

P. A.: _____ Pulso _____

Medicamentos que recibe el paciente: _____

Motivo del Examen: _____

I N F O R M E

Frecuencia: _____

Ritmo: _____

Eje Eléctrico: _____

Intervalos PR _____ QRS _____ QT _____

Observaciones: _____

Diagnóstico electrocardiográfico: _____

Informó Dr.: _____ Fecha: _____

Firma: _____



Instituto Hondureño de Seguridad Social

IHSS

SOLICITUD
MAMOGRAFIA

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMAGEN

Nombre del Paciente: _____ Cita: _____ (Recep.)
Fecha Hora

Número de Afiliación u otro: _____ 1er. Apellido 2do. Apellido Nombres

Procedencia: _____ Teléfono: _____

Clinica o Servicio: _____ Cama No. _____

Edad: _____ Sexo: F () M () Asegurado () Beneficiario () Contrato ()
G: () P: () AB: () Lactancia: si () no ()
Antecedentes enfermedad fibrinolitica: si () no () MI () MD () B ()
Anticonceptivos orales: si () no ()
Terapia de Reemplazo hormonal: si () no ()
Antecedentes de Cancer en familiares, especifique: _____

Antecedentes Personales de Cancer, especifique: _____

Tratamiento: Quimioterapia () Radioterapia () Cirugia ()

Especifique: _____

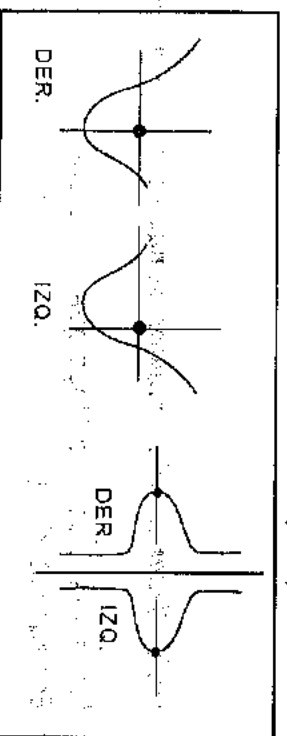
Fecha de ultimo control: _____

Datos Clinicos: _____

Impresion Clinica: _____

Emergencia () Prioridad () Dar cupo ()
Estudio () Subsiguiente ()

Estudio Radiologico solicitado:
Mamografia: Primera vez () Control () MD () MI () B ()
Magnificacion: Lado () Cuadrante () Bilateral () Cuadrantes ()
Galactografia: Lado ()
Otros: _____



Técnico: () Secretaria: () Archivo: ()
Firma y sello del médico solicitante: _____ CODIGO No. 510129

INTERPRETACION:

Fecha de Interpretación: _____

MAMA DERECHA:

BI-RADS: _____

Sugestivo de Benignidad () Sugestivo de Malignidad ()

Recomendación:

MAMA IZQUIERDA:

BI-RADS: _____

Sugestivo de Benignidad () Sugestivo de Malignidad ()

Recomendación:

NOTA: Traer estudios previos, aunque sean normales, al presentarse al estudio.

Firma y sello del Radiólogo que interpreta:

Entrega estudio: ()



**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS**

SOLICITUD DE OPERACION

Nombre: _____ Cama No. _____

Exp. No. _____ Sexo: _____ Edad: _____ Calidad: (A) (B)

Servicio: _____ Clínica No. _____ Fecha: _____

Enfermed. Común () Accid. Común () Enfermed. Profesional () Accid. Trabajo () Maternidad ()

Diagnóstico: _____

Operación: _____ Día y Hora: _____

Día y hora de recibo en el arsenal: _____

Anestesia: _____

Cirujano: _____ Ayudante: _____

CODIGO SAP 2300244

FIRMA



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE LABORATORIOS
SERVICIO DE INMUNOHEMATOLOGIA Y BANCO DE SANGRE

SOLICITUD DE TRANSFUSION

Nombre completo del Paciente		Nº de Expediente	Edad	Sexo	Sala o Sec.	Cama
Nombre Médico que lo solicita		Fecha/hora de solicitud	Nombre del técnico		Fecha/hora de Solic. recibida en banco de sangre	
Diagnóstico clínico y/o razón de la transfusión						
Grupo ABO y Rh _____ Transfusiones anteriores Si () No () Fecha última transfusión _____ Embarazos _____ Si() No() Fecha último embarazo _____		Tipo de componente solicitado () Sangre completa () Glóbulos rojos empacados () Sangre fresca reconstituida () Plasma líquido () Plasma fresco () Concentrado de plaquetas () Crioprecipitado			Cantidad solicitada _____ ML. o Unid. Cuándo se necesita _____ Dónde se necesita _____	
Nombre(s) o número _____ del donador(s) _____ _____ _____			Producto devuelto al banco _____ Fecha/hora _____ Producto recibido por _____ Nombre y Firma _____			

SI SE SOSPECHA PROBABLE REACCION TRANSFUSIONAL FAVOR COMPLETAR Y LEER LO SIGUIENTE:

1. Parar la transfusión de inmediato.
2. Administrar solución salina isotónica por otro sitio de venopunción.
3. De inmediato enviar al Banco de Sangre la copia de la solicitud de transfusión, los remanentes de la bolsa transfundida dos muestras de sangre del paciente (una con y otra sin anticoagulante).
4. Enviar al laboratorio la primera orina emitida después de la transfusión.

5. Completar lo siguiente:

Presión arterial pre transfusional		
Presión arterial post transfusional		
Temperatura pre transfusional		
Temperatura post transfusional		
Hora y fecha de inicio de transfusión		
Cantidad administrada		
<input type="checkbox"/> Escolofrios	<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Disnea	<input type="checkbox"/> Vómito
<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dolor Lumbar	<input type="checkbox"/> Shock
		<input type="checkbox"/> Cefalea
		<input type="checkbox"/> Otros



IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

**SOLICITUD
ULTRASONIDO**

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMAGEN

Cita: _____ ()
Fecha Hora Recep.

Nombre del Paciente: _____
1 apellido 2 apellido Nombres

Número de Afiliación: _____

Edad: _____ Sexo: F() M() Asegurado () Beneficiario () Contrato ()

Procedencia: _____ Teléfono: _____

Clínica o Servicio: _____ Cama # _____

Datos Clínicos: _____

Impresión Clínica: _____

Estudio US Solicitado: _____

- Emergencia () Prioridad () Dar cupo () Estudio () Sub Siguiete ()
- Transfontanelar () Ocular () Cuello () Tiroides () Articular () Partes Blandas ()
- Abdomen Superior () Abdomen Inferior () Hígado y V. Biliares () Vesícula Biliar ()
- Páncreas () Bazo () Torácico () Riñones y Vejiga () Próstata () Testicular ()

Doppler: _____

Fecha: _____ Firma y Sello del Médico solicitante: _____

Enfermera: ()
Secretaria: ()
Archivo: ()

CODIGO 510104
2300249

INFORME RADIOLOGICO:

A.- Descripción:

Fecha de interpretación:



DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMAGEN

Nombre del paciente: _____
 Número de Afiliación: _____
 Sexo: () M () F () Otro: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Lugar de nacimiento: _____
 Dirección Clínica: _____

B.- Diagnóstico Radiológico:

C.- Recomendación:

Firma y sello del Radiólogo que interpreta:

Entrega estudio ()



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
UNIDAD DE ELECTRODIAGNOSTICO

SOLICITUD E INFORME DE ULTRASONIDO GINECOLOGICO

Número de Afiliación

Genealogía () Asegurada () Ultrasonido Nuevo ()
Obstetricia () Beneficiaria () Subsiguiente ()
Edad: _____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Servicio de: _____ Cama No. _____

Historia Ginecoobstétrica: G: () P: () A: () C: () HV: () HM: () OBITOS: ()

Malformados: _____ FUM: _____ FPP: _____ Edad Gest.: _____ Semanas: _____

Motivos de Estudio: _____

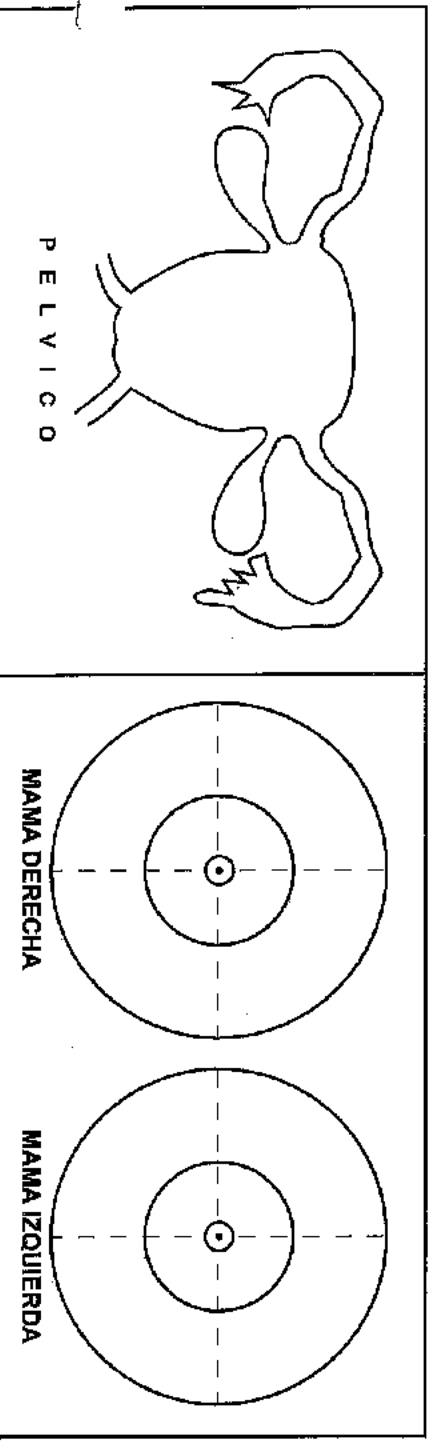
Diagnóstico Clínico: _____

Unidad Médica _____ Fecha _____ Firma y Sello Médico Solicitante _____

H A L L A Z G O S

Hallazgos Pélvicos: _____

Hallazgos Mama: _____





INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
UNIDAD DE ELECTRODIAGNOSTICO

SOLICITUD E INFORME DE ULTRASONIDO OBSTETRICO

Número de Afiliación

Ginecología () Asegurada () Ultrasonido NUevo ()
Obstetricia () Beneficiaria () Subsiguiente ()

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Servicio de: _____ Cama No.: _____

Historia Ginecobstétrica G: () P: () A: () C: () HV: () HM: () OBITOS ()

Malformados: _____ FUM: _____ FPP: _____ Edad Gest.: _____ Semanas: _____

Motivos de Estudio: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Unidad Médica _____ Fecha _____ Firma y Sello Médico Solicitud _____

H A L L A Z G O S

INFORME:

Estado del Feto:

Situación: _____ L.C.C. _____ Act. Cardíacos Si () No ()
Presentación: _____ D.B.P. _____ Mov. Respirat. Si () No ()
Posición: _____ L.F. _____ Mov. De Miembros Si () No ()
Gestación: _____ P.C. _____ N° Vasos Umb _____
L. A. _____ Peso fetal en gramos _____

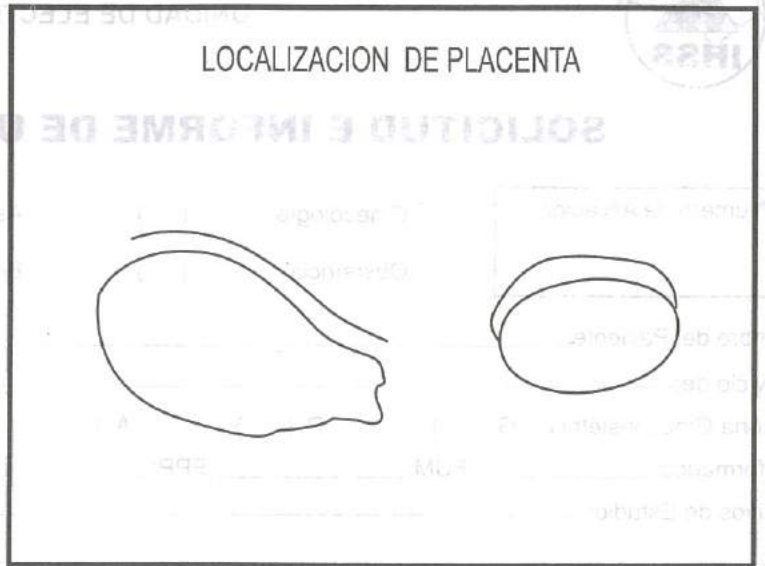
Placenta

a) Anterior _____ d) Segmento Uterino _____
Lateral derecho _____ Lat. Izq. _____ Parcial _____ Marginal _____
b) Posterior _____ Previa _____ Total _____
Lateral derecho _____ Lat. Izq. _____
c) Fundica _____ e) Abrupto _____
Si () No ()



