



Carné de control pediátrico

DE 0 A 12 AÑOS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

Ley N° 14.852
Decreto 542 / 007



Ministerio
de Salud
Pública

IMFO

Centro de
Información
Oficial

Carné de control pediátrico

Es un documento que contiene información sobre el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño desde el nacimiento hasta los 12 años.

Lleve regularmente a su hijo/a al servicio de salud de acuerdo al calendario de controles periódicos y concorra siempre con el carné.

Recuerde vacunar a su hijo/a de acuerdo al cronograma de vacunaciones.



**ES IMPORTANTE
QUE CONSERVE ESTE CARNÉ
EN BUENAS CONDICIONES
Y NO LO EXTRAVÍE.**

La presentación del Carné de Salud será requisito para la inscripción en el centro de educación inicial y en cada año escolar.

Será considerado como documento único a nivel nacional que certifica la aptitud para la realización de actividades físicas y recreativas hasta los 12 años.

CALENDARIO DE CONTROLES PERIÓDICOS



DEL RECIÉN NACIDO

| Días de vida | 1 ^{er} control antes del día 10 | 2 ^{do} control agendado con neonatólogo |
|-------------------------|--|--|
| Frecuencia de controles | ✓ | |
| Visita domiciliaria | | |



DEL PRIMER MES AL AÑO DE VIDA

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



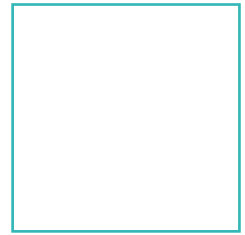
DE UNO A DOCE AÑOS

| Años de vida | 1 a 2 | 2 a 3 | 4 | a partir de los 5 |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|-------------------|
| Control pediátrico | cada 3 meses | cada 4 meses | cada 6 meses | anual |
| Control odontológico | cada 6 meses | | | |

**ESTE CARNÉ
PERTENECE A:**



**MI PRIMERA
FOTO**



Nombres

Apellidos

Etnia/Raza

Fecha de nacimiento

Cédula de identidad

Domicilio

Teléfono

Servicio de salud

Emergencia móvil



CUIDADORES A CARGO DEL MENOR

CUIDADOR 1

CUIDADOR 2

CUIDADOR 3

Nombres

Apellidos

Cédula de
identidad

Fecha de
nacimiento

Teléfono
de contacto

Datos del embarazo y parto



EMBARAZO

Acompañamiento durante el control del embarazo Si No ¿Quién? _____

Nº de embarazos Nº de hijos vivos Embarazo único Múltiple

Nº de controles prenatales

Enfermedades de transmisión

Toxoplasmosis Chagas Hepatitis b

ITS Si No Resultado _____ Tratamiento _____

Ecografía estructural Si No

Resultado Normal Patología _____

Vacunas de la madre

dPaT (difteria, tétanos, tos convulsa) Influenza

Grupo sanguíneo Rh

Parto espontáneo Cesárea Institucional Otro _____

Patología en: Embarazo Si No Parto Si No Puerperio Si No

Estado hipertensivo Diabetes gestacional Otros _____
embarazo

Peso materno
previo _____

Dieta especial Si No

¿Cuál? _____

Peso materno
post gestacional _____

Suplementación _____

Antecedentes familiares de obesidad Si No



RECIÉN NACIDO

Bebé en Camino

Bebé en camino es un proyecto desarrollado por el Ministerio de Salud Pública y Unicef con el objetivo de brindar a las embarazadas, sus familias y entorno cercano información útil y accesible para acompañar el embarazo, el nacimiento y los primeros días de vida del bebé.



Escanear el código QR desde el celular para acceder al sitio.



Acompañamiento durante el parto Si No ¿Quién? _____

Piel con piel Si No Pecho en la primera hora Si No Ligadura tardía de cordón Si No

Edad gestacional _____ semanas Apgar 1' 5' Reanimación Si No

Peso _____ g Talla _____ cm Perímetro cefálico _____ cm

Grupo sanguíneo RH Coombs - + ITS - +

Ingreso UCI CPAP/AVM EMH Surfactante ECN Otras _____

Alimentación al alta

Lactancia PPL (preparados para lactante) Peso al egreso _____ g

Pesquisa neonatal y del lactante

Detección por gota de Sangre

Hipotiroidismo Congénito NO SI

Fibrosis Quística NO SI

Fenilcetonuria NO SI

Hiperplasia Suprarrenal Congénita NO SI

Déficit de Acetil CoA Deshidrogenasa de Cadena Media NO SI

Hemoglobinopatías NO SI Cual: _____

Hipoacusia Congénita: Detección por Emisiones Oto Acústicas

Primera EAO: Derecha Pasa No Pasa / Izquierda Pasa No Pasa

Segunda EAO: Derecha Pasa No Pasa / Izquierda Pasa No Pasa

Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral: N P

Potenciales de Estado Estable: N P

Derivación ORL SI

Detección de malformaciones congénitas y enfermedades raras

Saturación Pre y Post Ductal N () P () Cardiopatía Congénita, (especifique)

Defectos de Tubo Neural: Mielomeningocele Encefalocele Anencefalia

Síndrome de Down

Otros _____

N: Normal P: Patológica

Malformaciones congénitas de sistema estomatognático

Labio fisurado unilateral Labio fisurado unilateral y paladar hendido

Paladar hendido Frenillo lingual corto, lengua atada Otras _____

Ecografía de cadera

FECHA

Resultado



VACUNAS

| Vacunas | Edad en meses | | | | | | | Edad en años | |
|-----------------------------------|---------------|---|---|---|----|----|----|--------------|----|
| | 0 | 2 | 4 | 6 | 12 | 15 | 21 | 5 | 11 |
| BCG | | | | | | | | | |
| Pentavalente* | | | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | | | |
| Sarampión-rubeola-paperas ** | | | | | | | | | |
| Varicela | | | | | | | | | |
| Neumococo 13 V | | | | | | | | | |
| Hepatitis A | | | | | | | | | |
| Triple bacteriana (DPT) | | | | | | | | | |
| Triple bacteriana acelular (dpaT) | | | | | | | | | |
| Virus papiloma humano (VPH) | | | | | | | | | |
| Anti-influenza **** | | | | Se administra a partir de los 6 meses, cada año al inicio de temporada invernal | | | | | |



INDICADA



RECOMENDADA

La población inmigrante que llega al país debe adecuar sus vacunas al Certificado Esquema de Vacunación (CEV) vigente.

*La vacuna pentavalente contiene componentes DPT: difteria, pertussis (tos convulsa), tétanos, HB: hepatitis B; Hib: *Haemophilus influenza* tipo b.

**Los nacidos después del año 1967 que no puedan certificar dos dosis de vacunas SRP deben iniciar o completar el esquema de vacunación.

**** La vacuna contra la gripe se administra en forma de campaña, previo al inicio de la temporada invernal, a partir de los 6 meses de edad.





CONTROL DE SALUD

| Fecha | Edad | Peso (kg) | Talla (cm) | PC (cm) | Alimentación | | | Hierro | Vit. D |
|-------|------|-----------|------------|---------|--------------|-----|----------------|--------|--------|
| | | | | | PD | PPL | Complementaria | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

SUEÑO SEGURO tu bebé necesita:

- Dormir boca arriba, ideal en una cuna junto a la cama de sus cuidadores.
- Sin almohada, sin juguetes ni chichoneras.
- Colchón duro.
- No abrigar demasiado.
- Brazos fuera de la sábanas.
- Pecho materno.
- Si decides usar chupete que sea luego de afianzada la lactancia.
- Que no fumen en el hogar.





CONTROL DE SALUD

| Hb capilar 8 meses | | Nombre del médico | Próxima consulta |
|--------------------|----------------------|-------------------|------------------|
| Fecha | <input type="text"/> | | |
| Resultado | <input type="text"/> | | |

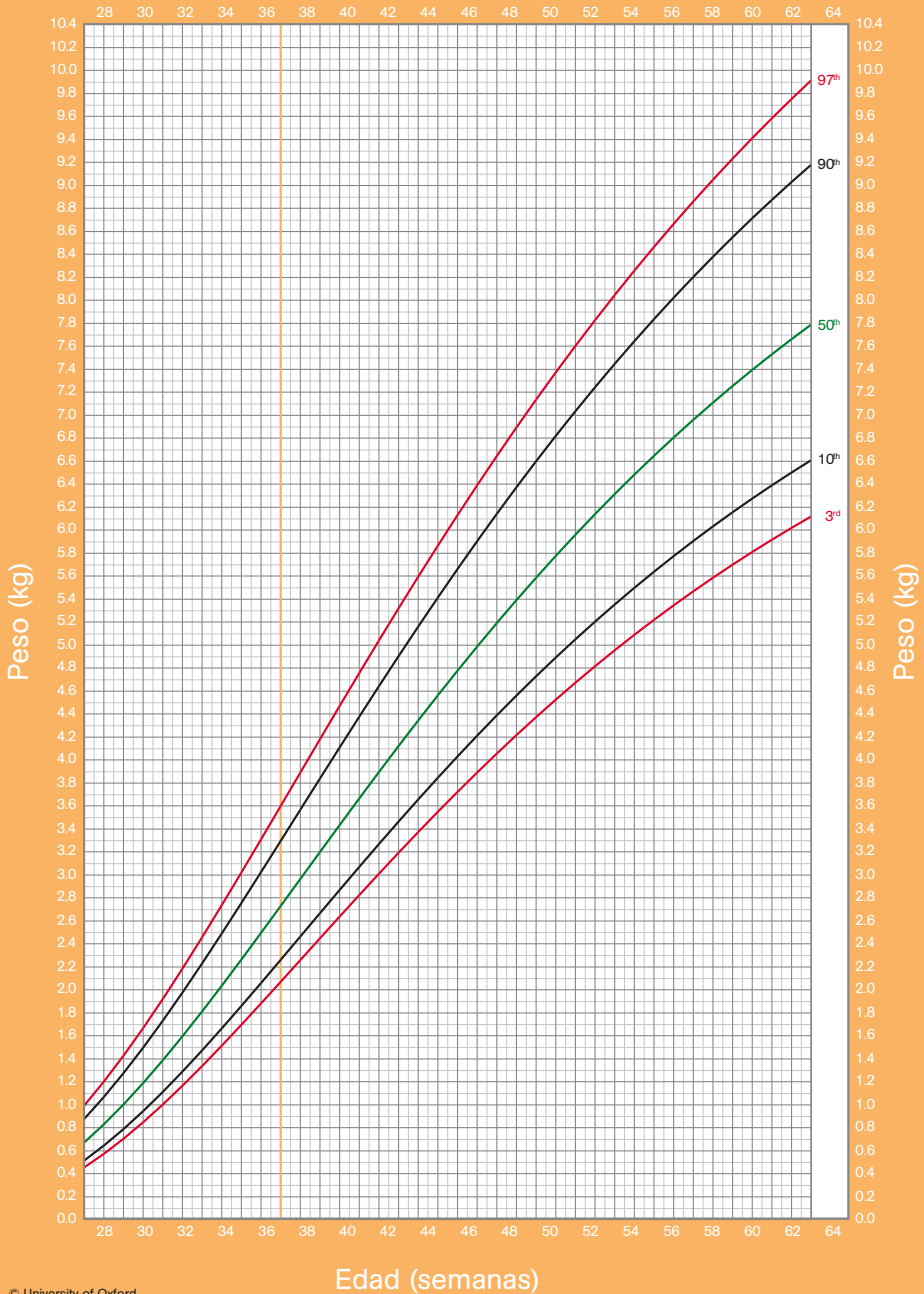
| Desarrollo | Nombre del médico | Próxima consulta |
|------------|-------------------|------------------|
| 4 meses | | |
| 12 meses | | |
| 18 meses | | |
| 4 años | | |

OBSERVACIONES



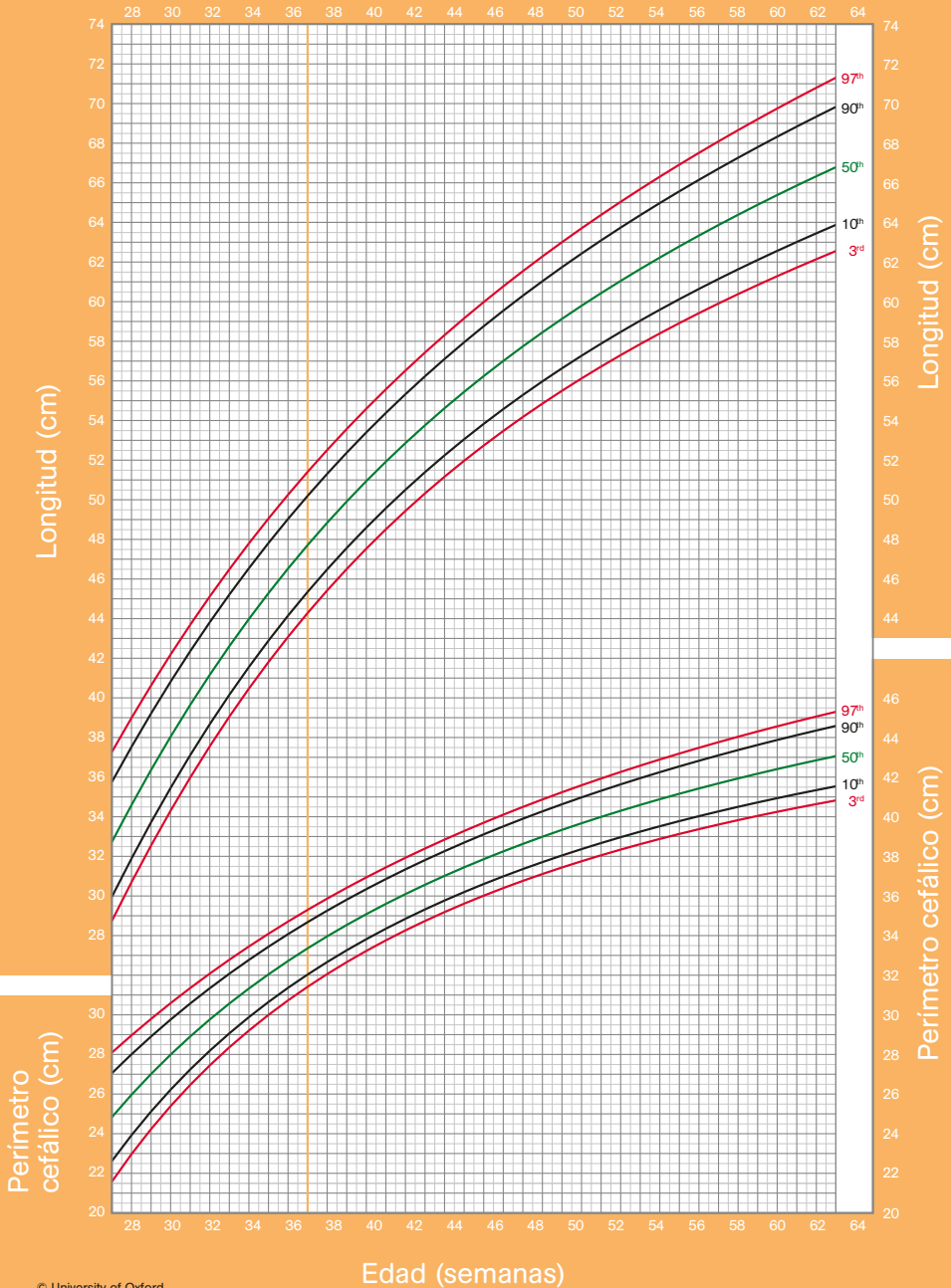
Prematuro

Estándares internacionales de crecimiento posnatal para bebés prematuros



Prematuro

Estándares internacionales de crecimiento posnatal para bebés prematuros



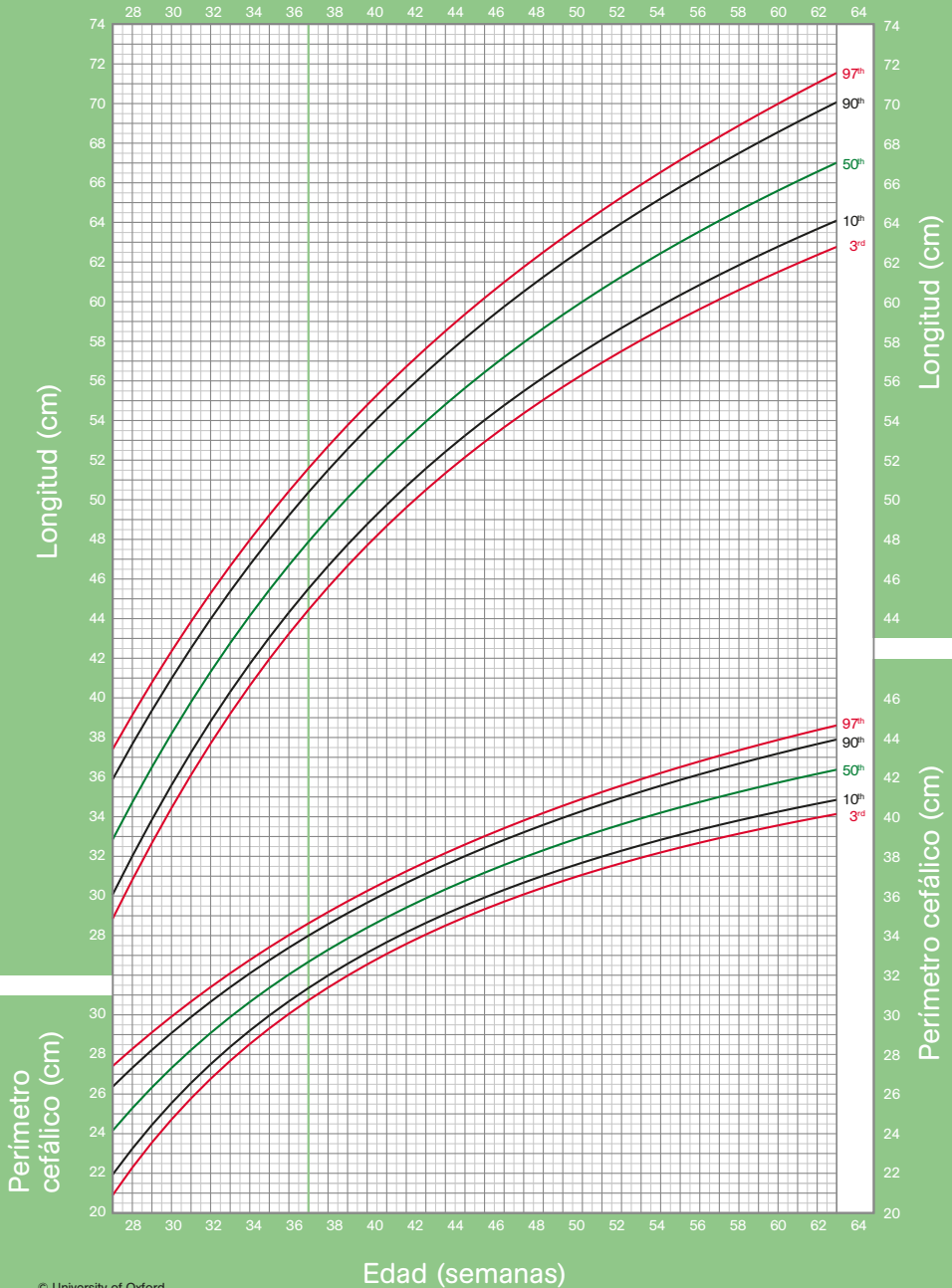
Prematuro

Estándares internacionales de crecimiento posnatal para bebés prematuros



Prematuro

Estándares internacionales de crecimiento posnatal para bebés prematuros



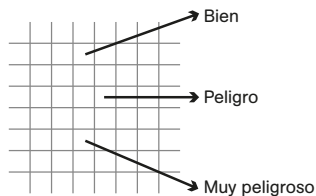


Peso para la edad

Percentiles (nacimiento a 2 años)