SITUACION Y POSICION FETAL

LOCALIZACION DE PLACENTA



Comentarios:

H A L L A Z O S

Conclusión:

Fecha

Firma del Médico Ultrasonografista



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOPITAL MATERNO INFANTIL
SERVICIO DE CITODIAGNOSTICO

44

SOLICITUD DE EXAMEN CITOLOGICO

No. Citológico: _____
 Para uso exclusivo del Servicio de Cit. _____

Claves del Servicio

Nombre: _____ Edad: _____ E. Civil _____ A () B () _____

Unidad Médica: _____ No. Afiliación: _____

Tipo de Estudio: _____ Médico: _____

Diagnóstico Presuntivo: _____

Grávida _____ Para _____ Abortos: _____

F.U.R. _____ F.U. Parto: _____ F. U. Aborto: _____

Embarazo Si () No () Semanas _____

Amenaza de Ab. Si () No () Iniciación _____

Signos: _____ Leucorrea Si () No () Hemorragia de Contacto Si () No () _____

Cirugía Ginecológica: _____ Si () No () Tipo _____ Fecha _____

Citología Anterior: _____ Si () No () Número: _____ Fecha: _____

Trat. Anterior: _____ Cauterío () Cirugía () Radiación () Hormonal () Químico ()

Biopsia: _____ Fecha: _____ Diagnóstico: _____

Método Anticonceptivo: _____ Desde: _____

Otros Datos: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
 HOPITAL MATERNO INFANTIL
 SERVICIO DE CITODIAGNOSTICO



Dirección del Paciente: _____

Claves del Servicio:

()	()	0.1	()	()	2.6	()	()	1.40	Nombre
()	()	1.1	()	()	2.8	()	()	1.41	Unidad Médica
()	()	1.2	()	()	2.9	()	()	1.42	Tipo de Estudio
()	()	1.3	()	()	2.63	()	()	1.43	Diagnóstico Presuntivo
()	()	1.4	()	()	3.6	()	()	1.50	Gravidez
()	()	1.5	()	()	3.8	()	()	1.51	F.U.R.
()	()	1.6	()	()	3.9	()	()	1.52	Embarazo
()	()	1.7	()	()	3.63	()	()	1.53	Amenaza de AB
()	()	1.8	()	()	1.20	()	()	1.54	Signos
()	()	1.9	()	()	1.21	()	()	1.60	Ginecología
()	()	1.10	()	()	1.22	()	()	1.61	Citología Anterior
()	()	1.11	()	()	1.23	()	()	1.70	Test Anterior
()	()	1.12	()	()	1.30	()	()	1.72	Biosia
()	()	1.13	()	()	1.31	()	()	1.73	Método Anticonceptivo
()	()	1.14	()	()	1.32	()	()	1.74	Otros Datos
()	()	1.15	()	()	1.33	()	()		Fecha
()	()	1.16	()	()		()	()		Desde
()	()	1.17	()	()		()	()		Fecha

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

48

UNIDAD MEDICO
QUIRURGICO

TARJETA DE VISITAS
ADULTOS VARONES

Nombre Paciente: _____

Sala: _____

Piso: _____

Todos los días de la semana de: _____

Fecha de Expedición: _____

Válida hasta: _____

Servicio de Admisión: _____



No es válida con alteraciones - Lea el reverso N° Cod. 2300268

I.N.S.S.

RECOMENDACIONES

- 1) Cuide esta tarjeta, si la extravía no se le repone.
- 2) No se aceptan visitas de niños menores de 12 años.
- 3) No se permitira la entrada de personas en estado de ebriedad.
- 4) Al venir de visita más de una persona, permanecerá cada una con el paciente 10 minutos, para dar lugar a que otros familiares puedan visitarlo.
- 5) Queda terminantemente prohibido traer alimentos a los pacientes hospitalizados, para asegurar su tratamiento.
- 6) Al ser dada de alta al paciente, deberá devolver esta tarjeta a la Oficina de Registros Médicos. (Admisión Hospital)

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

40

**HOSPITAL MATERNO
INFANTIL**

**TARJETA DE VISITAS
ADULTOS MUJERES**

Nombre Paciente: _____

Sala: _____

Piso: _____

Todos los días de la semana de: _____

Fecha de Expedición: _____

Válida hasta: _____

Servicio de Admisión: _____

No es válida con alteraciones, - Lea al reverso.

CODIGO SAP 2300269

R E C O M E N D A C I O N E S

- 1) Cuide esta tarjeta, si la extravía no se le repone.
- 2) No se aceptan visitas de niños menores de 12 años.
- 3) No se permitirá la entrada de personas en estado de ebriedad.
- 4) Al venir de visita más de una persona, permanecerá cada una con el paciente 10 minutos, para dar lugar a que otros familiares puedan visitarlo.
- 5) Queda terminantemente prohibido traer alimentos a los pacientes hospitalizados, para asegurar su tratamiento.
- 6) Al ser dada el alta al paciente, deberá devolver esta tarjeta a la Oficina de Registros Médicos. (Admisión Hospital).

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ 4830

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

47

HOSPITAL MATERNO
INFANTIL

TARJETA DE VISITAS
NIÑOS

Nombre Paciente: _____

Sala: _____

Piso: _____

Todos los días de la semana de: _____

Fecha de Expedición: _____

Válida hasta: _____

Servicio de Admisión: _____



No es válida con alteraciones -Lea el reverso. CODIGO SAP 2300270

RECOMENDACIONES

- 1) Cuide esta tarjeta, si la extravía no se le repone.
- 2) No se aceptan visitas de niños menores de 12 años.
- 3) No se permitirá la entrada de personas en estado de ebriedad.
- 4) Al venir de visita más de una persona, permanecerá cada una con el paciente 10 minutos, para dar lugar a que otros familiares puedan visitarlo.
- 5) Queda terminantemente prohibido traer alimentos a los pacientes hospitalizados, para asegurar su tratamiento.
- 6) Al ser dada de alta al paciente, deberá devolver esta tarjeta a la Oficina de Registros Médicos. (Admisión Hospital)

Instituto Hondureño de Seguridad Social

Afiliación N°

Nombre:

Fecha:

21

E.N.A.G. - R.T.N: ZE5FNM-8 - TEL: 230-3026



Instituto Hondureño de Seguridad Social


Unidad de Medicina Física y Rehabilitación

Tarjetón de Gimnasio

Nombre:		No. Exp:		Terapeuta:																											
Dirección:		Edad:		Sexo:																											
Profesión u Oficio:		Fecha de Evaluación Médica:		Teléfono:																											
Patrono:		Dirección Trabajo:																													
Ocupación:																															
Diagnóstico(s):																															
Ubicación del paciente: Ambulatorio			Hospitalizado																												
Inicio:		Finaliza		Grupo																											
Cita																															
Horario (No. Sesiones):																															
Consolidación de la fractura		Total ()		Parcial ()																											
Ninguno ()																															
Implante Metálico Si () No ()		Tipo de apoyo: Parcial () Total ()		Ninguno ()																											
Control de Asistencia																															
Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Tratamiento Indicado																															
1. Compresas Calientes 4. Compresas Frias Localización Ejercicios de fortalecimiento 26. Pasiva: Gentil _____ Forz _____ 32. Isométricos 33. Activos Asistidos 34. Activos libres 35. Progresivo Resistido Manual 36. Pesas: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Inicial Final </div> Peso _____ No Set _____ Repeticiones _____ 37. Reeduccion muscular 38. Ejercicios de Estiramiento Muculos Higiene de Columna 39. Posturas 41. Educación Ergonómica 42. Ejercicios de escoliosis 43. Ejercicios hiperlordosis 44. Ejercicios dorso curvo 45. Ejercicios dorso plano Observaciones	46. Bicicleta <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Inicial Final </div> Set _____ Tiempo _____ Resistencia _____ 47. Caminadora <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Inicial Final </div> Set _____ Tiempo _____ Inclinación _____ 48. Remos 49. Verticalizador: grados _____ Min _____ 50. Rueda hombro 51. Escalerilla 52. Polea sin pesas 53. Poleas con pesas _____ 54. Patín o balancín 55. Banco de cuádriceps <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Inicial Final </div> Peso _____ Set _____ Repeticiones _____ Ejercicios en Barras 70. Bipedestación 71. Descarga de peso % _____ 72. Equilibrio y coordinación 73. Marcha 74. Sentadillas: Med: _____ Compl: _____	Ejercicios en colchoneta 56. Giros 57. Equilibrio de Cuello y tronco 58. Descarga de peso en M. S. 59. Propiocepción 60. Basculación Pélvica 61. Cuatro puntos 62. Abdominales 63. Arrastre y ganeo 64. Sedestación 65. Disminuir tono 66. Aumentar tono 67. Técnicas de neurorelajación 68. Equilibrio y coordinación 69. Transferencias Marcha Aditamento _____ 75. Reeduación 76. Diferentes Terrenos 77. Escaleras 78. Talones - Puntas 79. Plan domiciliar 99. Otros Firma _____																													

Calificación Estructura y Función					Calificación Actividad y Participación							
0 No hay deficiencia (ninguna, insignificante...)	0-4%				0 No hay dificultad (ninguna, insignificante...)	0-4%						
1 Deficiencia ligera (poca, escasa...)	5-24%				1 Dificultad ligera (poca, escasa...)	5-24%						
2 Deficiencia moderada (media, regular...)	25-49%				2 Dificultad moderada (media, regular...)	25-49%						
3 Deficiencia grave (mucho, extrema...)	50-95%				3 Dificultad grave (mucho, extrema...)	50-95%						
4 Deficiencia completa (total...)	96-100%				4 Dificultad completa (total...)	96-100%						
Recordar que para calificar factores ambientales (e) se usa la misma escala solo que como barrera o facilitador este ultimo precedido del signo +												
Evaluación de Terapia Ocupacional												
Alteración Función, Estruct, limitación en la actividad y restricción en particip	1° Evaluación				2° Evaluación				3° Evaluación			
	Fecha				Fecha				Fecha			
b265 Problema sensorial	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
b710 Func relac movilidad articulaciones	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
b730 Func relac con la fuerza muscular	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
b735 Func rel con el tono muscular	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
b760 Func rel con el control de mov voluntarios	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
b765 Func rel con lo mov inv	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
b770 Func relac con el patron de la mancha	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
d410 Cambiar las posturas corporales	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
d415 Mantener la posición del cuerpo	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
d420 Transferir el propio cuerpo	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
d430 Levantar y llevar objetos	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
d445 Uso de la mano y el brazo	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
d450 Andar	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
d455 Desplazarse por el entorno	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
d5 Autocuidado	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
d6 Vida Domestica	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
e120 Productos y tecnologia para la mov	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Evaluación subsiguiente del medico: Fecha:					Firma							
Observaciones												
Condicion del paciente: Alta con plan de casa ()					Continua ()							
Nuevas indicaciones (Especifique los nuevos objetivos)												
Modalidades que agrega												
Modalidades que omite												
Evaluación subsiguiente del medico: Fecha:					Firma							
Observaciones												
Condicion del paciente: Alta con plan de casa ()					Continua ()							
Nuevas indicaciones (Especifique los nuevos objetivos)												
Modalidades que agrega												
Modalidades que omite												