NIÑAS

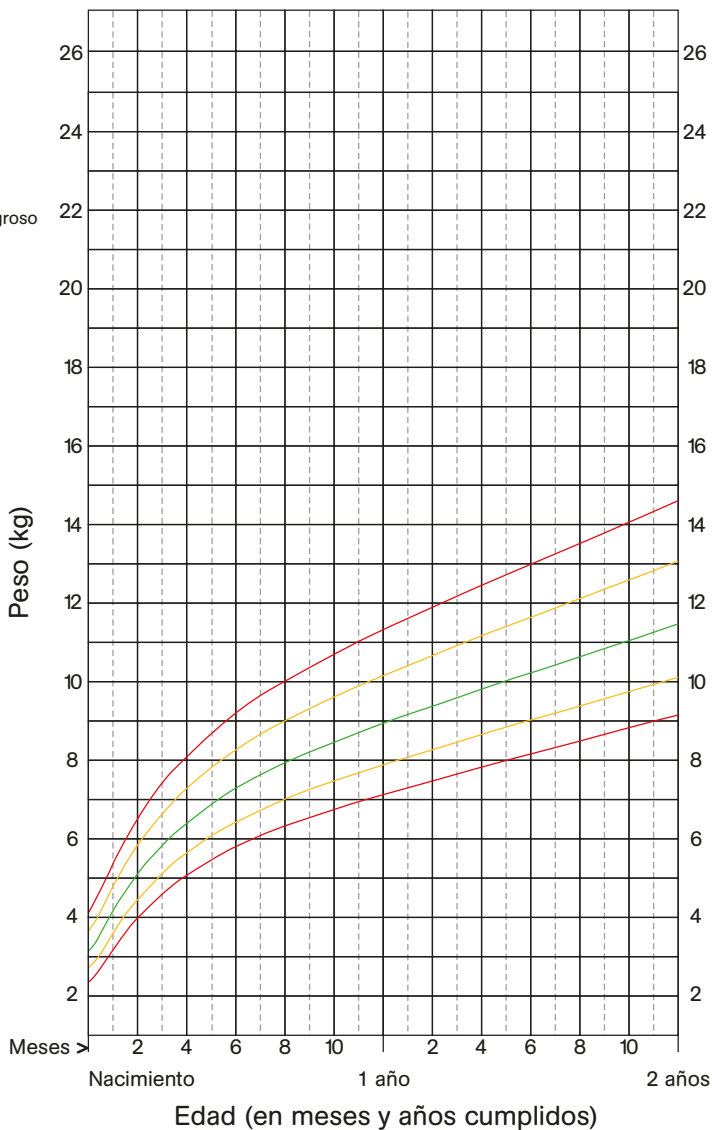
Observe cómo
crece su hija



● Óptimo

● Atención

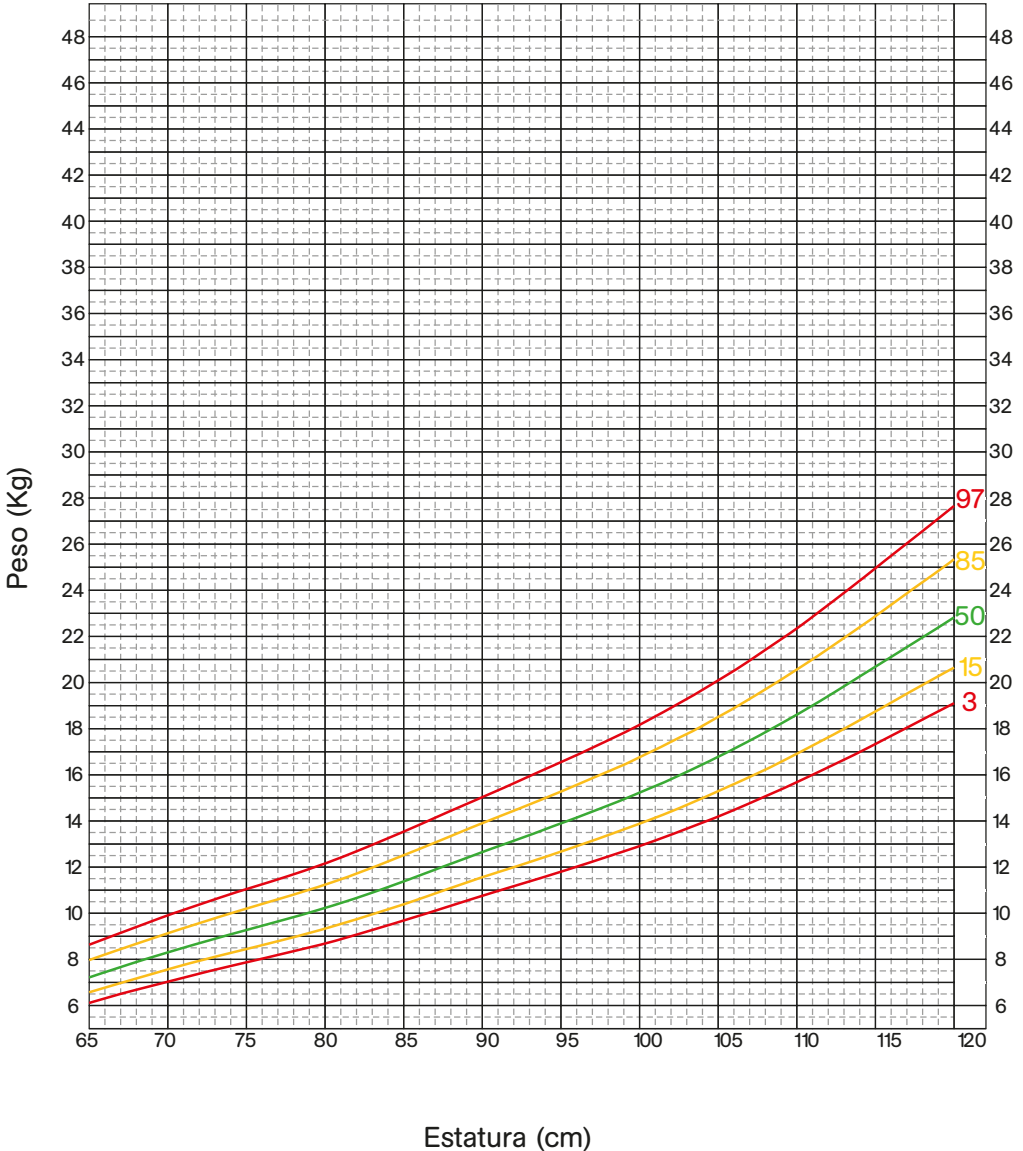
● Cuidado





Peso/Estatura

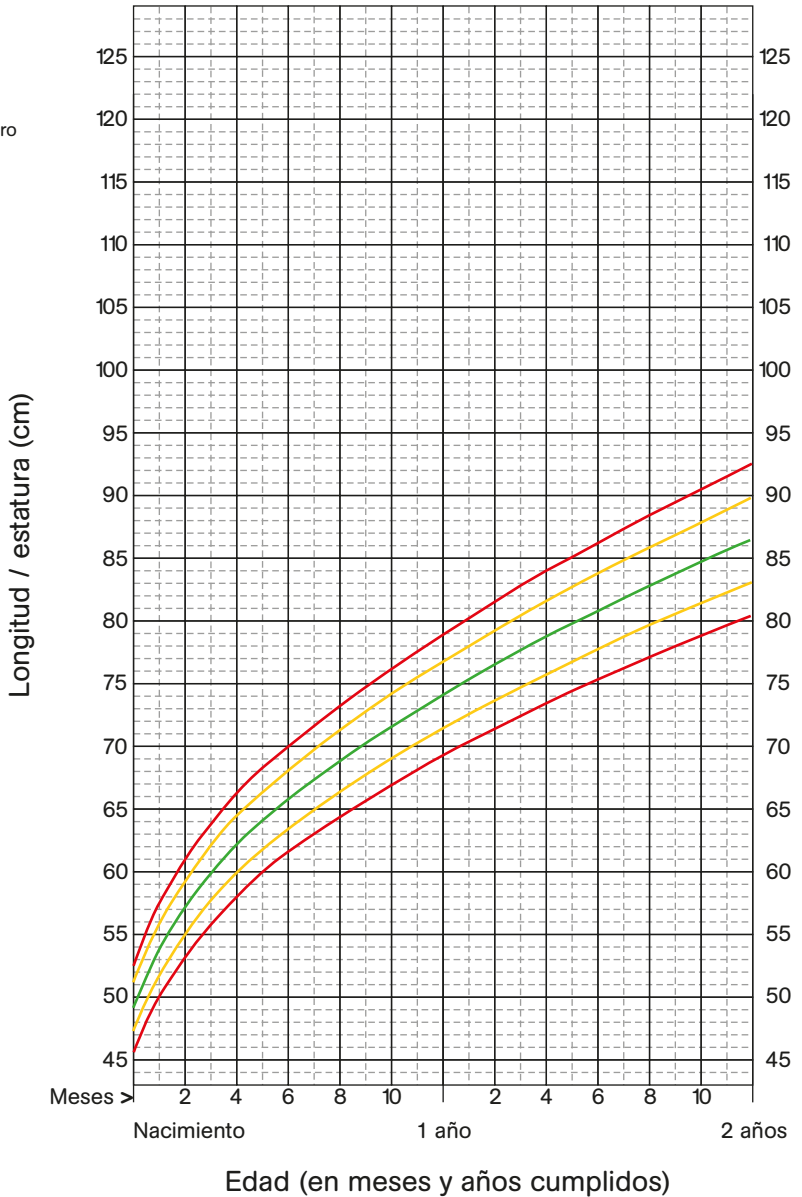
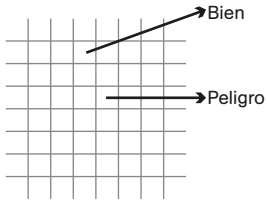
Percentiles (hasta los 5 años)





Longitud para la edad

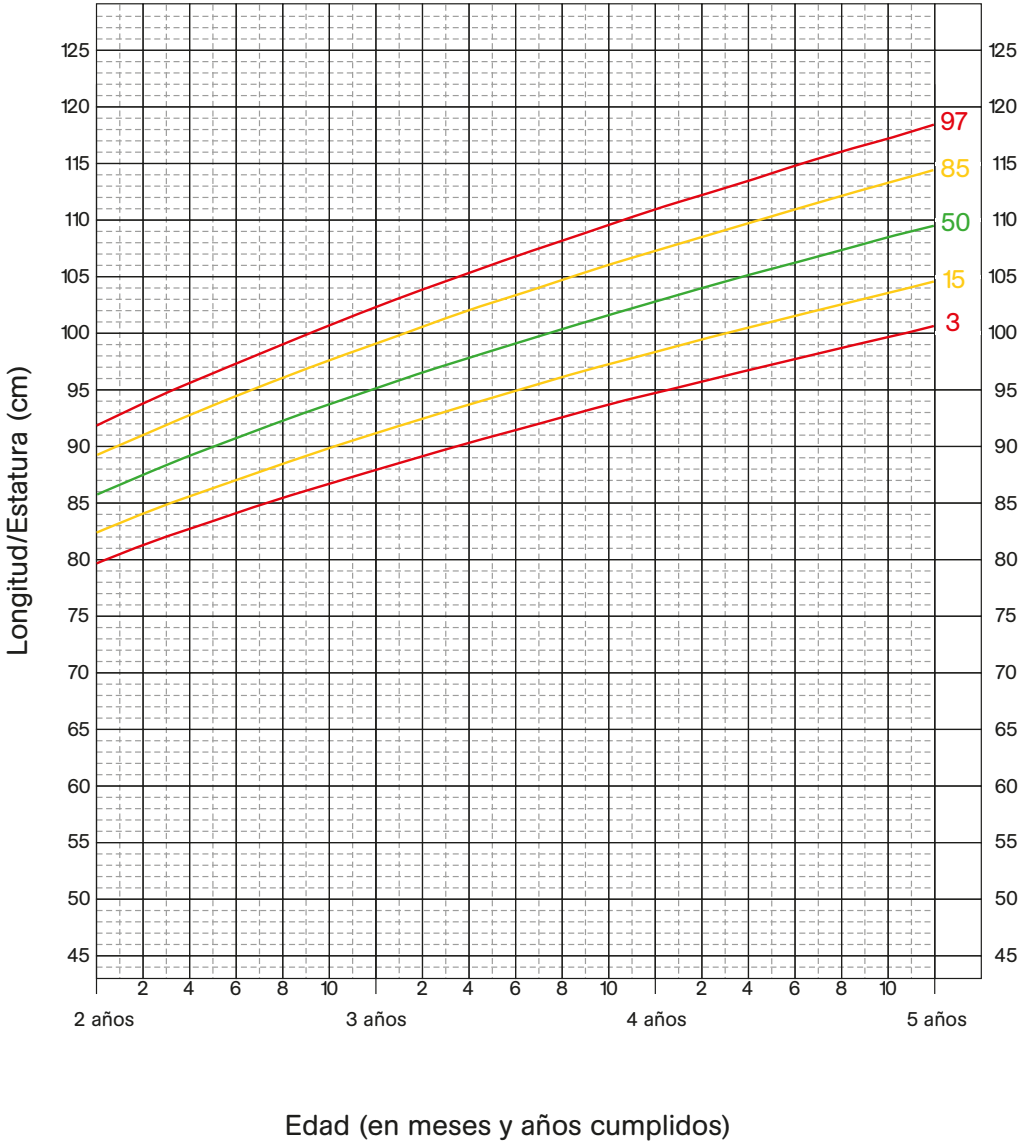
Percentiles (nacimiento hasta los 2 años)





Estatura para la edad

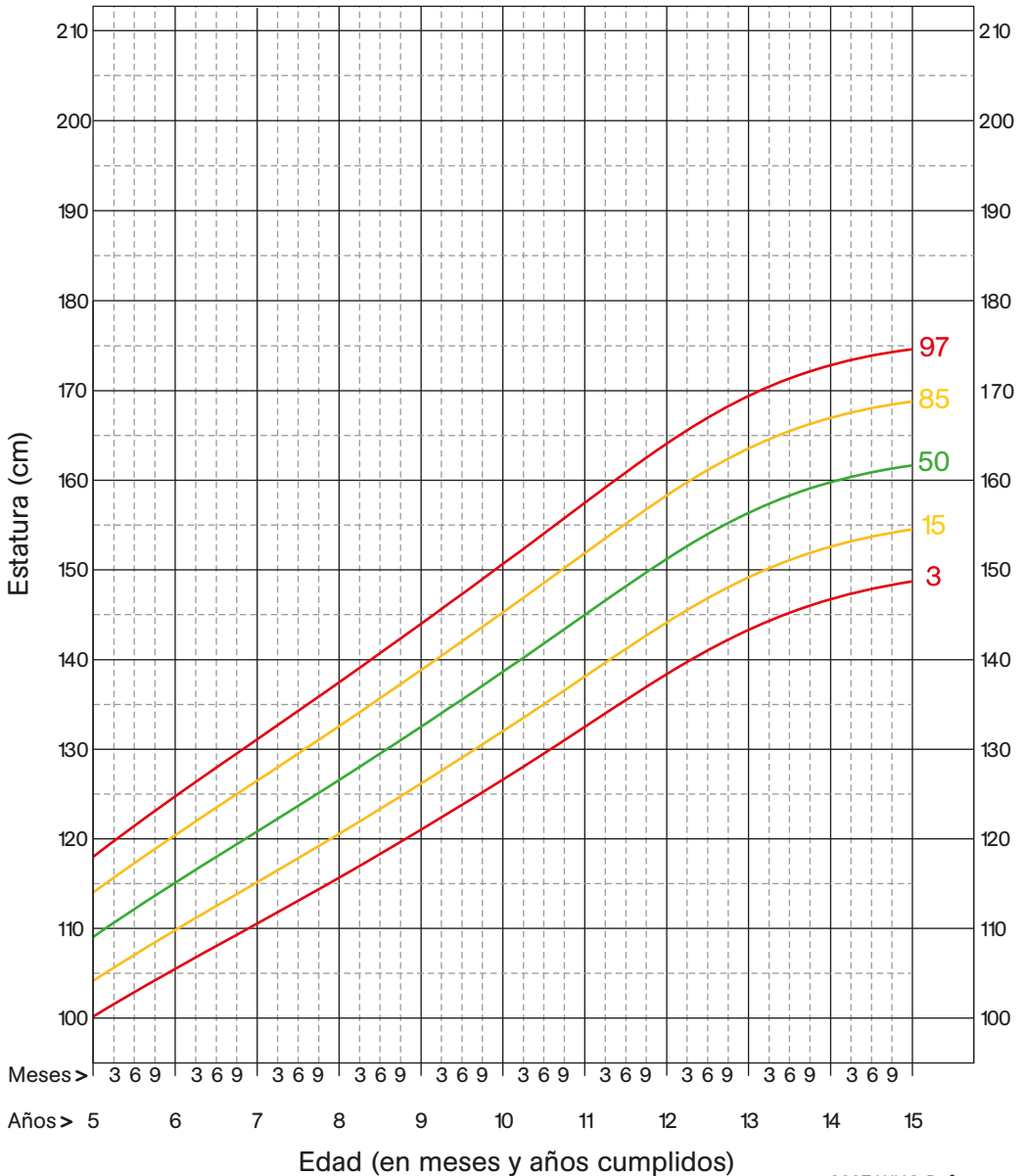
Percentiles (2 a 5 años)



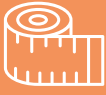


Estatura para la edad

Percentiles (5 a 15 años)

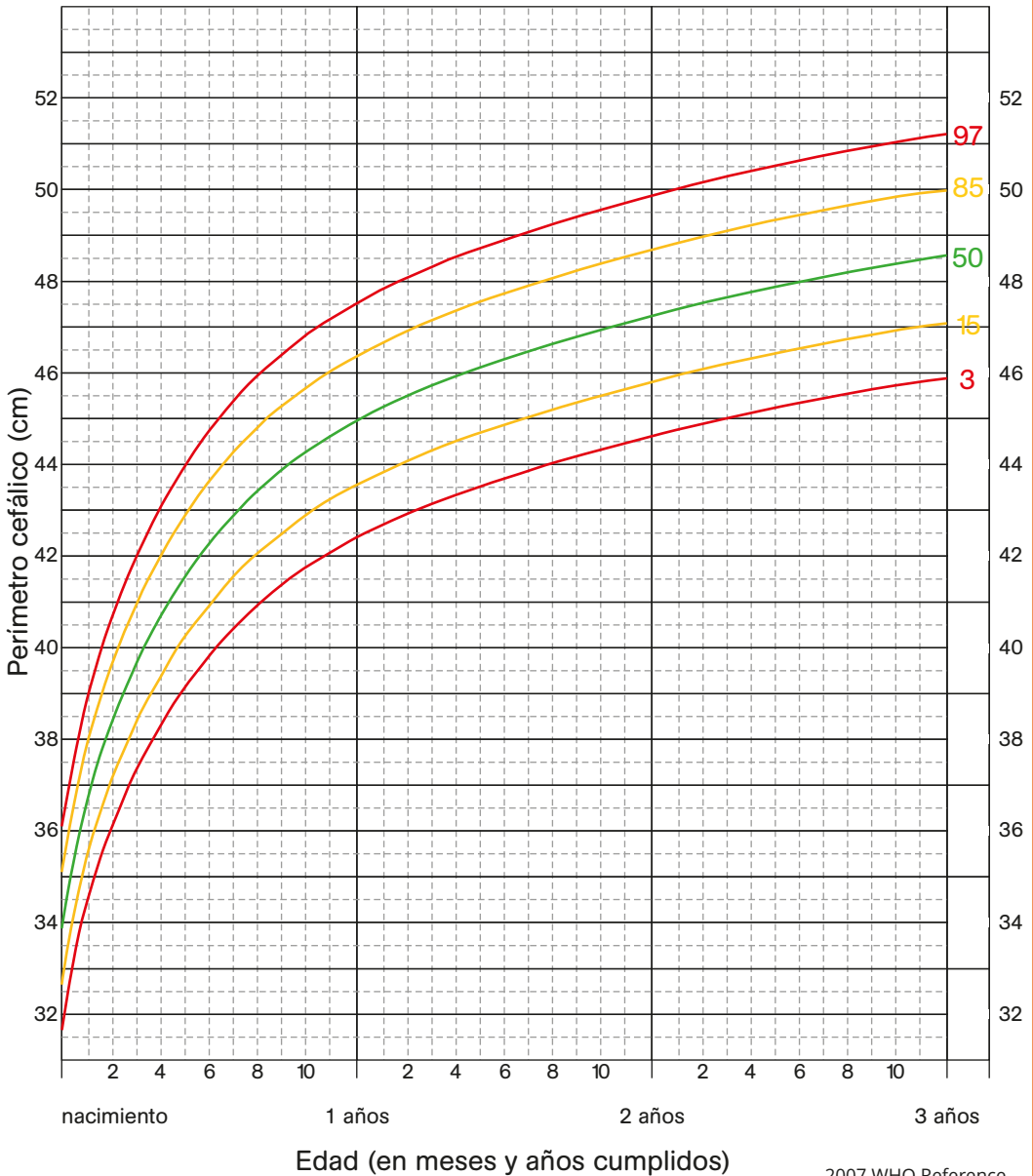


2007 WHO Reference



Perímetro cefálico para la edad

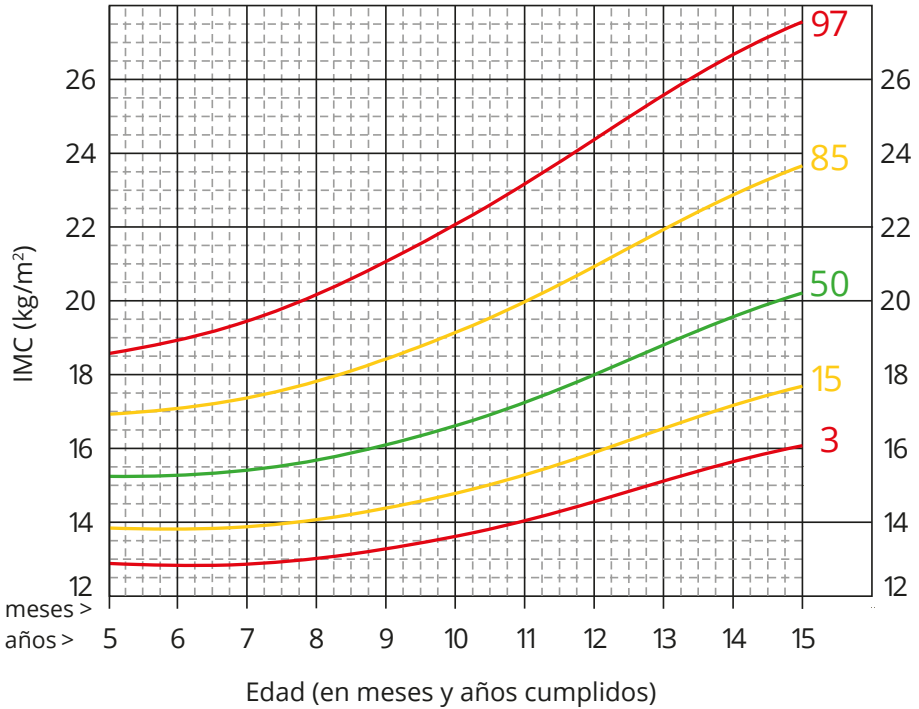
Percentiles (nacimiento a 3 años)



2007 WHO Reference

IMC para la edad del niña

Percentiles (5 a 15 años)



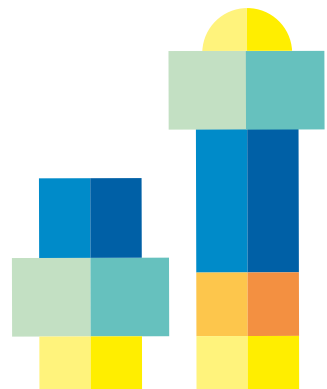


Presión arterial

Valores de PA correspondientes al percentil 95 para niñas, según edad y talla

| PA sistólica (mm Hg) percentiles 95 | | | | | | | | PA diastólica (mm Hg) percentiles 95 | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------------------------|----------------------|----|----|----|----|----|----|
| edad (años) | percentiles de talla | | | | | | | edad (años) | percentiles de talla | | | | | | |
| | 5 | 10 | 25 | 50 | 75 | 90 | 95 | | 5 | 10 | 25 | 50 | 75 | 90 | 95 |
| 1 | 100 | 101 | 102 | 104 | 105 | 106 | 107 | 1 | 56 | 57 | 57 | 58 | 59 | 59 | 60 |
| 3 | 104 | 104 | 105 | 107 | 108 | 109 | 110 | 3 | 65 | 66 | 66 | 67 | 68 | 68 | 69 |
| 5 | 107 | 107 | 108 | 110 | 111 | 112 | 113 | 5 | 70 | 71 | 71 | 72 | 73 | 73 | 74 |
| 7 | 110 | 111 | 112 | 113 | 115 | 116 | 116 | 7 | 73 | 74 | 74 | 75 | 76 | 76 | 77 |
| 9 | 114 | 114 | 115 | 117 | 118 | 119 | 120 | 9 | 76 | 76 | 76 | 77 | 78 | 79 | 79 |
| 11 | 118 | 118 | 119 | 121 | 122 | 123 | 124 | 11 | 78 | 78 | 78 | 79 | 80 | 81 | 81 |
| 13 | 121 | 122 | 123 | 124 | 126 | 127 | 128 | 13 | 80 | 80 | 80 | 81 | 82 | 83 | 83 |

* Datos resumidos de la Academia Americana de Pediatría. Enero 2005.