Evaluación subsiguiente del medico: Fecha:	Firma
Observaciones	
Condición del paciente: Alta con plan de casa ()	Continua ()
Nuevas indicaciones (Especifique los nuevos objetivos)	
Modalidades que agrega	
Modalidades que omite	
Evaluación subsiguiente del medico: Fecha:	Firma
Observaciones	
Condición del paciente: Alta con plan de casa ()	Continua ()
Nuevas indicaciones (Especifique los nuevos objetivos)	
Modalidades que agrega	
Modalidades que omite	
Evaluación subsiguiente del medico: Fecha:	Firma
Observaciones	
Condición del paciente: Alta con plan de casa ()	Continua ()
Nuevas indicaciones (Especifique los nuevos objetivos)	
Modalidades que agrega	
Modalidades que omite	
Evaluación subsiguiente del medico: Fecha:	Firma
Observaciones	
Condición del paciente: Alta con plan de casa ()	Continua ()
Nuevas indicaciones (Especifique los nuevos objetivos)	
Modalidades que agrega	
Modalidades que omite	
Evaluación subsiguiente del medico: Fecha:	Firma
Observaciones	
Condición del paciente: Alta con plan de casa ()	Continua ()
Nuevas indicaciones (Especifique los nuevos objetivos)	
Modalidades que agrega	
Modalidades que omite	

 **Consultorio del I.H.S.S.**
TURNO PARA CONSULTA

Nº: _____

Hora: _____

Clínica Nº: _____

Dr.: _____

51

 **Consultorio del I.H.S.S.**
TURNO PARA CONSULTA

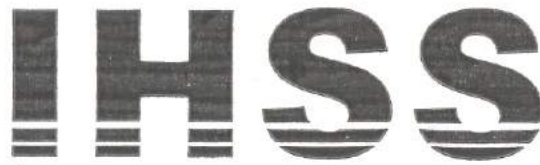
Nº: _____

Hora: _____

Clínica Nº: _____

Dr.: _____

CODIGO SAP 2300280



Instituto Hondureño de Seguridad Social

**Bolsa para el Despacho
de Medicamentos**

NOMBRE MEDICAMENTO: _____

TOMAR: _____

CODIGO SAP 2300296

CADA _____ HORAS

APLICAR CADA _____ HORAS

FECHA:

NOMBRE



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
SERVICIO DE ENFERMERIA

Cambio de Turno y Permiso

a. Cambio de Turno _____

b. Permiso con Sustituta(o) _____

c. Permiso por horas de _____ a _____

Nombre del Solicitante _____

Firma del Solicitante _____

Nombre de la Sustituta _____

Firma de la Sustituta _____

Sala de: _____ Turno _____ Fecha _____

motivo por el cual solicita el permiso _____

AUTORIZADO POR

Enfermera Jefe de Sala _____

Supervisora de Truno _____

Sub-Jefe Depto. Enfermería Hospital _____

Vo.Bo. Jefe Depto. Enf. Hospital Central _____

NOTA: No se considerará autorizado el cambio de turno o permiso si no lleva Vo.Bo. de la Jefe de Sala y Supervisora.

CODIGO SAP No. 2300297
CODIGO TEG No. 500201



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL

SOLICITUD No. _____

FECHA DE PRESENTACIÓN: _____

SOLICITANTE: _____

CAUSANTE: _____

ASUNTO: _____

REPRESENTANTE: _____

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____

RESOLUCIÓN No. _____ **EMITIDA:** _____

RECURSOS: _____

RESOLUCIÓN RECURSO _____ **EMITIDA:** _____

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
INSTRUMENTO CS-1**

1. Mes: Mes que corresponde el informe.
2. Año: Año que corresponde el informe.
3. Nombre de la Consejera o Consejero que está informando las atenciones.
4. Región: Región Departamental a la que pertenece la Unidad de Salud Local (USL) o institución.
5. Área/Municipio a la que pertenece la USL.
6. USL: Nombre de la Unidad de Salud Local donde se desempeña el o la consejera.
7. Institución: En caso de instituciones no gubernamentales anotar el Nombre de la Institución u Organización, Iglesia, grupo u otro.
8. DATOS GENERALES: Se refieren a los Datos generales de la atención y de la persona que se le brinda el servicio.
 - 8.1 Fecha: Anotar Fecha del Mes que se brinda la consejería.
 - 8.2 Sexo: Sexo de la persona que se le brinda el servicio, tachar en la columna correspondiente H: Hombre y Mujer
 - 8.3 Edad: Anotar en Números la Edad de la persona que se le brinda el servicio de consejería.
 - 8.4 Procedencia: Anotar nombre del domicilio de la persona que se le brinda el servicio de consejería
 - 8.5 No de Historia Clínica: Anotar el número de expediente que se le ha asignado en la USL.
 - 8.6 Primera Vez: Tachar en la columna cuando sea la primera vez que la persona recibe el servicio de consejería.
 - 8.10 Sub Siguiente: Tachar en la columna cuando sea la segunda o más consejería que recibe la persona.

8. CONSEJERÍA: Se refiere a todos los Tipos de Consejería que se pueden brindar.

9.1. **Consejería Pre Prueba:** Tachar en la columna únicamente cuando el motivo principal de la consejería esté relacionada a la Prueba de Diagnóstico del VIH. Puede ser Primera Vez o Sub Siguiente, la persona busca los servicios por demanda espontánea o por referencia. Se tacha aun cuando la persona No decide hacerse la prueba. En la columna de observaciones se puede especificar el motivo de la consulta u otra información importante relacionada a la persona.

9.2. **Consejería Post Prueba:** Tachar en la columna cuando la Consejería sea para entrega de resultado. N: si el resultado es Negativo, P: si el resultado es Positivo.

9.3. **Consejería de Seguimiento:** Tachar en la columna cuando se brinda consejería después de la Consejería Post Prueba. N: cuando la Consejería de seguimiento sea después de un Resultado Negativo, y P: si es consejería de seguimiento después de haber recibido un Resultado Positivo. En la Columna de Observaciones anotar el tema tratado.

9.4. De ITS incluyendo niños/as, jóvenes, mujeres

9.5 De Mujeres embarazadas que acuden a control prenatal a las US Nota: En este formato hay una pequeña modificación, la cual se encuentra en la casilla N° 18 la que incluye, pre prueba y post prueba de mujer embarazada, esta información se debe de traer del CS-1, y a la vez tiene que coincidir con la información que reportan en la ficha de monitoreo del programa de la Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo/a (PPMH) ya que la base de este formato es el CS

9.6 **Consejería No relacionadas a la Prueba:** Tachar en la columna aquellas consejerías que NO estén relacionadas a la prueba. Consejería sobre los siguientes temas: ITS, terapia antirretroviral, recomendaciones de auto cuidados, uso del condón, aspectos legales, de trabajo, sexualidad, prevención del VIH de madre a hijo / hija, alimentación infantil, consejería infantil, etc.

9.7. **Consejería Familiar:** Tachar en la columna cuando se brinde consejería a familiares (cónyuge, pareja(s) sexual(es), novio/a, amigos(as), de personas que anteriormente hayan recibido alguna consejería. (Pre prueba, post prueba, No relacionada a la prueba)

9. Referencia: Tachar en la columna cuando se haga Referencia, ya sea intra o extra institucional. En la Columna de Observaciones anotar el Lugar donde se hace la Referencia.

10. Observaciones: Anotar en la columna aquella información importante que complementa al resto de columnas.

La suma de los registros de consejería pre prueba, consejería post prueba, de seguimiento, no relacionada a la prueba y consejería familiar deben cuadrar con los ítems de sexo y con primera vez y consejería sub siguiente para lo que se recomienda registrar, pero no incluir en la sumatoria las consejerías de ITS y Mujer embarazada ya que estas solamente quedan para identificar cuantas corresponde a ITS y a mujer embarazada.

II. TOTAL

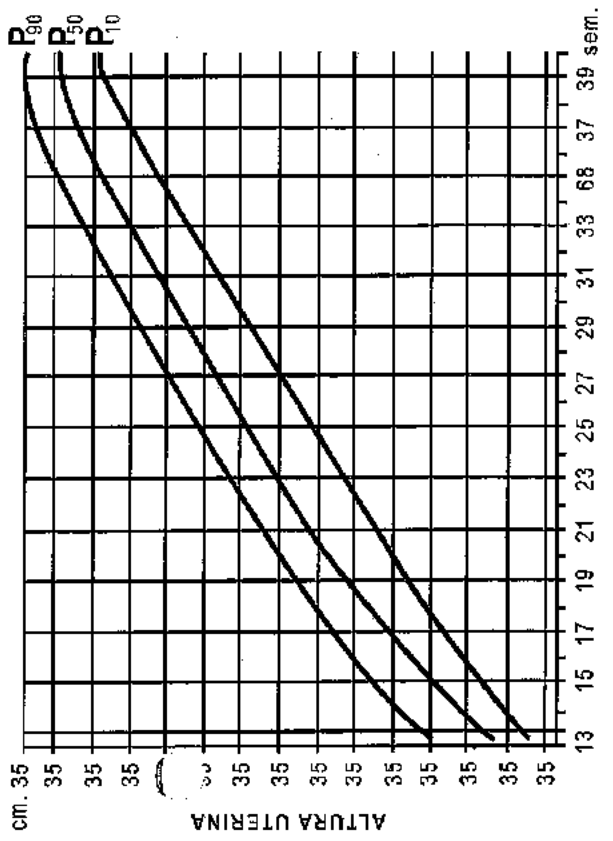
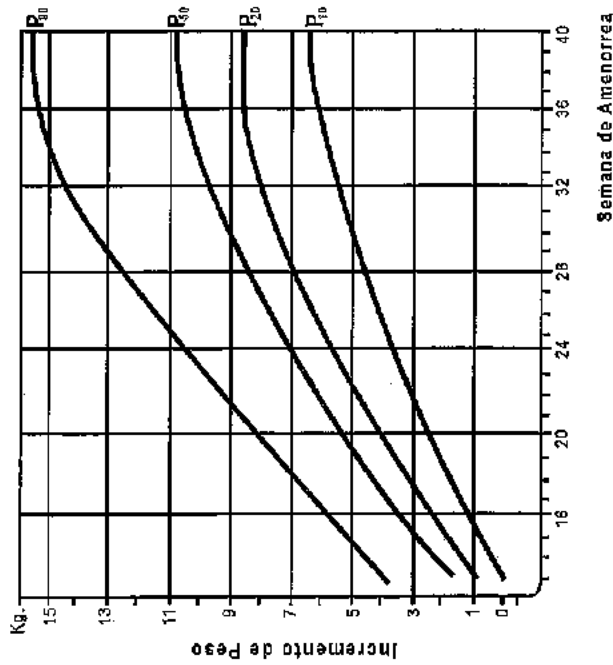
- 12.1. Numero total de Hombres que recibieron los servicios
- 12.2. Número de Mujeres que recibieron los servicios
- 12.3. Número de Consejerías brindadas por Primera Vez.
- 12.4. Número de Consejerías Sub siguientes
- 12.5. Número de Consejerías Pre Prueba
- 12.6. Número Total de Consejerías Post Prueba con Resultados Negativos.
- 12.7. Número Total de Consejerías Post Prueba con Resultados Positivos.
- 12.8. Número de Consejerías de Seguimiento con Resultado Negativo
- 12.9. Número de Consejerías de Seguimiento con Resultado Positivo
- 12.10. Número de atenciones en ITS.
- 12.11. Número de atenciones a mujeres embarazadas.
- 12.12. Número de Consejería No relacionadas a la Prueba
- 12.13. Número de Consejerías Familiares.
- 12.14. Número de Referencias realizadas.
- 12.15. Número TOTAL de Consejerías brindadas en el MES (Suma de Consejerías Pre Prueba, Post Prueba, seguimiento, No relacionadas a la prueba, Familiar).

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
INSTRUMENTO CS-2
CONSOLIDADO MENSUAL DE CONSEJERÍAS**

1. **Mes:** Mes que corresponde al informe
2. **Año:** Año que corresponde al informe
3. **Región Departamental:** que informa
4. **Municipio:** Ubicar a que municipio corresponde la información registrada.
5. **Responsable:** Nombre de la persona que elabora el informe consolidado en los diferentes niveles.
6. **Cargo:** Anotar el cargo funcional que actualmente desempeña quien llena el informe
7. **USL:** Se registra las US que consolida la información
8. **Institución:** En caso de instituciones no gubernamentales anotar el Nombre de la Institución u Organización, Iglesia, grupo u otro.
9. **Las columnas del 9 a la 21** se tomará del Total de las columnas correspondientes del Informe Diario Mensual CS I
22. **No. de pruebas de VIH.** Esta información será brindada por el laboratorio, de USL, área ó región que Estén realizado pruebas de diagnóstica para VIH.
23. **-TOTAL de Región (Es la suma de cada uno de los municipios) y de cada una de las columnas.**

Observación: La suma de los registros de consejería pre prueba, consejería post prueba, de seguimiento, no relacionada a la prueba y consejería familiar deben cuadrar con los ítems de sexo y con primera vez y consejería sub siguiente para lo que se recomienda registrar, pero no incluir en la sumatoria las consejerías de ITS y Mujer embarazada ya que estas solamente quedan para identificar cuantas corresponde a ITS y a mujer embarazada.

Nota: En este formato hay una pequeña modificación, la cual se encuentra en la casilla **Nº 18** la que incluye, pre prueba y post prueba de mujer embarazada, esta información se debe de traer del CS-I. y a la vez tiene que coincidir con la información que reportan en la ficha de monitoreo del programa de la Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo/a. (PPTMH) ya que la base de este formato es el CS-I



EXAMENES COMPLEMENTARIOS

HOSPITALIZACIONES

ESTABLECIMIENTO	INGRESO		EGRESO	
	Día	Mes	Día	Mes

OBSERVACIONES

94

Español No. 1 PM/005-2018



CARNET PERINATAL

Nombre:

Fecha de Nacimiento: Día: [] Mes: [] Año: []

No. de Identidad niña: []

Padre:

Madre:

No. de Identidad: []

No en el Listado LINVI: []

Edad de Captación: []

Domicilio:

Establecimiento de Salud:

FECHA PRÓXIMA CITA

DÍA	MES	DÍA	MES	DÍA	MES

El embarazo bien cuidado ayuda a tener un parto con un final feliz.

En los primeros siete días después del parto asista con su niña o niño al Centro de Salud.

Cumpla con las citas y las recomendaciones que le den en el Centro de Salud.

Español No. 1 PM/005-2018

Este carnet contiene información importante para su salud y la de su hijo. Llévalo con usted siempre que acuda al servicio de salud y recuérdela una vez al día. Véala para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

EXIJA SU DEVOLUCIÓN



IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

SOLICITUD DE EXAMENES DE LABORATORIO

Nombre Completo del Paciente: _____ No. de Afiliación: _____ Edad: _____

Día _____ Mes _____ Año _____ Servicio Peticionario: _____ No. de Cama: _____ Sexo: F M

Código del Médico: _____ Firma y Sello del Médico: _____ Prioridad: Rutina Urgente

Exámenes Solicitados:

Números

Letras

HEMATOLOGIA

- 40 Hemograma completo
- 4021 Reticulocitos
- 4022 Reticulocitos %
- 4019 NRBC
- 4020 NRBC %
- 4030 Hematocrito
- 4052 Frotis sangre periférica
- 4050 VES
- 4054 Hematozooario
- 4055 Gota gruesa
- 4053 TP
- 4052 TPT
- 4056 Fibrinógeno
- 4057 INR
- 4061 Fragilidad osmótica
- 4051 Meta bisulfito de sodio

PARASITOLOGIA

- 70 General de heces
- 7001 PH
- 7002 Wright
- 7003 Sangre oculta
- 7004 Fehling
- 7005 Test de Graham
- 7013 Sudan
- 7015 Cryptosporidium heces
- Otros _____

UROANALISIS

- 60 Examen de orina
- 2027 Cetonas de orina
- 6001 Proteína de Bence Jones

MICROBIOLOGIA

- Tipo de muestra _____
- 8027 Cultivo por bacterias
- 8013 Cultivo por hongos
- 8159 Cultivo por mico bacterias
- 8017 Cultivo por anaerobios
- 8020 Hemocultivo
- 8009 GRAM
- 8010 Wright
- 8012 Tinta china
- 8507 KOH
- 8014 Cito química
- 8011 Estudio Buffy Coat
- 8003 Serología por dengue
- 8021 Serología por rotavirus
- 8023 Serología por leptospira
- 82 Bacilos copia - BAAR
- 8160 ADA
- 8508 Citología nasal
- 81 Espermograma
- 8510 Mielo cultivo
- 8016 Estadío Leishmania
- 8018 Secreción broquial
- Otros _____

QUIMICA SANGUINEA

- 1017 Glucosa ayunas
- 1057 Glucosa post prandial
- 15 Curva de tolerancia a glucosa
- 1059 Curva tol oral a glucosa 1 hs (50gr)
- 1061 Curva tol oral a glucosa 2 hs (75gr)
- 1062 Curva tol oral a glucosa 3 hs (100gr)
- 2 Curva tol oral lactosa
- 1039 Urea
- 1011 Creatinina
- 1008 Colesterol total
- 1021 Colesterol HDL
- 1033 Triglicéridos
- 1006 Colesterol LDL
- 1037 Acido úrico
- 1004 TGO (AST)
- 1034 TGP (ALT)
- 1002 Fosfatase alcalina
- 1040 Gamma GT
- 1042 Bilirrubina total
- 1013 Bilirrubinba directa
- 1044 Bilirrubina indirecta
- 1036 proteínas totales
- 1001 Albúmina
- 1015 Globulinas
- 1032 Relación A/G
- 1003 Amilasa total
- 1074 Amilasa pancreática
- 1026 Lipasa
- 1009 CK total
- 1010 CK MB
- 1025 Deshidrogenasa láctica (LDH)
- 1012 Cloro
- 1023 Potasio
- 1028 Sodio
- 1007 Calcio
- 1031 Fósforo
- 1027 Magnesio
- 1014 Hierro
- 1048 Ferritina
- 1038 UIBC
- 1043 IgA
- 1046 IgG
- 1047 IgM
- 1049 Complemento C4
- 5019 Complemento C3
- 1015 Fenitoína
- 1030 Fenobarbital
- 1050 Acido Valproico
- 5018 Carbamazepina
- 5014 Digoxina
- 1071 Proteína en LCR
- 1070 Glucosa en LCR
- 3031 Troponinas
- 1076 Dimero D
- Otros _____

QUIMICA DE ORINA

- 2001 Acido úrico en orina
- 2031 Acido úrico en 24 hs
- 2002 Urea en orina
- 2036 Urea en 24 hs
- 2003 Calcio en orina
- 2034 Calcio en 24 hs
- 2005 Magnesio en orina
- 2011 Magnesio en 24 hs

- 2006 Fósforo en orina
- 2035 Fósforo en 24 hs
- 2012 Cloro en orina
- 2014 Cloro en 24 hs
- 2007 Potasio en orina
- 2015 Potasio en 24 hs
- 2028 Sodio en orina
- 2016 Sodio en 24 hs
- 2013 Creatinina en orina
- 2037 Creatinina en 24 hs
- 2031 Depuración de creatinina
- 2026 Proteínas en orina
- 2030 Proteínas en 24 hs
- 2038 Gonadotropina en 24 hs
- 5029 Cortisol en orina
- 5028 Cortisol en 24 hs
- 2004 Amilasa en orina
- 2010 Amilasa en 24 hs
- 3012 Micro albuminuria
- Otros _____

QUIMICA / INMUNOLOGIA ESP.

- 5001 TSH
- 5002 T4 total
- 5003 T4 libre
- 5004 T3 total
- 3017 T3 libre
- 3028 Tiroglobulina
- 1018 Acs antitiroglobulina
- 5501 Acs antitiroperoxidasa(microsomales)
- 5006 LH
- 5007 FSH
- 3030 Prolactina
- 5005 Estradiol
- 3021 Testosterona
- 3020 Progesterona
- 5008 Cortisol AM
- 5034 Cortisol 4 pm
- 3018 Betagonadotropina
- 3032 Paratohormona
- 5938 ACTH
- 3022 Insulina
- 3027 Insulina post prandial
- 3033 Insulina en 3 hs
- 3037 insulina en ½ hs
- 3034 Péptido C
- 3040 Pro BNP Péptido natriurético
- 3019 Vitamina B12
- 5032 Acido fólico
- 1020 Hemoglobina glicosilada
- 5010 Alfafetoproteína
- 5009 CEA
- 5011 CA 15-3
- 5012 CA 125
- 5013 CA 19-9
- 3029 CA 72-4
- 5015 PSA
- 3036 PSA libre (porcentaje)
- 5025 CH-50 complemento total
- 3041 Anti CCP
- Otros _____

INMUNOSEROLOGIA

- 5033 Crio globulinas
- 3010 ANA
- 3013 Anti DNA doble cadena
- 3052 C ANCA
- 3048 PANCA
- 3015 Células LE
- 3023 ANCA
- 3042 SM
- 3043 RNP
- 3044 SCL-70
- 3045 SS/A (anti Ro)
- 3046 SS/B (anti La)
- 3047 JO-1
- 3053 ENA
- 3025 Acs Cardiolipinas IgG
- 3026 Acs Cardiolipinas IgM
- 5037 Anticoagulante lúpico
- 3024 Acs Epstein Baar IgM (VCA)
- 3035 Ag Criptococos neoform
- 5017 Acs Cisticercosis (sangre)
- 5030 Acs Micoplasma Pneumoni
- 5031 Acs Chlamydia IgM
- 7014 Helicobacter pilory heces
- 3011 Helcobacter pilory suero
- 3049 Helicobacter pilory aliento
- 5016 Toxoplasma IgG
- 5026 Toxoplasma IgM
- 5022 Rubéola IgG
- 5027 Rubéola IgM
- 5023 Citomegalovirus IgG
- 5024 Citomegalovirus IgM
- 5035 Herpes Virus tipo 1
- 3014 MHA-TP
- 3001 Factor Reumatoideo
- 3002 ASO
- 3016 PCR
- 3003 RPR
- 3054 VDRL en LCR
- 3004 Acs Mononucleosis
- 3005 Prueba de embarazo
- 20 Antigenos febriles
- 3051 Ag. Brucella abortus
- 6500 HIV
- 6501 HIV-PTV manual
- 6503 HIV confirmatorio
- 6510 Anti HAV IgM
- 6511 Serología para chagas
- 6512 Ac. Contra el Ag e de VHB
- 6518 Ag. e de Hepatitis B
- 6513 Antic. Núcleo Hepatitis B IgM
- 6514 Ac. Contra AG nuclear VHB
- 6515 Linfocitos CD4
- 6519 Ac. contra Ag. superficie VHB
- 6520 Antigenos superficie Hepatitis B
- 6530 Anticuerpos Hepatitis C
- 6516 Coombs Directo
- 6517 Coombs indirecto
- 6502 Tipo RH
- 6504 Crioaglutininas
- Otros estudios _____

CODIGO SAP 2300773

NOTA: Esta hoja no debe contener manchas ni borrones, de lo contrario no se recibirá en la recepción del laboratorio y los datos generales deben ir completos

Alimentación durante el primer año de vida

Marque con una X en la casilla del mes en que se inicia la alimentación.

ALIMENTOS	Edad en meses cumplidos												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Leche materna	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vegetales													
Frutas (excepto cítricos)													
Maíz													
Arroz													
Otros cereales (pan, avena)													
Carne (hígado, pollo, pescado)													
Huevo													
Frijoles													
Derivados de la leche													
Agua u otros líquidos													
Otros leches													

Suplementación de Micronutrientes

HIERRO

	4to mes	5to mes	6to mes	7mo mes	8vo mes	9no mes	10mo mes	11vo mes	12vo mes
1 año									
2 años									
3 años									
4 años									

Cada año suplementar por tres meses consecutivos
Niño prematuro o con un peso menor a 2,500 gr., iniciar suplementación a los 30 días.