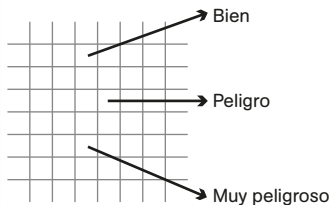


Peso para la edad

Percentiles (nacimiento a 2 años)

NIÑOS

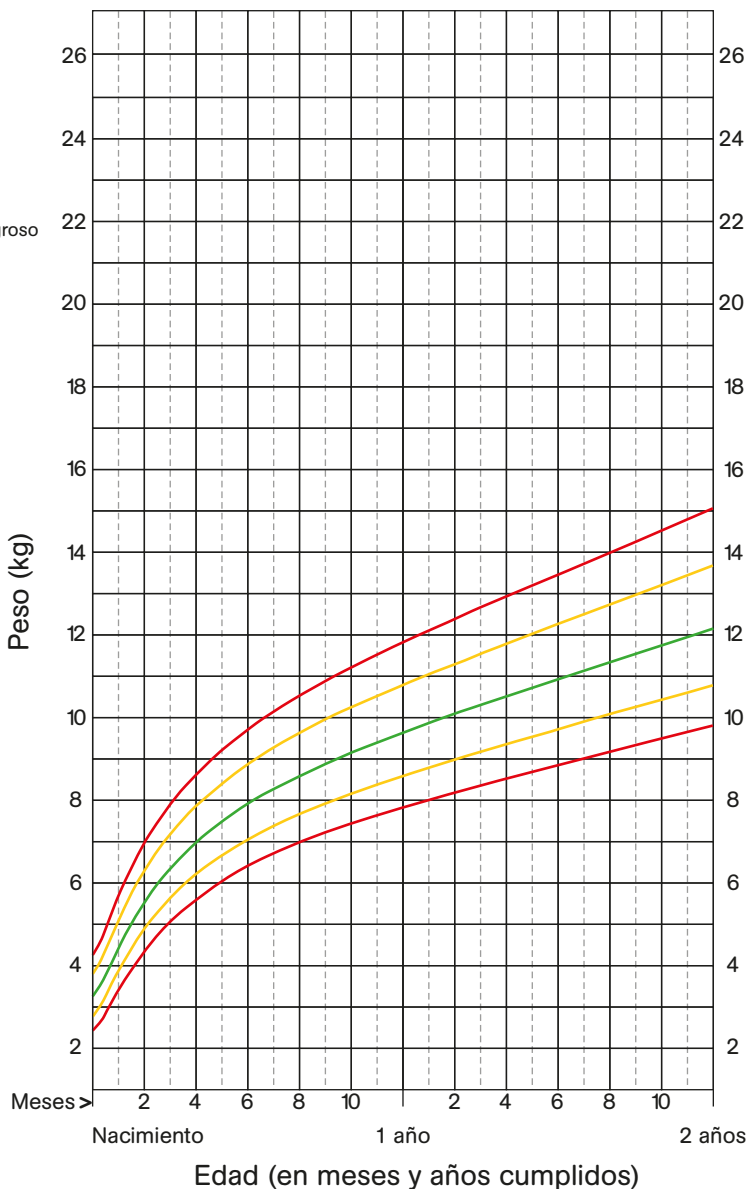
Observe cómo
crece su hijo



● Óptimo

● Atención

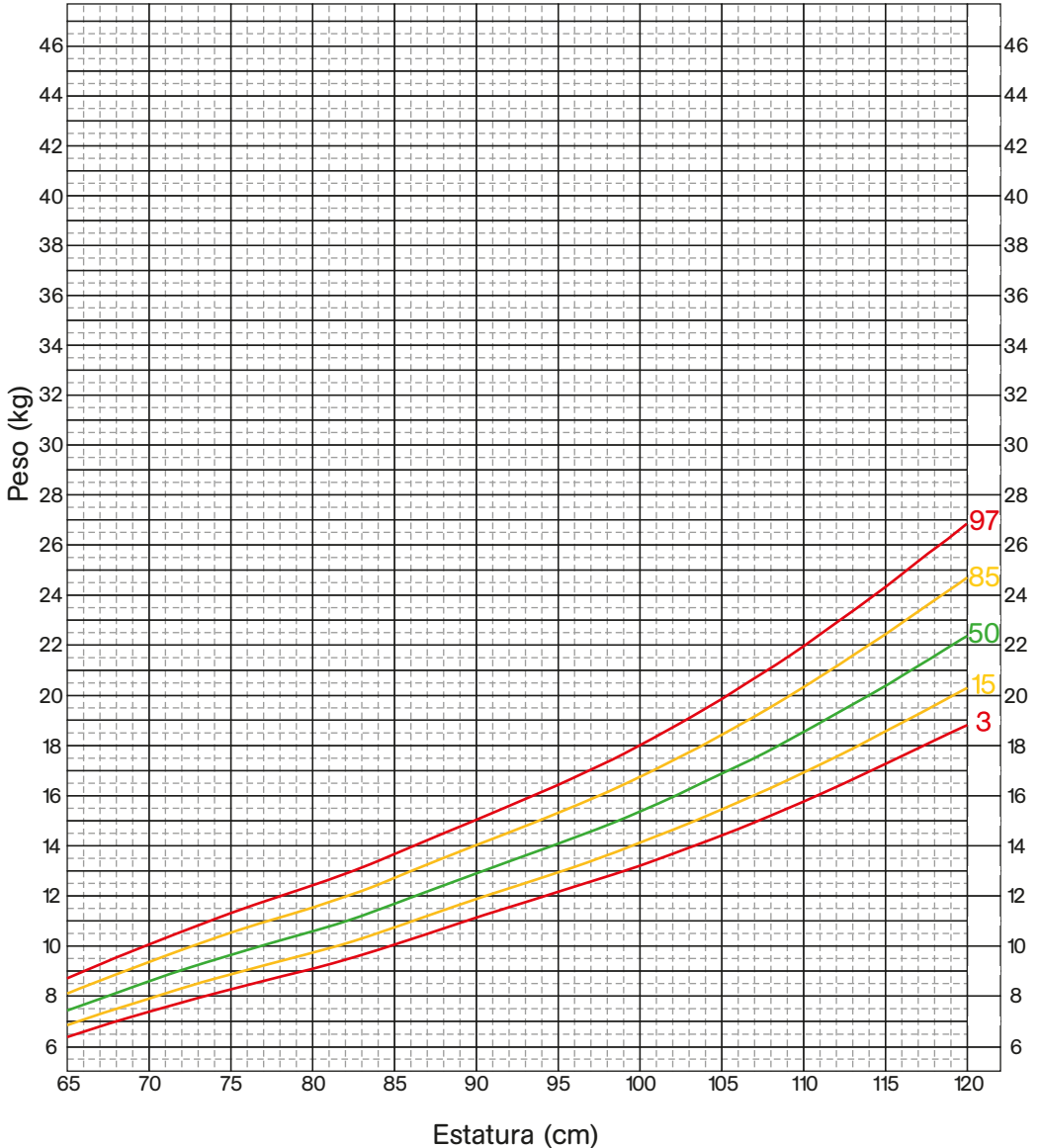
● Cuidado





Peso/Estatura

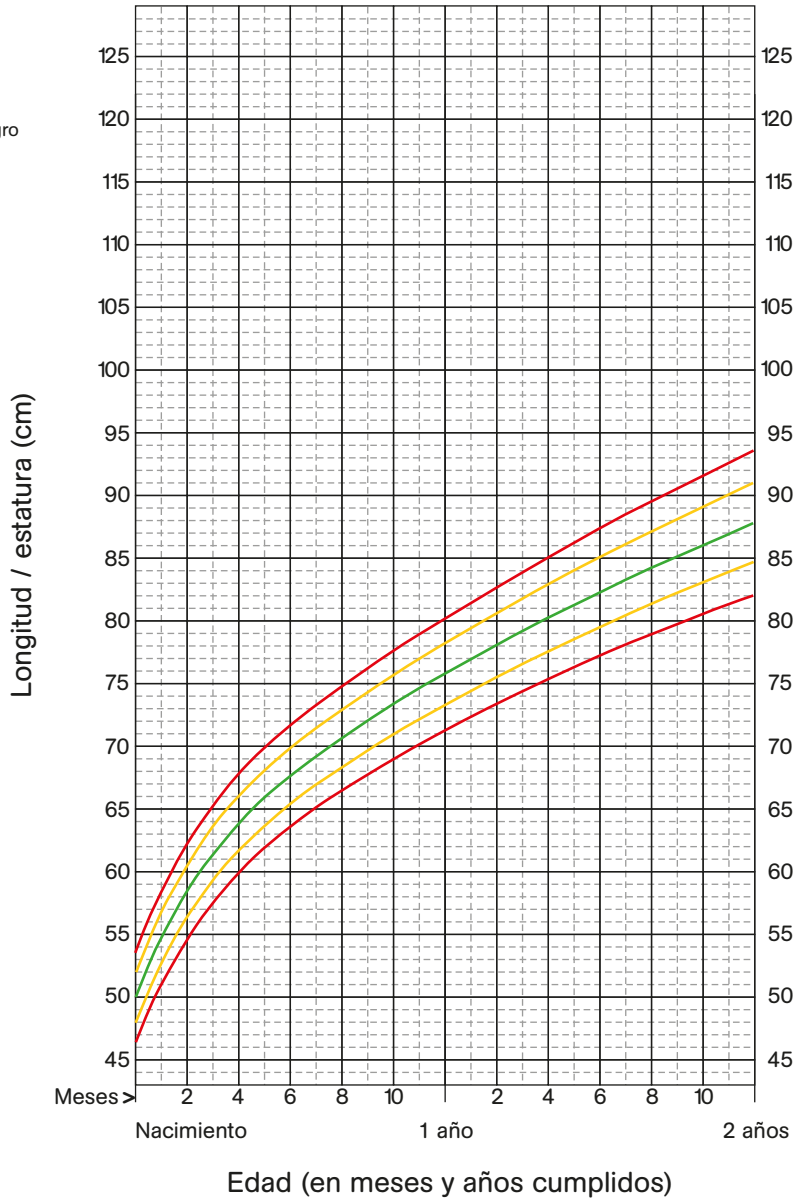
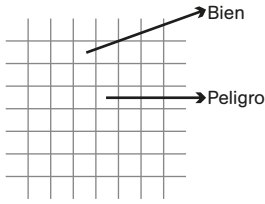
Percentiles (hasta los 5 años)





Longitud para la edad

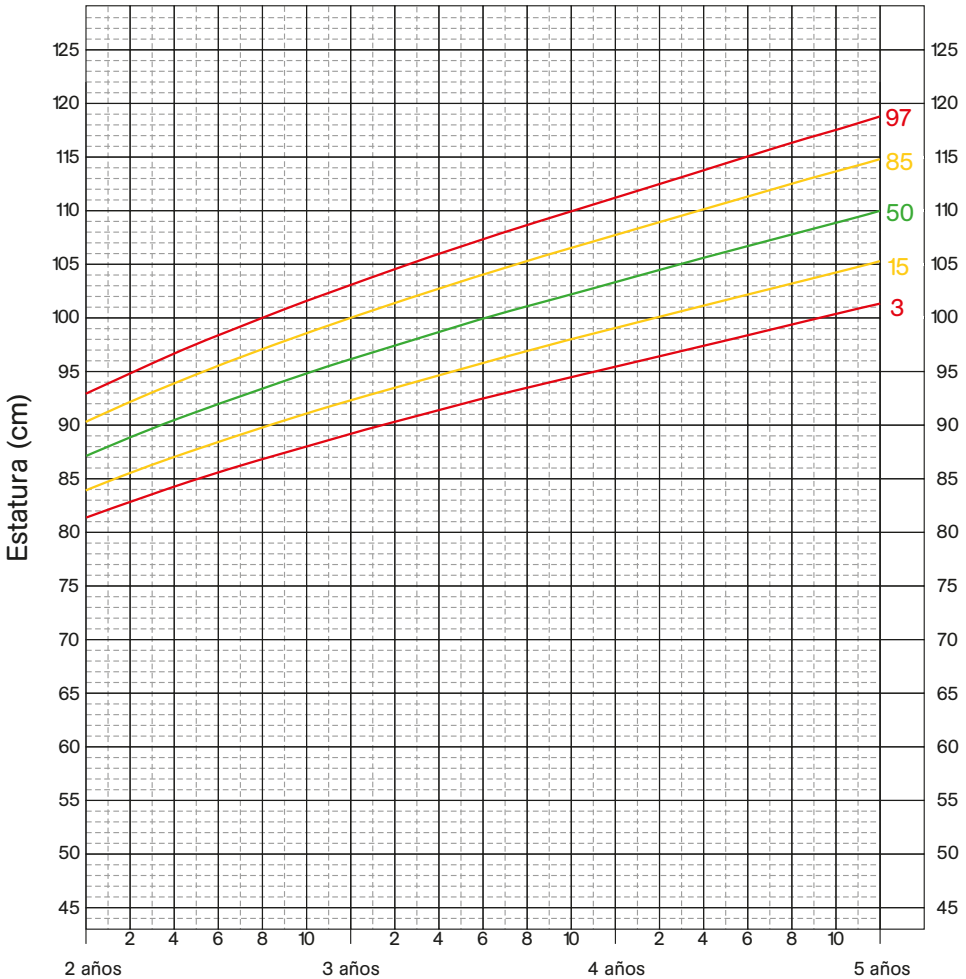
Percentiles (nacimiento hasta los 2 años)