ZINC

	6 meses	1 año	2 años	3 años	4 años
1 año					
2 años					
3 años					
4 años					

Desparasitación

	2 años	3 años	4 años
2 años			
3 años			
4 años			

TAMIZAJE

Hipotiroidismo	Fenilcetonuria	Cardiopatía Conjunta
Galactosemia	Hiperplasia suprarrenal congénita	Fibrosis Quística
		Otros

GUIA DE VACUNACIÓN

VACUNA	EDAD	DOSIS/REFUERZO
BCG (Formas Graves de Tuberculosis)	Recién nacido(a)	Dosis única
Polio (VIP/OP)	2 meses 4 meses 6 meses 18 meses	Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis Cuarta (refuerzo)
Pentavalente ¹ DPT-Hep B-Hib	2 meses 4 meses 6 meses	Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis
Neumococo	2 meses 4 meses 6 meses	Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis
Rotavirus	2 meses 4 meses	Primera dosis Segunda dosis
DPT (Difteria, Tos Ferina y Tetanos)	18 meses	Primera refuerzo
SRP (Sarampión, Rubéola y Parófilis)	12 meses	Dosis única
Hepatitis B	1, 2, 4 años Recién nacido(a) 6 meses después de la primera dosis 1 mes después de la segunda dosis 6 meses después de la tercera dosis	Una dosis Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis
VPH (Virus Papiloma Humano)	11 años primer contacto 16 meses después de la primera dosis 11 años	Primera dosis Segunda dosis Refuerzo y luego cada 10 años
Td (Tetanos, Difteria y Pertusis)	Recién nacido(a) no vacunado(a) Primer contacto 1 mes después de la primera dosis 6 meses después de la segunda dosis 1 año después de la tercera dosis 1 año después de la cuarta dosis Grupos en riesgo	Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis Cuarta dosis Quinta dosis
SR (Sarampión, Rubéola) INFLUENZA	Mayores de 2 años no vacunados Grupos en riesgo	Dosis única Dosis anual

¹ Jornada Nacional de Vacunación ² Difteria, Tos ferina, Tetanos, Hepatitis B, Meningitis por Hib ³ En Campaña de seguimiento

CONTROL DE VACUNAS

VACUNAS	FECHA DE APLICACIÓN DE DOSIS						
	Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta Dosis	Quinta Dosis	Refuerzos Primero	Refuerzos Segundo
Hepatitis B (Recién Nacidos)							
BCG							
Polio (VIP)							
Polio (VOP/Sabin)							
Pentavalente DPT-Hep B-Hib							
Neumococo							
Rotavirus							
SRP (Sarampión, Rubéola y Parófilis)							
DPT (Difteria, Tos Ferina y Tetanos)							
Hepatitis B							
VPH (Virus Papiloma Humano)							
Td (Tetanos, Difteria y Pertusis)							
Influenza							
* Dosis Adicional Sabin							
** Dosis Adición SRP							
Otras vacunas, Especificar							
Vitamina A							

* En Jornada Nacional de Vacunación ** En Campañas de Seguimiento

Iniciar lactancia materna exclusiva al nacer hasta los seis meses de edad. A partir de los seis meses de edad iniciar con agua, otros alimentos y continuar la lactancia materna hasta los 2 años.

Desarrollo de los niños

DE 0 A 3 MESES

- Controla la cabeza
- Abre el puño de las manos
- Busca la fuente del sonido
- Reconoce a su cuidador
- Sigue el movimiento de objetos con la cabeza

DE 4 A 6 MESES

- Se voltea parcialmente
- Agarra un objeto, uno en cada mano
- Mueve el chinchín por imitación
- Pronuncia cuatro o más sonidos diferentes: ba-ba, ma-ma, ta-ta

DE 7 A 9 MESES

- Se sienta solo sin ayuda
- Agarra objetos pequeños con dos dedos pulgares e índice
- Pronuncia palabras de dos sílabas iguales
- Coopera con juegos (palmitas o aplausos)
- Juega a esconder su cara
- Se pone boca abajo y se acomoda para gatear

DE 10 A 12 MESES

- Se para con ayuda y da pasos laterales
- Golpea un objeto contra otro sosteniendo uno de cada mano a la vez
- Entiende órdenes simples, comprende el significado de "sí" y "no".
- Tararea más palabras: pan, agua, oso, dada...
- Se identifica a sí mismo por su nombre.

DE 13 A 18 MESES

- Esta de pie hasta caminar sin ayuda.
- Mancha, raya o pinta sobre una superficie
- Come sin ayuda, colabora al vestirse y al desvestirse
- Combina dos palabras (diferentes a papá y mamá)

DE 19 A 24 MESES

- Sube escaleras tomado del pasamano.
- Habla con frases cortas y sigue órdenes simples.
- Controla en el día su orina

DE 25 A 36 MESES

- Camina hacia atrás y salta en el mismo lugar
- Intenta unir palabras para expresar sus ideas, usa palabras yo o mío.
- Se lava y se seca las manos
- Se alegra, se enoja y le gusta bailar
- Separa y agrupa objetos por su forma

DE TRES A CUATRO AÑOS

- Le gusta jugar con otros niños al aire libre, jugar con agua, arena, pelotas, dibujar
- Es sociable, conversador y curioso.
- Cumple órdenes complejas
- Se visto solo.
- Avisa cuando desea orinar y/o defecar

Control Odontológico

	6 meses	1 año	2 años	3 años	4 años
6 meses					
1 año					
2 años					
3 años					
4 años					

A partir de los dos años este pendiente de desparasitar a su hijo dos veces al año. Consulte al establecimiento de salud.

Siempre que acuda a la unidad de salud porte esta tarjeta



República de Honduras



Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

No. de Identidad niño: _____

Padre: _____

Madre: _____

No. de Identidad: _____

No en el Listado LINVI: _____

Edad de Captación: _____

Domicilio: _____

Establecimiento de Salud: _____

Código 2300987



Alimentación durante el primer año de vida

Marque con una X en la casilla del mes en que se inicia la alimentación.

ALIMENTOS

Alimento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Leche materna	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vegetales													
Frutas (excepto cítricos)													
Maíz													
Arroz													
Otros cereales (pan, avena)													
Carne (hígado, pollo, pescado)													
Huevo													
Frijoles													
Derivados de la leche													
Agua u otros líquidos													
Otros leches													

Suplementación de Micronutrientes

HIERRO

Edad	4to mes	5to mes	6to mes	7mo mes	8vo mes	9no mes	10mo mes	11vo mes	12vo mes
1 año									
2 años									
3 años									
4 años									

Cada año suplementar por tres meses consecutivos

Niño prematuro o con un peso menor a 2,500 gr., iniciar suplementación a los 30 días.

ZINC

Edad	6 meses	1 año	2 años	3 años	4 años
6 meses					
1 año					
2 años					
3 años					
4 años					

Desparasitación

Edad	2 años	3 años	4 años
2 años			
3 años			
4 años			

TAMIZAJE

Hipotiroidismo	Fenilcetonuria	Cardiopatía Conjunta
Galactosemia	Hiperplasia suprarrenal congénita	Fibrosis Quística
		Otros

GUIA DE VACUNACION

VACUNA	EDAD	DOSIS/REFUERZO
BCG (Formas Graves de Tuberculosis)	Recién nacido(a)	Dosis única
Polio (VIP/NOPI)	2 meses 4 meses 6 meses 18 meses menores de 5 años	Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis Refuerzo Dosis adicional ¹
Pentavalente ² DPT-Hep B-Hib	2 meses 4 meses 6 meses	Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis
Neumococo	2 meses 4 meses 6 meses	Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis
Rotavirus	2 meses 4 meses	Primera dosis Segunda dosis
DPT (Difteria, Tos Ferina y Tetanos)	18 meses 4 años	Primera dosis Segunda dosis
SRP (Sarampión, Rubéola y Parotiditis)	12 meses 1 - 4 años Recién nacidos(as) Grupos en riesgo al primer contacto 1 mes después de la primera dosis 6 meses después	Dosis única Dosis adicional ³ Una dosis Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis
Hepatitis B	11 años primer contacto 6 meses después de la primera dosis 11 años	Primera dosis Segunda dosis Refuerzo y luego cada 10 años
VPH (Virus Papiloma Humano)	11 años	Refuerzo y luego cada 10 años
Td (Tóxide Tetánico y Difterico)	Embarazadas no vacunadas: Primer Contacto 1 mes después de la primera dosis 6 meses después de la segunda dosis 1 año después de la tercera dosis 1 año después de la cuarta dosis Grupos en riesgo Primer Contacto 1 mes después de la primera dosis 6 meses después de la segunda dosis Cada 10 años	Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis Cuarta dosis Quinta dosis Primera dosis Segunda dosis Tercera dosis Refuerzo
SR (Sarampión, Rubéola) INFLUENZA	Mayores de 5 años no vacunados Grupos en riesgo	Dosis única Dosis anual

¹ Jornada Nacional de Vacunación ² Difteria, Tos ferina, Tetanos, Hepatitis B, Meningitis por Hib ³ En Campaña de seguimiento

CONTROL DE VACUNAS

VACUNAS	FECHA DE APLICACIÓN DE DOSIS					
	Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta Dosis	Quinta Dosis	Refuerzos Primero Segundo
Hepatitis B (Recién Nacidos)						
BCG						
Polio (VPI)						
Polio (VOP/Sabin)						
Pentavalente DPT-Hep B-Hib						
Neumococo						
Rotavirus						
SRP (Sarampión, Rubéola y Parotiditis)						
DPT (Difteria, Tos Ferina y Tetanos)						
Hepatitis B						
VPH (Virus Papiloma Humano)						
Td (Tóxide Tetánico y Difterico)						
Influenza						
* Dosis Adicional Sabin						
** Dosis Adicional SRP						
Otras vacunas, Españolizar						
Vitamina A						

* En Jornada Nacional de Vacunación

** En Campañas de Seguimiento

Iniciar lactancia materna exclusiva al nacer hasta los seis meses de edad. A partir de los seis meses de edad iniciar con agua, otros alimentos y continuar la lactancia materna hasta los 2 años.

Desarrollo de las niñas

DE 0 A 3 MESES

- Controla la cabeza
- Abre el puño de las manos
- Busca la fuente del sonido
- Reconoce a su cuidador
- Sigue el movimiento de objetos con la cabeza

DE 4 A 6 MESES

- Se voltea parcialmente
- Agarra un objeto, uno en cada mano
- Mueve el chinchín por imitación
- Pronuncia cuatro o más sonidos diferentes: ba-ba, ma-ma, ta-ta

DE 7 A 9 MESES

- Se sienta sola sin ayuda
- Agarra objetos pequeños con dos dedos pulgares e índice
- Pronuncia palabras de dos sílabas iguales
- Coopera con juegos (palmitas o aplausos)
- Juega a esconder su cara
- Se pone boca abajo y se acomoda para gatear

DE 10 A 12 MESES

- Se para con ayuda y da pasos laterales
- Golpea un objeto contra otro sosteniendo uno de cada mano a la vez
- Entiende órdenes simples, comprende el significado de "sí" y "no".
- Tararea más palabras: pan, agua, oso, dada...
- Se identifica a sí misma por su nombre.

DE 13 A 18 MESES

- Esta de pie hasta caminar sin ayuda.
- Mancha, raya o pinta sobre una superficie
- Come sin ayuda, colabora al vestirse y al desvestirse
- Combina dos palabras (diferentes a papá y mamá)

DE 19 A 24 MESES

- Sube escaleras tomada del pasamano.
- Habla con frases cortas y sigue órdenes simples.
- Controla en el día su orina

DE 25 A 36 MESES

- Camina hacia atrás y salta en el mismo lugar
- Intenta unir palabras para expresar sus ideas, usa palabras yo o mío.
- Se lava y se seca las manos
- Se alegra, se enoja y le gusta bailar
- Separa y agrupa objetos por su forma

DE TRES A CUATRO AÑOS

- Le gusta juegos con otros niños al aire libre, jugar con agua, arena, pelotas, dibujar
- Es sociable, conversadora y curiosa.
- Cumple órdenes complejas
- Se viste sola.
- Avisa cuando desea orinar y/o defecar

Control Odontológico

Edad	6 meses	1 año	2 años	3 años	4 años
6 meses					
1 año					
2 años					
3 años					
4 años					

A partir de los dos años este pendiente de desparasitar a su hijo dos veces al año. Consulte al establecimiento de salud.

Siempre que acuda a la unidad de salud porte esta tarjeta



República de Honduras

TARJETA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA



Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

No. de Identidad niño: _____

Padre: _____

Madre: _____

No. de Identidad: _____

No en el Listado LINVI: _____

Edad de Captación: _____

Domicilio: _____

Establecimiento de Salud: _____

Código 2300988



Desarrollo del niño



DE 0 A 1 MESES

- Patalea
- Sigue objetos con la mirada horizontalmente
- Parpadea ante la presencia súbita de la mano
- Reacciona a las caricias o arrullos
- Reacciona a sonidos fuertes

DE 1 A 2 MESES

- Extiende brazos y piernas libremente
- Sigue objetos con la mirada verticalmente
- Hace sonidos con la garganta
- Reacciona o se calma con la voz humana
- Reacciona pestañeando ante la luz intensa

DE 2 A 3 MESES

- Controla la cabeza
- Abre el puño de las manos
- Busca fuente del sonido
- Reconoce a su cuidador
- Voltea la cabeza siguiendo el movimiento de los objetos
- Emite sonidos

DE 3 A 4 MESES

- Levanta la parte superior de su cuerpo, apoyándose en los antebrazos
- Abre y mira sus manos
- Pone atención a la conversación
- Sigue con la cabeza movimientos horizontalmente, desde el centro de su cabeza

DE 4 A 5 MESES

- Intenta incorporarse tomado de las manos.
- Trata de coger objetos cercanos con cada mano
- Imita los sonidos con a,o,u.
- Ríe a carcajadas respondiendo a las cosquillas
- Agarra un objeto, lo observa y se lo lleva a la boca

DE 5 A 6 MESES

- Se voltea parcialmente
- Agarra un objeto uno en cada mano
- Conversa con sonidos repetidos: ba ba, mama, ta ta ta.
- Extiende sus manos a las personas
- Mueve el chichín por su imitación.

DE 6 A 7 MESES

- Se voltea completamente
- Agarra objetos pequeños con los dedos
- Atiende y responde con gesto de manos y cara
- Demuestra preferencia por objetos y personas
- Explora activamente con las manos

DE 7 A 8 MESES

- Lleva los pies y las manos hacia la boca
- Usa el dedo índice para explorar
- Pronuncia palabras de dos sílabas iguales: mama, papa, agu
- Distingue conocidos de desconocidos y reacciona
- Lanza un objeto y lo sigue con la mirada

DE 8 A 9 MESES

- Gatea utilizando sus dos manos y sus dos rodillas
- Recoge objetos pequeños con los dedos pulgar e índice
- Se despide o saluda con gestos de la mano
- Coopera con juegos como hacer tortillitas
- Juega a esconder su cara

DE 9 A 10 MESES

- Cambia de posición de acostado a sentado
- Sostiene objetos uno en cada mano a la vez
- Niega con movimientos de cabeza
- Expresa sentimientos de afecto
- Sigue con la mirada y descubre un objeto escondido

DE 10 A 11 MESES

- Gatea bien
- Mete y saca objetos de una taza
- Comprende el significado de "sí" y "no"
- Intenta comer sin ayuda
- Juega a lanzar objetos para que se los devuelvan

DE 11 A 12 MESES

- Se para, se sostiene y da pasos laterales agarrándose.
- Entiende órdenes simples
- Se identifica a sí mismo por su nombre
- Tararea más palabras: pan, agua, oso, dada, mamá...
- Se mueve y trata de seguir el ritmo de la música

DE 12 A 18 MESES

- Se mantiene parado momentáneamente sin apoyarse.
- Camina sin ayuda
- Raya, pinta, mancha con intensidad sobre una superficie
- Hace torre de tres cubos
- Nombra un objeto

DE 12 A 18 MESES

- Dice al menos dos palabras distintas a mamá y papá
- Come sin ayuda utilizando un utensilio
- Colabora al vestirse y desvestirse
- Utiliza un objeto largo para alcanzar otro objeto
- Anticipa con la mirada, la salida de un objeto

DE 18 A 24 MESES

- Salta cuando alguien lo sujeta de las manos
- Sube escaleras con ayuda
- Abre y tapa bien un recipiente redondo
- Verbalmente pide al menos tres cosas familiares
- Reconoce por lo menos cinco partes del su cuerpo
- Reconoce por su nombre al menos tres objetos familiares en una foto

DE 24 A 30 MESES

- Se para en un pie con ayuda
- Encaja bien dos círculos de diferente tamaño
- Imita garabatos circulares
- Utiliza frases de dos a tres palabras
- Muestra sus emociones: alegría, enojo, tristeza, otros
- Le gusta bailar

DE 30 A 36 MESES

- Camina hacia atrás, arrastando un juguete
- Salta en el mismo lugar, con los pies juntos
- Enrosca y desenrosca la tapa de un frasco
- Copia el círculo
- Conoce por su nombre al menos cinco objetos que le son familiares

DE 30 A 36 MESES

- Le gusta repetir cantos o rimas simples
- Intenta unir palabras para expresar sus ideas.
- Usa las palabras, "yo" o "mío"
- Dice los nombres de familiares cercanos
- Lava y seca las manos
- Separa y agrupa objetos por su forma

MAYOR DE TRES AÑOS

- Es sociable, conversador y curioso, pregunta por todo.
- Le gusta jugar al aire libre con otros niños
- Cumple órdenes completas
- Se viste solo.
- Avisa cuando desea orinar/defecar(de 24 a 48 meses).
- Le gusta juegos de representación de personas, le encanta jugar con agua, arena, plastilina, pelotas, dibujar, colorear...

Control Odontológico	
6 meses	
1 año	
2 años	
3 años	
4 años	

TAMIZAJE	
+ y/o -	+ y/o -
Hipotiroidismo	Fenilcetonuria
+ y/o -	+ y/o -
Cardiopatía Conjunta	Galactosemia
+ y/o -	+ y/o -
Hipotiroidismo	Fenilcetonuria
+ y/o -	+ y/o -
Otros	

República de Honduras | Instituto Hondureño de Seguridad Social Historia clínica del niño (ambulatoria)



Nombre Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

No. de Identidad niño Padre

Madre No. de Identidad No en el Listado LINVI

Edad de Captación Domicilio

Establecimiento de Salud

Este color significa ALERTA

Antecedentes perinatales

NACIMIENTO

Médico Enfermera Partera Aux. Enf. Otro

PESO AL NACER: g Menor de 2500 g.

TALLA AL NACER: cm PER CEF: cm

No. de Nacimiento: Apego precoz: SI NO

EDAD GESTAC. AL NACER

Semana Gestacional: menor 37 mayor 41

Patologías RN

Ninguno Mem. Hial Apneas Infección Sifilis S.D.R. asp Hemorrag. Neurolpg. Otras Otros S.D.R. Hiperbil. Anom Cong

Condición de RN

Sano Con patología

Intervalo Intergenésico

-24 meses +24 meses

Recibió lactancia materna exclusiva: SI NO

CONTROL DE VACUNAS

VACUNAS	FECHA DE APLICACIÓN DE DOSIS					
	Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta Dosis	Quinta Dosis	Refuerzos Primero Segundo
Hepatitis B (Recién Nacidos)						
BCG						
Polio (VPI)						
Polio (VOP/Sabin)						
Pentavalente DPT-Hep B-Hib						
Neumococo						
Rotavirus						
SRP (Sarampión, Rubéola y Paperas)						
DPT (Difteria, Tos Ferina y Tétanos)						
Hepatitis B						
VPH Humano						
Td (Toxoides Tetánico y Difterico)						
Influenza						
* Dosis Adicional Sabin						
** Dosis Adicional SRP						
Otras vacunas, Especificar						
Vitamina A						

* En Jornada Nacional de Vacunación

** En Campañas de Seguimiento

Suplementación de Micronutrientes

VITAMINA "A"	Dar 100,000 UI		Dar 200,000 UI			
	6 a 11 meses	1 año	2 años	3 años	4 años	
Primera dosis						
Segunda dosis						

ZINC	Dar 100,000 UI			
	6 meses	1 año	2 años	3 años
6 meses				
1 año				
2 años				
3 años				
4 años				

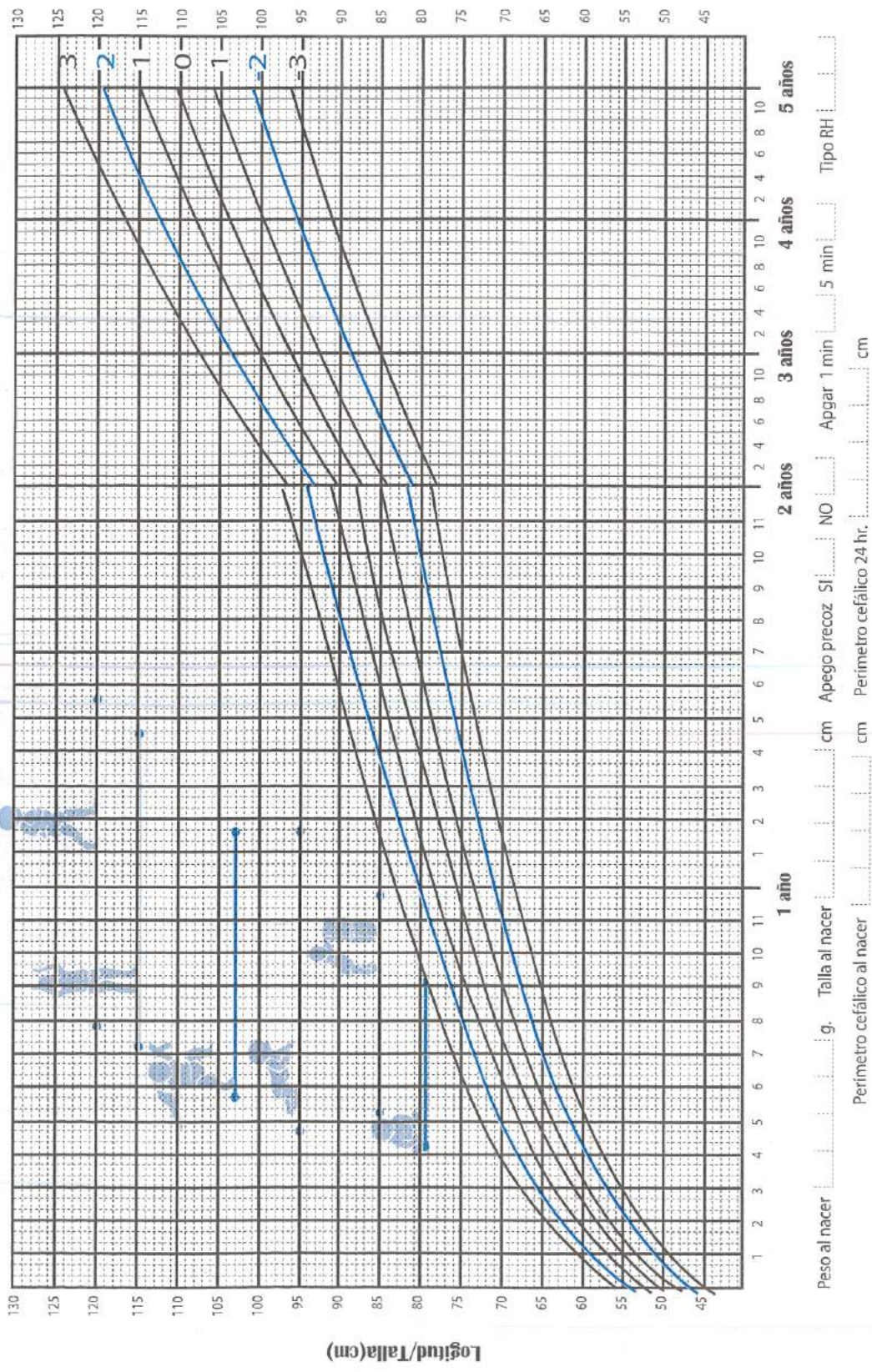
HIERRO	Dar 100,000 UI											
	4to mes	6to mes	6to mes	7to mes	8to mes	8to mes	9to mes	10to mes	10to mes	11to mes	11to mes	12to mes
1 año												
2 años												
3 años												
4 años												

Niño prematuro o con un peso menor a 2.500 gr., iniciar suplementación a los 30 días.