Estatura para la edad

Percentiles (2 a 5 años)

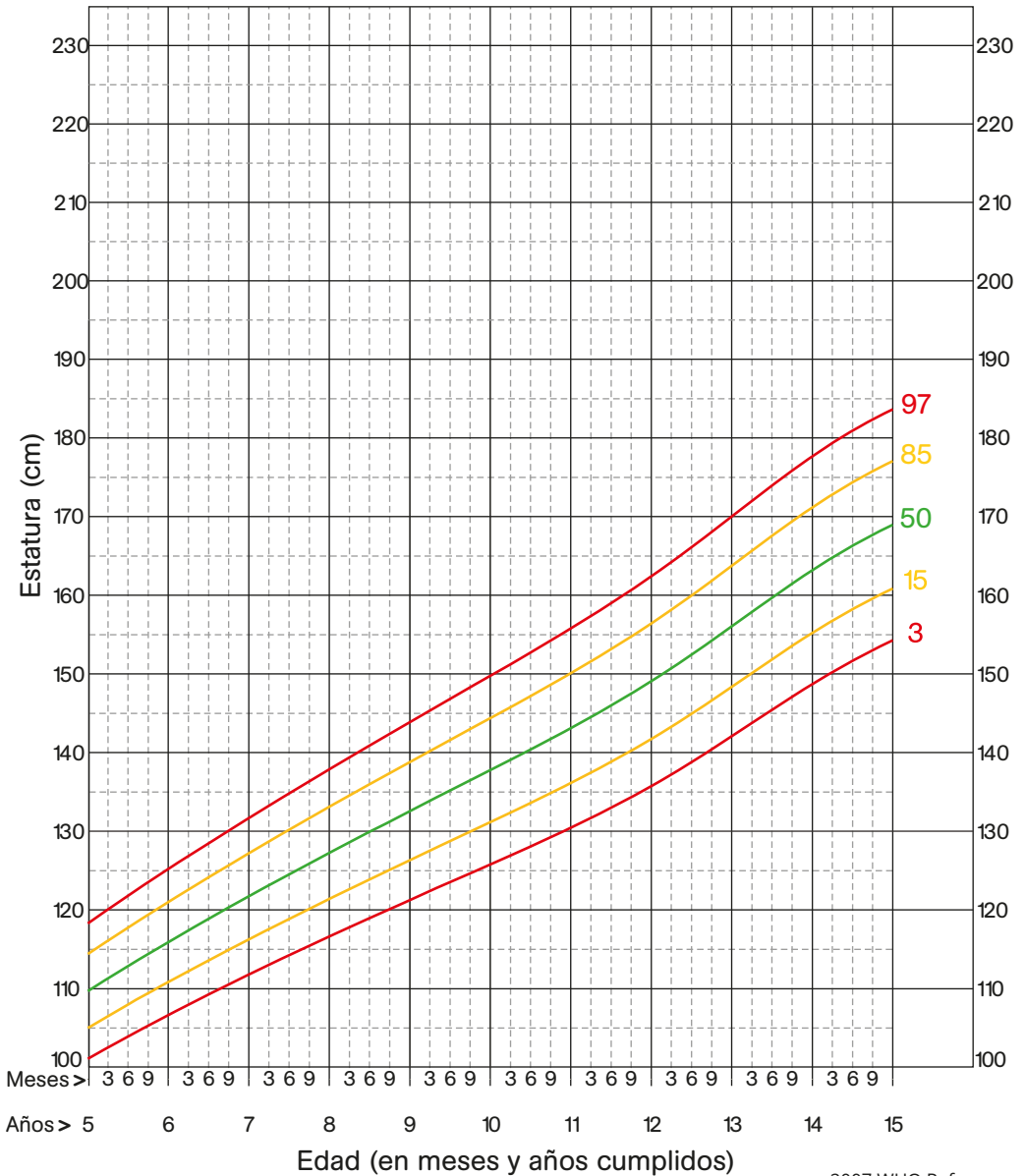


Edad (en meses y años cumplidos)

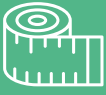


Estatura para la edad

Percentiles (5 a 15 años)

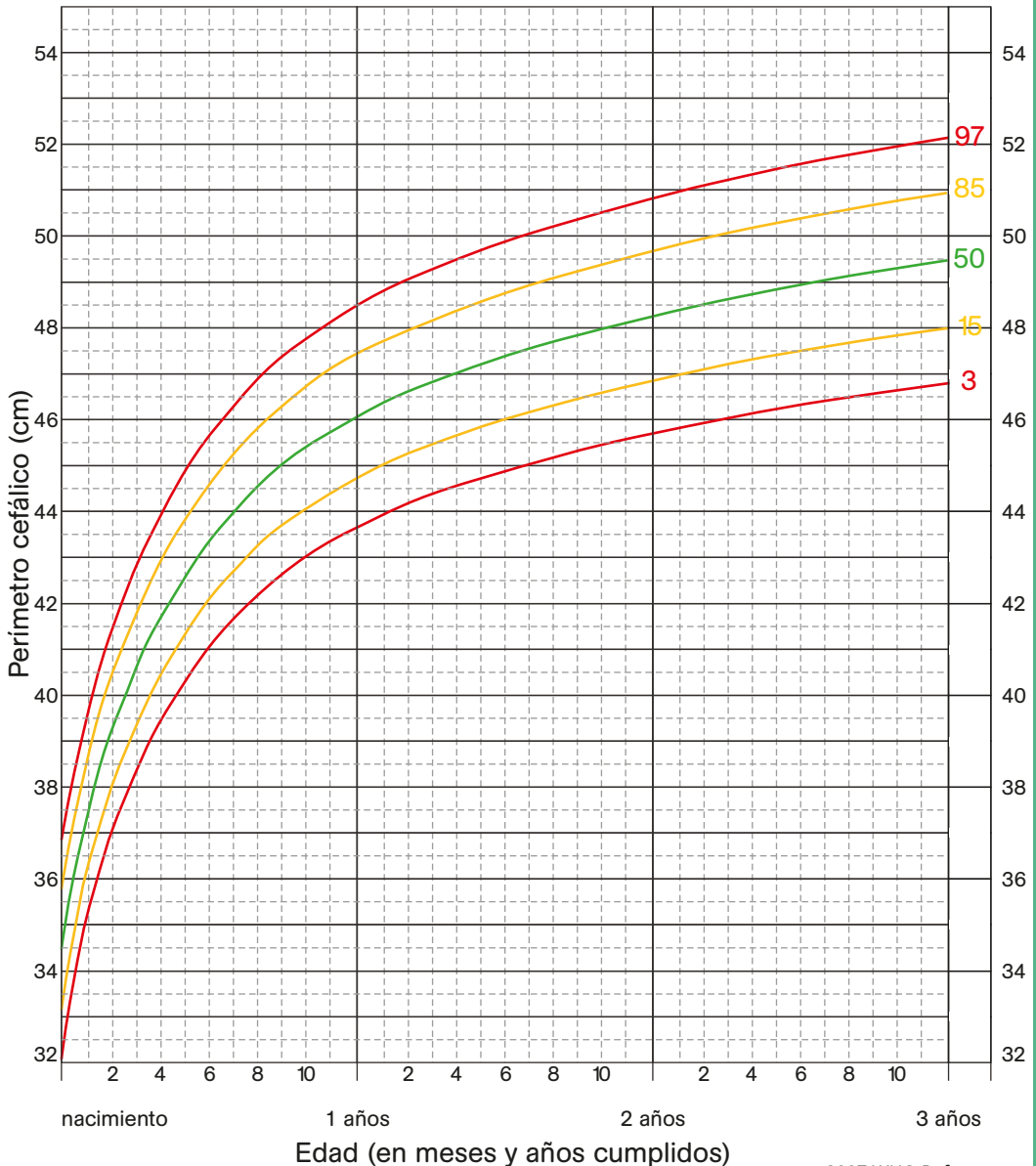


2007 WHO Reference



Perímetro cefálico para la edad

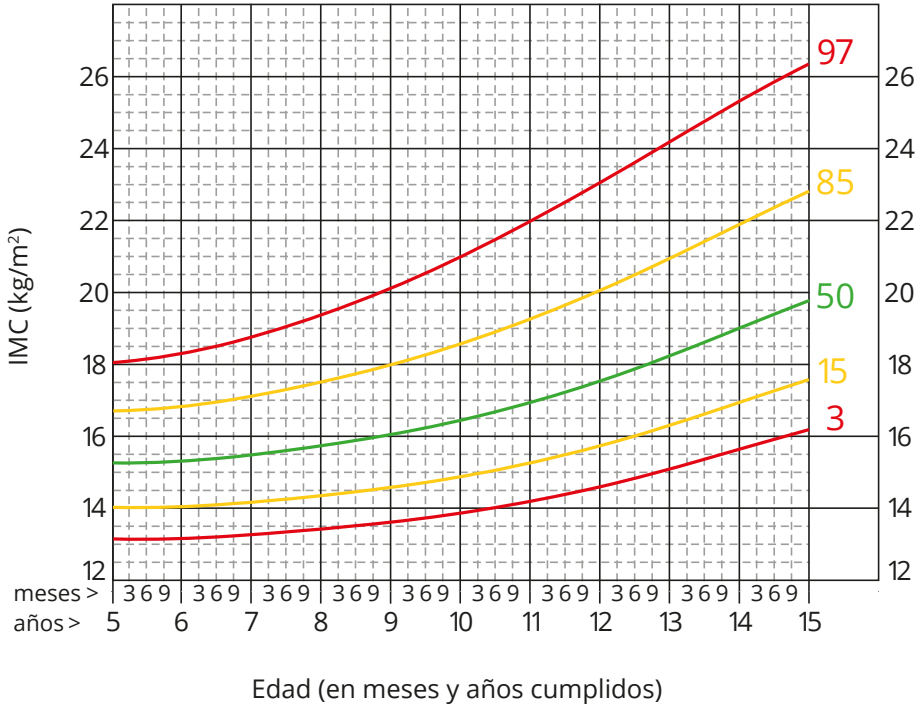
Percentiles (nacimiento a 3 años)



2007 WHO Reference

IMC para la edad del niño

Percentiles (5 a 15 años)





Presión arterial

Valores de PA correspondientes al percentil 95 para niños, según edad y talla

| PA sistólica (mm Hg) percentiles 95 | | | | | | | | PA diastólica (mm Hg) percentiles 95 | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------------------------|----------------------|----|----|----|----|----|----|
| edad (años) | percentiles de talla | | | | | | | edad (años) | percentiles de talla | | | | | | |
| | 5 | 10 | 25 | 50 | 75 | 90 | 95 | | 5 | 10 | 25 | 50 | 75 | 90 | 95 |
| 1 | 100 | 101 | 102 | 104 | 105 | 106 | 107 | 1 | 56 | 57 | 57 | 58 | 59 | 59 | 60 |
| 3 | 104 | 104 | 105 | 107 | 108 | 109 | 110 | 3 | 65 | 66 | 66 | 67 | 68 | 68 | 69 |
| 5 | 107 | 107 | 108 | 110 | 111 | 112 | 113 | 5 | 70 | 71 | 71 | 72 | 73 | 73 | 74 |
| 7 | 110 | 111 | 112 | 113 | 115 | 116 | 116 | 7 | 73 | 74 | 74 | 75 | 76 | 76 | 77 |
| 9 | 114 | 114 | 115 | 117 | 118 | 119 | 120 | 9 | 76 | 76 | 76 | 77 | 78 | 79 | 79 |
| 11 | 118 | 118 | 119 | 121 | 122 | 123 | 124 | 11 | 78 | 78 | 78 | 79 | 80 | 81 | 81 |
| 13 | 121 | 122 | 123 | 124 | 126 | 127 | 128 | 13 | 80 | 80 | 80 | 81 | 82 | 83 | 83 |

* Datos resumidos de la Academia Americana de Pediatría. Enero 2005.

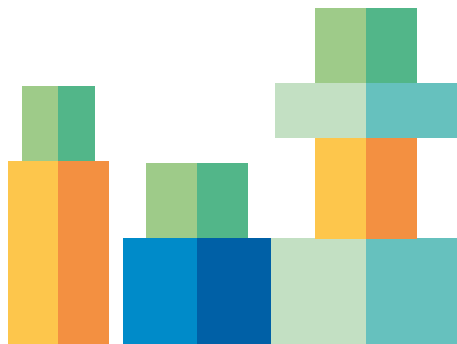


PERCENTIL DE CIRCUNFERENCIA DE CINTURA

Niñas

| Percentil | 10 | 25 | 50 | 75 | 90 |
|-------------|------|------|------|------|-------------|
| Edad (años) | | | | | |
| 2 | 43,8 | 45,0 | 47,1 | 49,5 | 52,2 |
| 3 | 45,4 | 46,7 | 49,1 | 51,9 | 55,3 |
| 4 | 46,9 | 48,4 | 51,1 | 54,3 | 58,3 |
| 5 | 48,5 | 50,1 | 53,0 | 56,7 | 61,4 |
| 6 | 50,1 | 51,8 | 55,0 | 59,1 | 64,4 |
| 7 | 51,6 | 53,5 | 56,9 | 61,5 | 67,5 |
| 8 | 53,2 | 55,2 | 58,9 | 63,9 | 70,5 |
| 9 | 54,8 | 56,9 | 60,8 | 66,3 | 73,6 |
| 10 | 56,3 | 58,6 | 62,8 | 68,7 | 76,6 |
| 11 | 57,9 | 60,3 | 64,8 | 71,1 | 79,7 |
| 12 | 59,5 | 62,0 | 66,7 | 73,5 | 82,7 |

Fuente: elaboración propia, adaptado de Fernández JR, y col 2004.



PERCENTIL DE CIRCUNFERENCIA DE CINTURA

Niños

| Percentil | 10 | 25 | 50 | 75 | 90 |
|-------------|------|------|------|------|-------------|
| Edad (años) | | | | | |
| 2 | 43,2 | 45,0 | 47,1 | 48,8 | 50,8 |
| 3 | 44,9 | 46,9 | 49,1 | 51,3 | 54,2 |
| 4 | 46,6 | 48,7 | 51,1 | 53,9 | 57,6 |
| 5 | 48,4 | 50,6 | 53,2 | 56,4 | 61,0 |
| 6 | 50,1 | 52,4 | 55,2 | 59,0 | 64,4 |
| 7 | 51,8 | 54,3 | 57,2 | 61,5 | 67,8 |
| 8 | 53,5 | 56,1 | 59,3 | 64,1 | 71,2 |
| 9 | 55,3 | 58,0 | 61,3 | 66,6 | 74,6 |
| 10 | 57,0 | 59,8 | 63,3 | 69,2 | 78,0 |
| 11 | 58,7 | 61,7 | 65,4 | 71,7 | 81,4 |
| 12 | 60,5 | 63,5 | 67,4 | 74,3 | 84,8 |

Fuente: elaboración propia, adaptado de Fernández JR, y col 2004.





DESARROLLO DEL NIÑO Y LA NIÑA

4 MESES

Perfil. Aparecen las primeras conductas de interacción. Comienza el reconocimiento de su propio cuerpo y a desarrollar la coordinación óculo-manual y audiovisual. Responde a los estímulos emitiendo sílabas.

Conductas que pueden iniciarse antes de los 4 meses:

- Eleva el tronco y la cabeza apoyándose en manos y antebrazos.
- Intenta la prensión de objetos.
- Atiende con interés el sonido.
- Juego con las manos y juego cara a cara.
- Juegos vocálicos.

Anticipar a los padres que:

- Se sentará solo/a sin apoyo.
- Cambiará de posición por sí mismo/a.
- Llevará objetos o parte de su cuerpo a la boca.
- Responderá con movimientos corporales al escuchar su nombre.
- Reaccionará ante caras extrañas.



www.unicef.org



ALERTA

- Hipotonía axial
- Irritable (actividad excesiva y llanto excesivo que no se puede calmar).
- Pasividad excesiva (poco demandante, quieto/a).
- Dificultad en la alimentación: indiferencia en el curso del amamantamiento.
- Trastorno del sueño: insomnio tranquilo, hipersomnía.
- Manos siempre cerradas, pulgar incluido (atrapado entre la palma y los últimos cuatro dedos).



DESARROLLO

12 MESES

Perfil. Empieza a hacer algunas cosas sólo: caminar, colocar objetos dentro de una caja y arrastrar objetos.

Emite sonidos, repite palabras y señala con gestos lo que desea. Etapa de interacción social y afectiva donde se establecen pautas de convivencia familiar.

Conductas que pueden iniciarse antes de los 12 meses:

- Camina tomado de las manos o apoyado en muebles
- Se para solo
- Camina sin ayuda
- Introduce objetos grandes en otros
- Imita gestos con las manos
- Bebe de la taza

Anticipar a los padres que:

- Caminará sólo
- Comerá sin ayuda con cuchara aunque derrame parte del contenido
- Entenderá más de lo que habla
- Aparecerán las primeras palabras con función de palabra/frase. Una palabra puede significar distintas cosas según el contexto. Por ejemplo: dice "agua" y puede significar dame agua o se cayó el agua etc.
- Señalará con gestos aquello que quiere
- Hará garabatos



ALERTA

- Falta de interés por desplazarse, por juguetes nuevos y por el entorno
- Presta más atención a objetos que a las personas
- Movimientos "raros" con los dedos y/o manos (aleteo, acercar demasiado los dedos a los ojos)
- Ausencia de palabras o balbuceo comunicante
- Persistentes dificultades en la alimentación (problemas para alimentarse o rechazo del alimento sin otra causa que lo explique) y/o sueño (para conciliar o mantener el mismo).



DESARROLLO

18 MESES

Perfil. Etapa de incorporación a la familia, comenzando el desarrollo de su identidad. Acata órdenes sencillas, mejora el equilibrio y la coordinación para las actividades motoras y adquiere destrezas manuales más complejas.

Conductas que pueden iniciarse antes de los 18 meses:

- Salta en el lugar. Lanza la pelota.
- Patea la pelota. Corre.
- Construye torre de dos o más cubos.
- Colabora cuando lo/la desvisten.
- Se alimenta con cuchara derramando parte del contenido.
- Ayuda en tareas simples de la casa.
- Comprende nombres completos y órdenes simples.

Anticipar a los padres que:

- Comenzará a controlar esfínteres principalmente de día.
- Aprenderá hábitos de higiene (lavarse y secarse las manos).
- Jugará con otros niños/as.



ALERTA

- Deambulación sin sentido, sin un fin (está "en su mundo")
- Contacto ocular pobre, no sostenido durante la interacción con el otro o fugaz.
- No trae objetos para mostrarlos (no se detiene a fijar la mirada en el rostro del interlocutor cuando entrega el objeto).
- Falta de interés por lo que lo/la rodea (personas u objetos de su entorno), mostrando interés restringido en algunos objetos.
- No tiene intención comunicativa, parece no escuchar cuando se le habla
- Ausencia de palabras.
- Persistentes dificultades en la alimentación (problemas para alimentarse o rechazo del alimento sin otra causa que lo explique) y/o sueño (para conciliar o mantener el mismo).



DESARROLLO



ALERTA

4 AÑOS

Perfil. Adquiere nuevos logros, desarrolla su independencia y perfecciona su autonomía. Es el apogeo del equilibrio motor con mayor dominio de la rotación de la muñeca y antebrazo. Su expresión verbal es más imaginativa, conversa y se interesa por todo preguntando el “por qué” de cada cosa. Escucha a los otros y es capaz de compartir juegos.

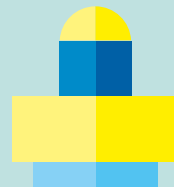
Conductas que pueden iniciarse antes de los 4 años:

- Salta en un pie.
- Escucha con atención y memoriza cuentos y canciones cortas.
- Se viste solo/a, se baña solo/a.
- Recorta con una tijera.
- Controla esfínteres.
- Se viste sin ayuda.
- Hará preguntas. ¿Por qué?
- Se interesa por letras y números (contar números con los dedos, intentar escribir su nombre).

Anticipar a los padres que:

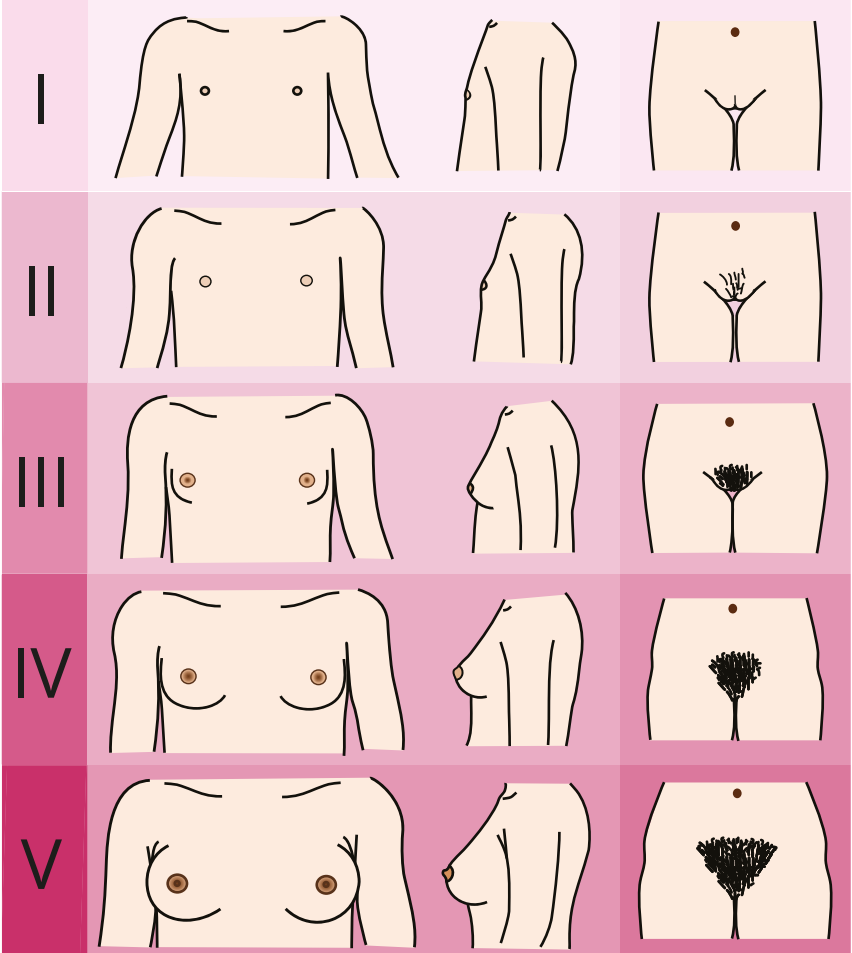
- Se bañará, se vestirá y desvestirá solo/a y sin dificultades.
- Utilizará tiempos verbales y plurales correctamente.
- Usará el cuchillo.

- Dificultad para relacionarse: mala adaptación en el jardín de infantes o compañeros en reuniones.
- Ausencia de juego simbólico o poco elaborado y repetitivo
- Impulsividad, inquietud, agresividad en exceso a sí mismo/a u otros en forma reiterada.
- Ecolalias, lenguaje “propio”, entonación particular similar a los dibujos animados, prosodia particular o no establece diálogo.
- Habla ininteligible o con persistencia de errores (omisiones, sustituciones de fonemas como ser la sustitución de la /r/ por la /g/ - Ej.: “pego” x perro, “goto” x roto, “ogea” x oreja.)
- Inflexible, resistencia a los cambios.
- Temores o miedos exagerados, persistentes o poco habituales.
- No controla esfínter anal.
- Persistentes dificultades en la alimentación (problemas para alimentarse o rechazo del alimento sin otra causa que lo explique) y/o sueño (para conciliar o mantener el mismo).