Desparasitación

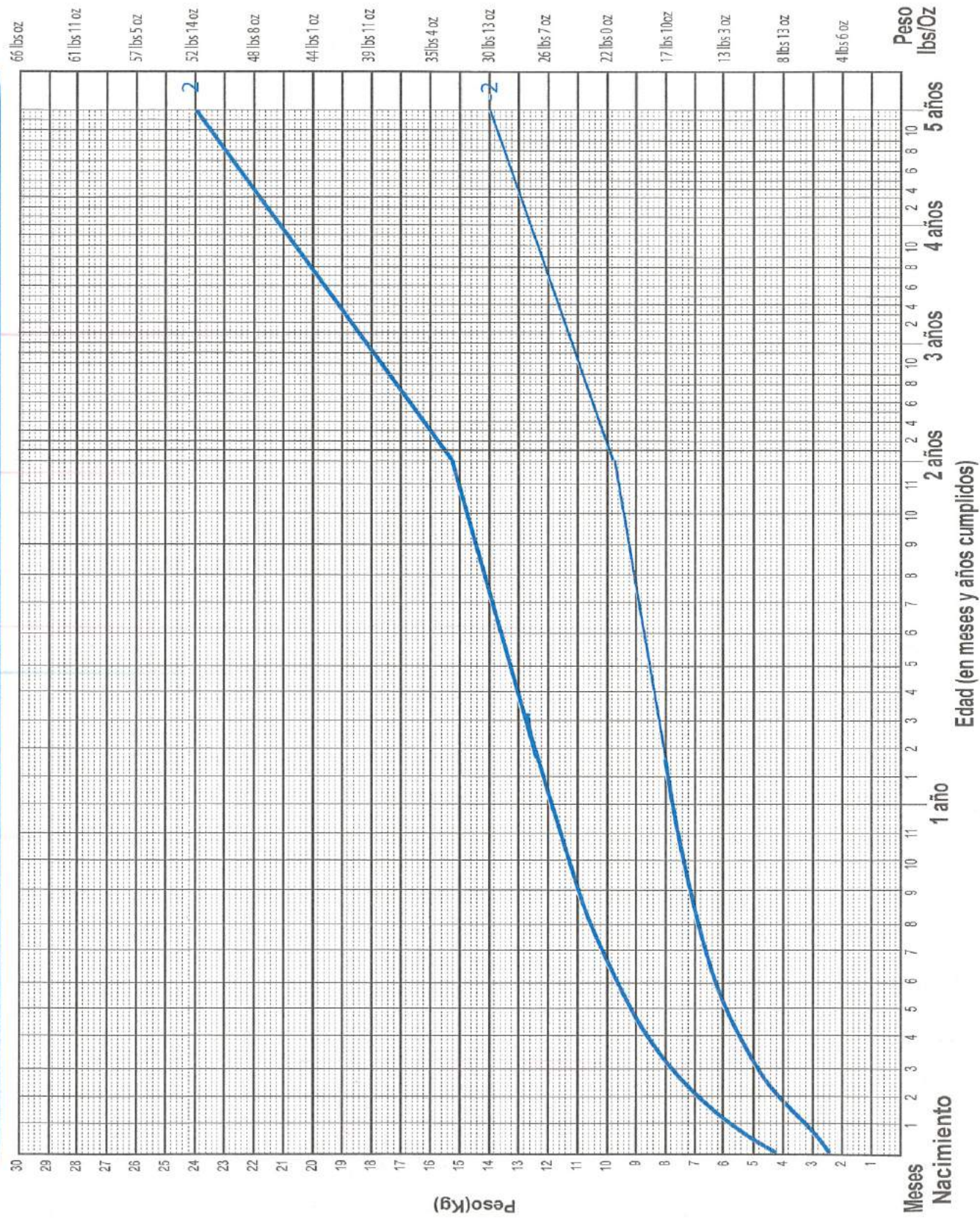
2 años	
3 años	
4 años	

Gráfica de crecimiento Longitud - Talla / Edad del niño



FECHA
EDAD
PESO
TALLA
P.C.

Gráfica de crecimiento Peso / edad del niño



Meses
Nacimiento

Desarrollo de la niña



DE 0 A 1 MESES

- Patalea
- Sigue objetos con la mirada horizontalmente
- Parpadea ante la presencia súbita de la mano
- Reacciona a las caricias o arrullos
- Reacciona a sonidos fuertes

DE 1 A 2 MESES

- Extiende brazos y piernas libremente
- Sigue objetos con la mirada verticalmente
- Hace sonidos con la garganta
- Reacciona o se calma con la voz humana
- Reacciona pestañeando ante la luz intensa

DE 2 A 3 MESES

- Controla la cabeza
- Abre el puño de las manos
- Busca fuente del sonido
- Reconoce a su cuidador
- Voltea la cabeza siguiendo el movimiento de los objetos
- Emite sonidos

DE 3 A 4 MESES

- Levanta la parte superior de su cuerpo, apoyándose en los antebrazos
- Abre y mira sus manos
- Pone atención a la conversación
- Sigue con la cabeza movimientos horizontalmente, desde el centro de su cabeza

DE 4 A 5 MESES

- Intenta incorporarse tomado de las manos.
- Trata de coger objetos cercanos con cada mano
- Imita los sonidos con a,o,u.
- Ríe a carcajadas respondiendo a las cosquillas
- Agarra un objeto, lo observa y se lo lleva a la boca

DE 5 A 6 MESES

- Se voltea parcialmente
- Agarra un objeto uno en cada mano
- Conversa con sonidos repetidos: ba ba, mama, ta ta ta.
- Extiende sus manos a las personas
- Mueve el chichín por su imitación.

DE 6 A 7 MESES

- Se voltea completamente
- Agarra objetos pequeños con los dedos
- Atiende y responde con gesto de manos y cara
- Demuestra preferencia por objetos y personas
- Explora activamente con las manos

DE 7 A 8 MESES

- Lleva los pies y las manos hacia la boca
- Usa el dedo índice para explorar
- Pronuncia palabras de dos sílabas iguales: mama, papa, agu
- Distingue conocidos de desconocidos y reacciona
- Lanza un objeto y lo sigue con la mirada

DE 8 A 9 MESES

- Gatea utilizando sus dos manos y sus dos rodillas
- Recoge objetos pequeños con los dedos pulgar e índice
- Se despide o saluda con gestos de la mano
- Coopera con juegos como hacer tortillitas
- Juega a esconder su cara

DE 9 A 10 MESES

- Cambia de posición de acostado a sentado
- Sostiene objetos uno en cada mano a la vez
- Niega con movimientos de cabeza
- Expresa sentimientos de afecto
- Sigue con la mirada y descubre un objeto escondido

DE 10 A 11 MESES

- Gatea bien
- Mete y saca objetos de una taza
- Comprende el significado de "sí" y "no"
- Intenta comer sin ayuda
- Juega a lanzar objetos para que se los devuelvan

DE 11 A 12 MESES

- Se para, se sostiene y da pasos laterales agarrándose.
- Entiende órdenes simples
- Se identifica a sí mismo por su nombre
- Tararea más palabras: pan, agua, oso, dada, mamá...
- Se mueve y trata de seguir el ritmo de la música

DE 12 A 18 MESES

- Se mantiene parado momentáneamente sin apoyarse.
- Camina sin ayuda
- Raya, pinta, mancha con intensidad sobre una superficie
- Hace torre de tres cubos
- Nombra un objeto

DE 12 A 18 MESES

- Dice al menos dos palabras distintas a mamá y papá
- Come sin ayuda utilizando un utensilio
- Colabora al vestirse y desvestirse
- Utiliza un objeto largo para alcanzar otro objeto
- Anticipa con la mirada, la salida de un objeto

DE 18 A 24 MESES

- Salta cuando alguien lo sujeta de las manos
- Sube escaleras con ayuda
- Abre y tapa bien un recipiente redondo
- Verbalmente pide al menos tres cosas familiares
- Reconoce por lo menos cinco partes del su cuerpo
- Reconoce por su nombre al menos tres objetos familiares en una foto

DE 24 A 30 MESES

- Se para en un pie con ayuda
- Encaja bien dos círculos de diferente tamaño
- Imita garabatos circulares
- Utiliza frases de dos a tres palabras
- Muestra sus emociones: alegría, enojo, tristeza, otros
- Le gusta bailar

DE 30 A 36 MESES

- Camina hacia atrás, arrastrando un juguete
- Salta en el mismo lugar, con los pies juntos
- Enrosca y desenrosca la tapa de un frasco
- Copia el círculo
- Conoce por su nombre al menos cinco objetos que le son familiares

DE 30 A 36 MESES

- Le gusta repetir cantos o rimas simples
- Intenta unir palabras para expresar sus ideas.
- Usa las palabras, "yo" o "mío"
- Dice los nombres de familiares cercanos
- Lava y seca las manos
- Separa y agrupa objetos por su forma

MAYOR DE TRES AÑOS

- Es sociable, conversador y curioso, pregunta por todo.
- Le gusta jugar al aire libre con otros niños
- Cumple órdenes completas
- Se viste solo.
- Avisa cuando desea orinar/o defecar(de 24 a 48 meses).
- Le gusta juegos de representación de personas, le encanta jugar con agua, arena, plastilina, pelotas, dibujar, colorear...

Control Odontológico

Edad	Control
6 meses	
1 año	
2 años	
3 años	
4 años	

TAMIZAJE

Edad	Control
6 meses	Hipotiroidismo + y/o - Fenilcetonuria + y/o -
1 año	Hipotiroidismo + y/o - Fenilcetonuria + y/o -
2 años	Cardiopatía Conjunta + y/o - Galactosemia + y/o -
3 años	Hipotiroidismo + y/o - Fenilcetonuria + y/o -
4 años	Otros

República de Honduras | Instituto Hondureño de Seguridad Social

Historia clínica de la niña (ambulatoria)



Nombre Fecha de Nacimiento: Día [] Mes [] Año []

No. de Identidad niño [] Padre []

Madre No. de Identidad [] No en el Listado LINVI []

Edad de Captación [] Domicilio []

Establecimiento de Salud []

Antecedentes perinatales

NACIMIENTO: Médico Enfermera Partera Aux. Enf. Otro

PESO AL NACER: [] g. Menor de 2500 g.

TALLA AL NACER: [] cm. PER CEF. [] cm. Apego precoz: SI NO

EDAD GESTAC. AL NACER: [] Sem. Gestacional. Patologías RN: Ninguno Mem. Hial Apneas Infección Sifilis S.D.R. asp Hemorrag. Neurolpg. Otras Otros S.D.R. Hiperbil. Anom Cong

Condición de RN: Sano Con patología

Intervalo intergenésico: -24 meses +24 meses

Recibió lactancia materna exclusiva: SI NO

CONTROL DE VACUNAS

VACUNAS	FECHA DE APLICACIÓN DE DOSIS					Refuerzos	
	Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta Dosis	Quinta Dosis	Primero	Segundo
Hepatitis B (Recién Nacidos)							
BCG							
Polio (VPI)							
Polio (VOP/Sabin)							
Pentavalente DPT-Hep B-Hib							
Neumococo							
Rotavirus							
SRP (Sarampión, Rubéola y Paperas)							
DPT (Difteria, Tos Ferina y Tétanos)							
Hepatitis B							
VPH (Virus Papiloma Humano)							
Td (Toxide Tetánico y Difterico)							
Influenza							
* Dosis Adicional Sabin							
** Dosis Adicional SRP							
Otras vacunas, Especificar							
Vitamina A							

Suplementación de Micronutrientes

VITAMINA "A"

Dar 100,000 UI Dar 200,000 UI

	6 a 11 meses	1 año	2 años	3 años	4 años
Primera dosis					
Segunda dosis					

ZINC

Edad	Control
6 meses	
1 año	
2 años	
3 años	
4 años	

HIERRO

	4to mes	6to mes	6to mes	7to mes	8to mes	8to mes	10to mes	11to mes	12to mes
1 año									
2 años									
3 años									
4 años									

Niño prematuro o con un peso menor a 2,500 gr., iniciar suplementación a los 30 días.

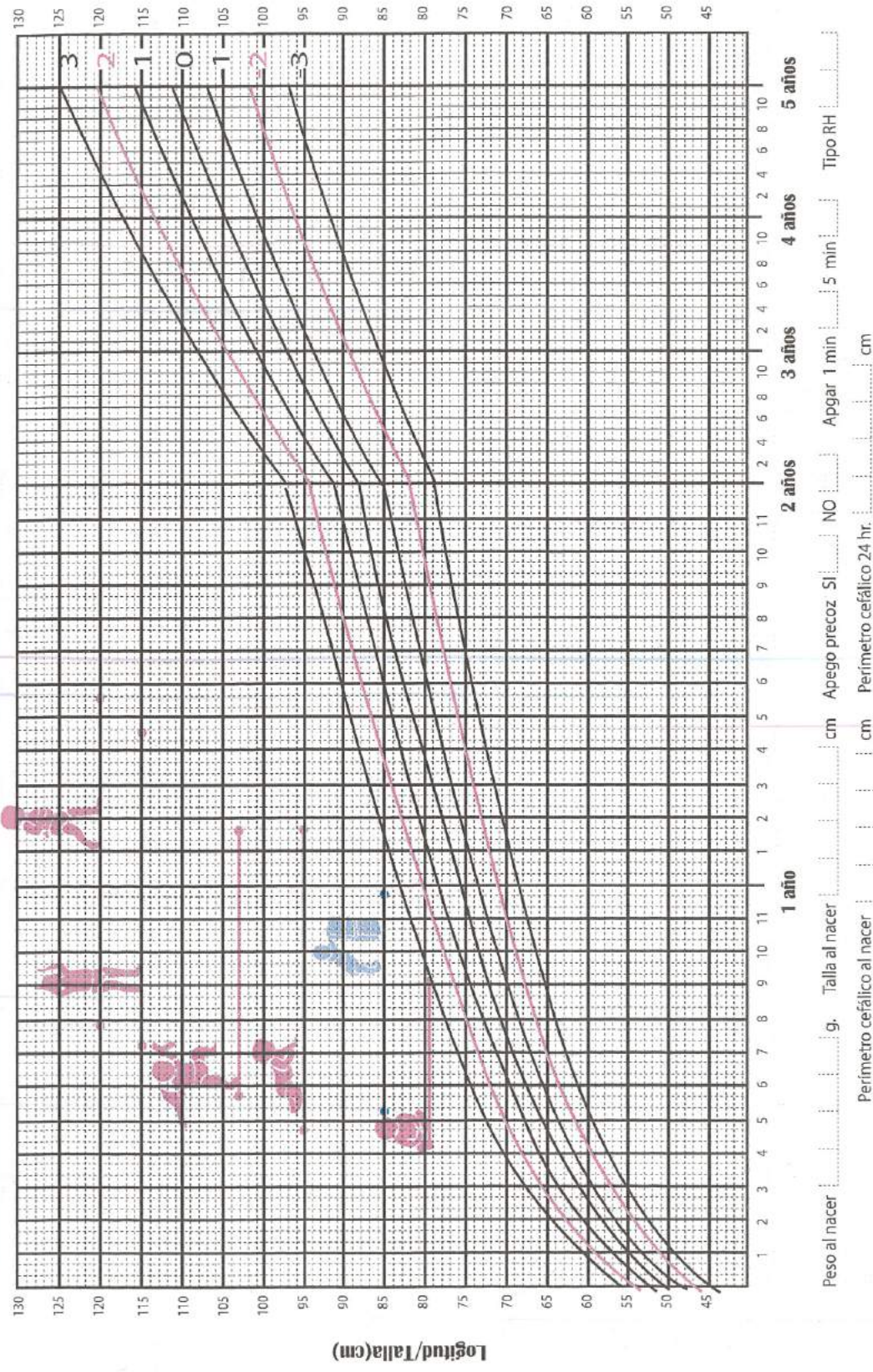
Desparasitación

Edad	Control
2 años	
3 años	
4 años	

Gráfica de crecimiento Longitud - Talla / Edad



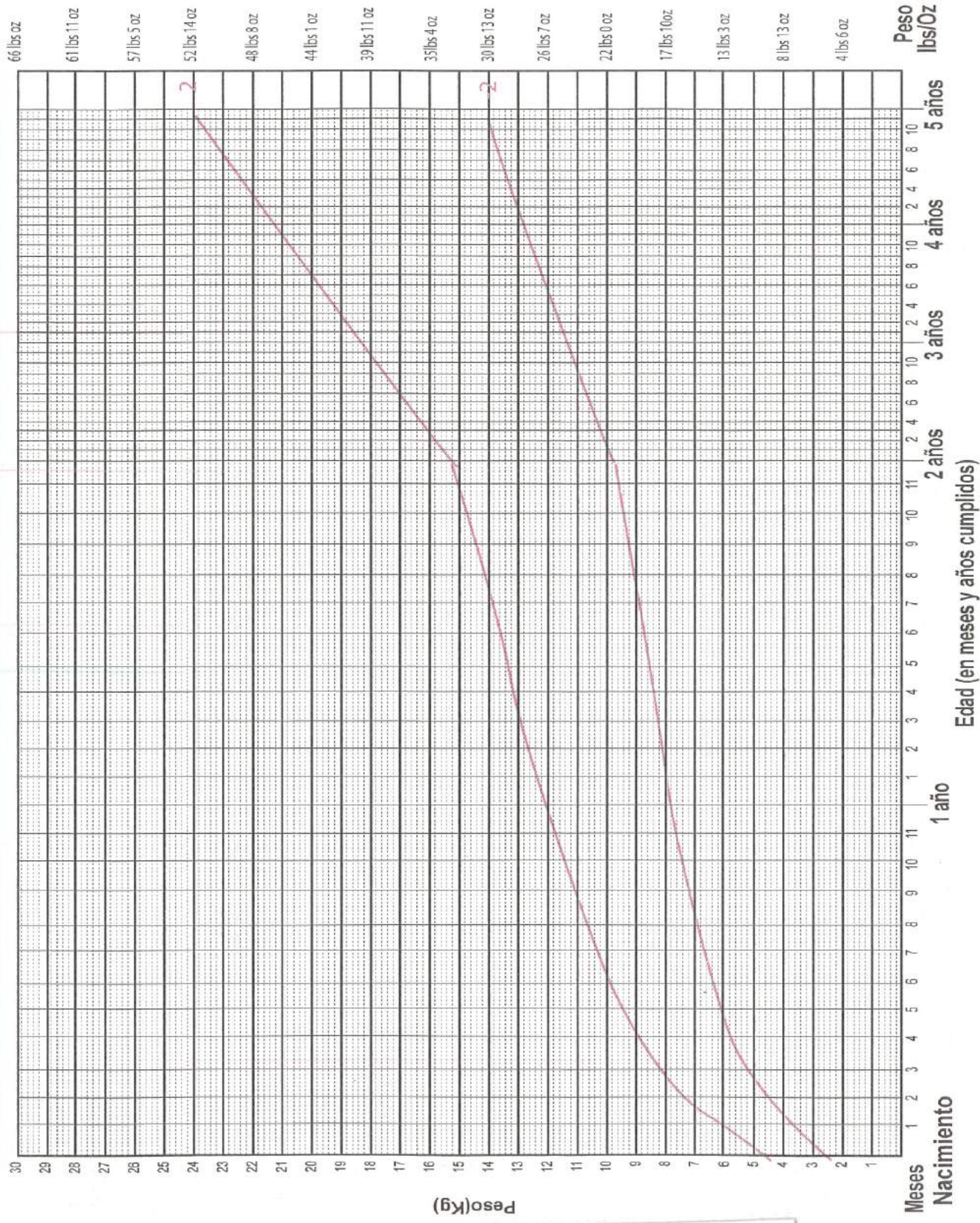
del niño



FECHA
EDAD
PESO
TALLA
P.C.

Gráfica de crecimiento Peso / edad

de la niña



**Solicitud de Examen de la Infección
 Del virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)**

IDA

Fecha de solicitud: día mes año Nombre del establecimiento: Código del establecimiento: Tipo:

Fecha de extracción: día mes año N° muestra: 1ra. 2da. 3ra. 4ta. Región: Sala (hospital):

Nombres y Apellidos: No. Expediente:
 Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

N° Identidad: 11. Fecha de nacimiento: día mes año 12. Edad: días meses años

Sexo: Hombre Mujer Nacionalidad:

Grupo étnico (auto identificación): Mestizo Negro/Inglés Pech Lenca Chorri Garífuna Tolupan Misquito Tawano Otros:

Dirección permanente (en los últimos 6 meses): Departamento: Municipio: Ciudad:

Caserío/aldea/colonia: Calle/avenida: Población/A* caso:

Otras referencias: Teléfono fijo: Teléfono celular:

Población solicitante: Embarazada Población general Donante Paciente ITS Paciente TB Contacto persona ITS Contacto persona VIH PPL Migrante
 Post exposición HSH TRANS TS U.S. D.No.

Consejera Pre Prueba: día mes año Nombre de la Consejera Firma de la consejera

LEER AL PACIENTE: POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD PARA QUE ME REALICE LA PRUEBA DE VIH

Nombre del (la) solicitante/encargado/responsable Firma del (la) solicitante/encargado/responsable Firma del paciente

Consejera Post Prueba: día mes año Nombre de la Consejera Firma de la consejera

Nombre de laboratorio que hizo la prueba Nombre de la persona que hizo la prueba

Resultado día mes año Nombre de la prueba
 Resultado día mes año Nombre de la prueba

Observaciones:

Instructivo de llenado de la boleta de solicitud de examen de la Infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

- IDA:** Código generado automáticamente por el sistema, cuando el digitador introduce la información a la computadora y que se utiliza como identificador del paciente en la base de datos. El digitador es el encargado de escribir el código asignado en el espacio correspondiente en la ficha.
- Establecimiento Informante:** Datos de identificación de la UPS, conforme a la nomenclatura establecida por la Secretaría de Salud.
- Fecha de solicitud:** Fecha en que se solicita el examen al laboratorio, deberá llenarse conforme se explica en el campo de fecha de nacimiento.
- Fecha de extracción de la muestra:** Fecha en que se toma la muestra de sangre para analizarla, deberá llenarse conforme se explica en el campo de fecha de nacimiento.
- Número de muestra a analizar:** Se anotará si la muestra a analizar es la primera, segunda, tercer o cuarta en el periodo, de la persona a quien se tomó la muestra.
- Región:** escriba el nombre de la región de salud a la que pertenece.
- Nombre y número de identidad o RNP:** Conforme al patrón usado por el Registro Nacional de las Personas (RNP)
- Número de Expediente:** Número asignado en el servicio de salud donde se le solicita el examen al paciente
- Número de identidad:** Patrón usado por el RNP
- Fecha de nacimiento:** Deberá llenarse en el orden que sigue el RNP (día, mes, año). Por ejemplo 31 de diciembre de 1958 se consignará así: 31/12/58.
- Edad:** Coloque los dígitos correspondientes en la casilla adjunta y, marque si esos dígitos son en días, meses o años
- Sexo:** Marque la casilla con una "X" si es Hombre o Mujer
- Nacionalidad:** Escriba si es hondureño ya sea por nacimiento o nacionalidad, de no serlo escriba la nacionalidad que la persona refiere.
- Grupo étnico:** Marque la etnia que el paciente auto identifique como suya.
- Dirección permanente:** Escriba en el espacio correspondiente la dirección de la persona conforme al patrón usado por el RNP. En otros datos escriba detalles de la dirección como ser: "frente a", "al lado de", etc.
- Población solicitante:** Marque la condición de la persona que solicita el examen.
- Fecha consejería pre prueba:** Es la fecha en que se brindó la consejería pre prueba; deberá llenarse conforme se explica en el campo de fecha de nacimiento.
- Nombre consejera:** Escriba con letra clara el nombre del (la) consejero(a) responsable de la consejería pre prueba.
- Firma:** Firma del (la) consejero(a) responsable de la consejería pre prueba.
- Autorización del paciente:** Esta sección hay que leerla al paciente. La política oficial de la Secretaría de Salud es que la prueba de VIH es una prueba voluntaria que exige el consentimiento informado del paciente o persona encargada responsable en menores de edad. El paciente llenará cualquiera de las dos opciones ya sea que sepa escribir (firma) o no lo sepa hacer (huella digital)
- Fecha consejería post prueba:** Es la fecha en que se brindó la consejería post prueba; deberá llenarse conforme se explica en el campo de fecha de nacimiento.
- Nombre consejera:** Escriba con letra clara el nombre de el (la) consejero (a) responsable de la consejería post prueba.
- Información de laboratorio:** Esta sección deberá ser llenada únicamente por el personal autorizado de laboratorio encargado de reportar los resultados de los exámenes y firmado por el personal encargado de procesar la muestra.



GRAFICO CLINICO DE COMEDAS INTERMEDIOS

FECHA: _____ PESO: _____

NOMBRE: _____ EXPEDIENTE: _____

Signos Vitales	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	DIURESIS / KG / HORA	LIQUIDOS / KG / DIA				
P/A																														
PAM																														
FC																														
FR																														
SaO2																														
Temperatura °C.																														
Glucometrías (mg/dl)																														
ENTRADAS																														
PARENTERAL	7	8	9	10	11	12	13	14	Total A	15	16	17	18	19	20	21	22	Total B	23	24	1	2	3	4	5	6	Total C	TOTALES SALIDAS	TOTALES ENTRADAS	
ENTRADAS ORAL	TOTAL														TOTAL						TOTAL						BALANCE ACUMULADO	BALANCE 24 HORAS		
SALIDAS	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL						15	16	17	18	19	20	21	22	TOTAL							
Orinas																														
Evacuaciones																														
Otros:																														
BALANCE	A														B						C									
MEDICAMENTOS/ DOSIS	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6						