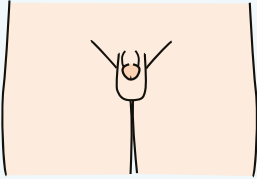
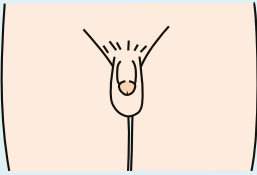
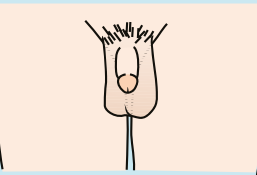
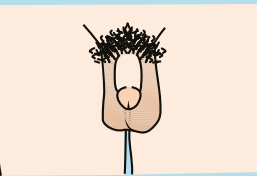
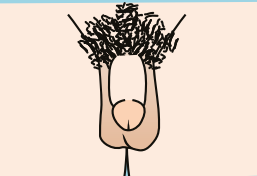
Desarrollo puberal (Esc. de Tanner)

Niñas



Desarrollo puberal (Esc. de Tanner)

Niños

| | | |
|-----|---|----------------------------------|
| I |  | <p>3</p> <p>▲ <2,5 ▼</p> |
| II |  | <p>4</p> <p>▲ 2,5-3,2 ▼</p> |
| III |  | <p>10</p> <p>▲ 3,6 ▼</p> |
| IV |  | <p>16</p> <p>▲ 4,1-4,5 ▼</p> |
| V |  | <p>25</p> <p>▲ >4,5 ▼</p> |

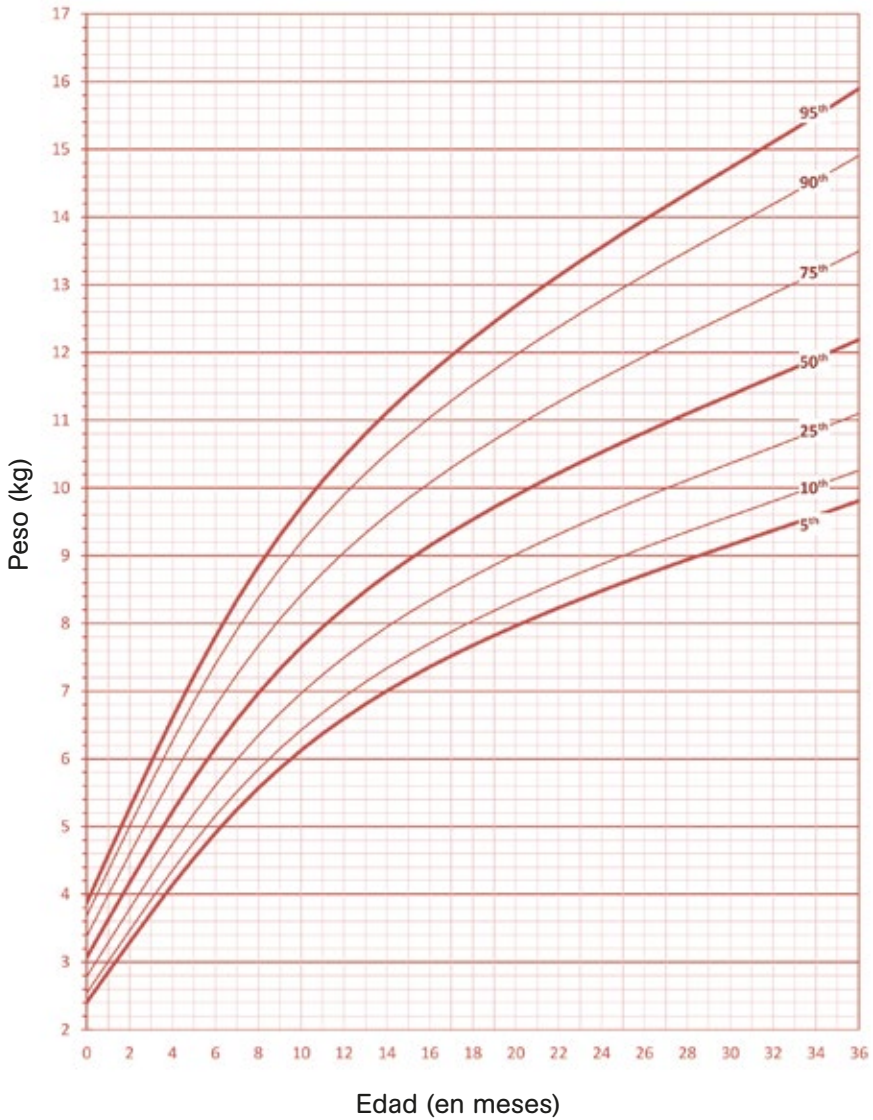


Peso para la edad

Percentiles (nacimiento a 3 años)

TRISOMÍA 21 NIÑAS

Observe cómo crece su hija



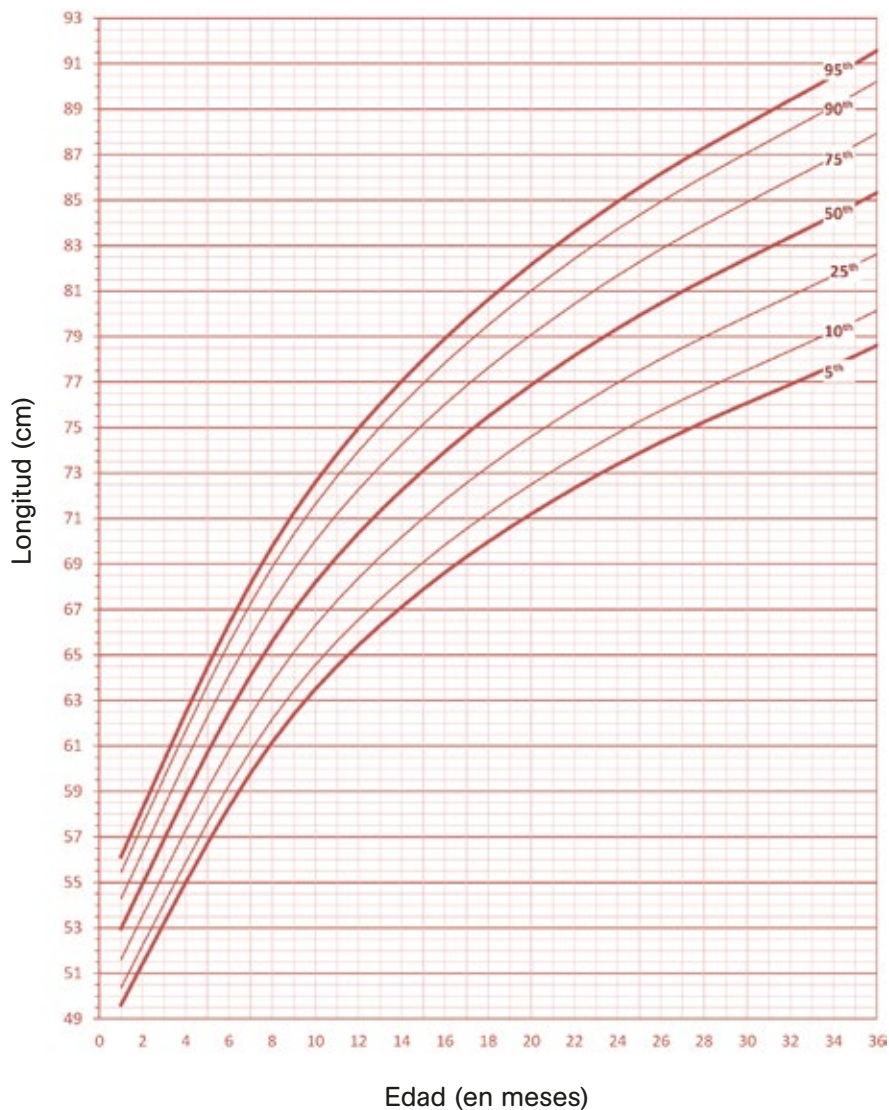
Fuente: Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



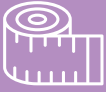
Longitud para la edad

Percentiles (nacimiento a 3 años)

TRISOMÍA 21
NIÑAS



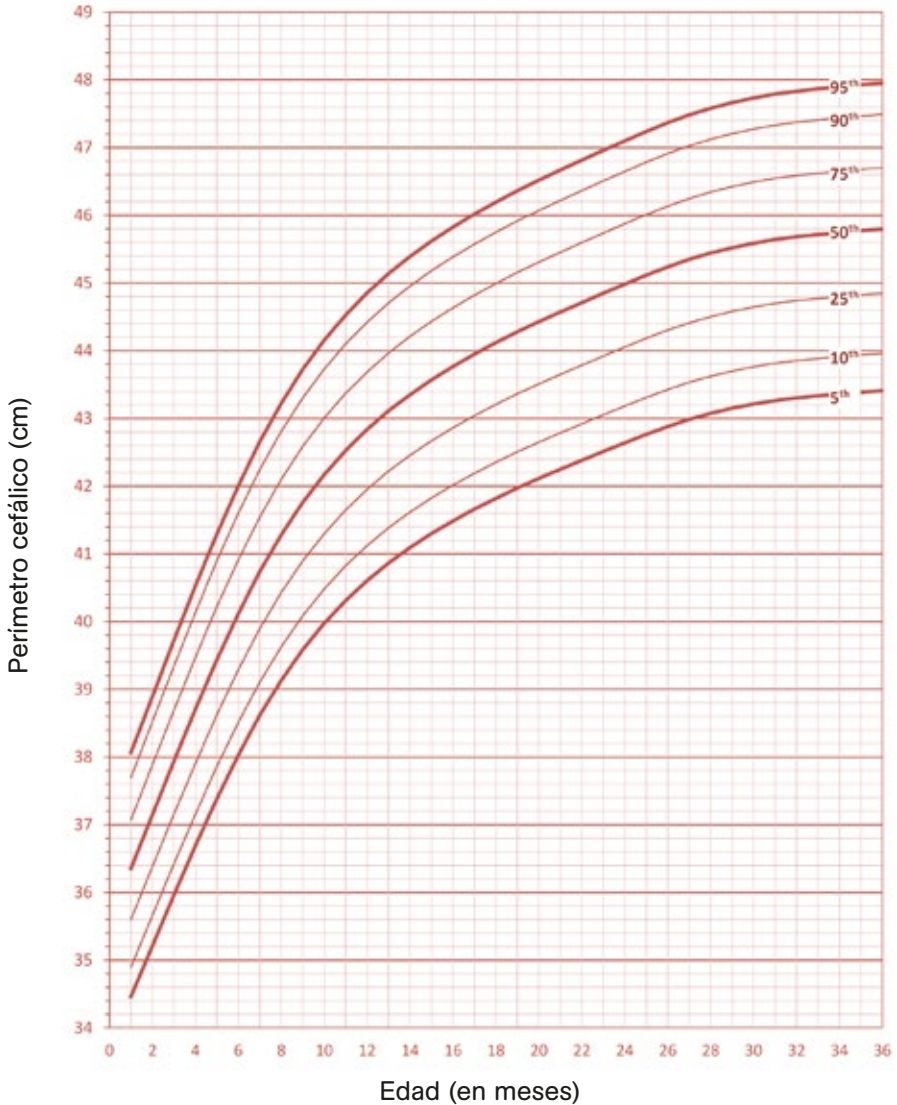
Fuente: Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



Perímetro cefálico para la edad

Percentiles (nacimiento a 3 años)

TRISOMÍA 21
NIÑAS



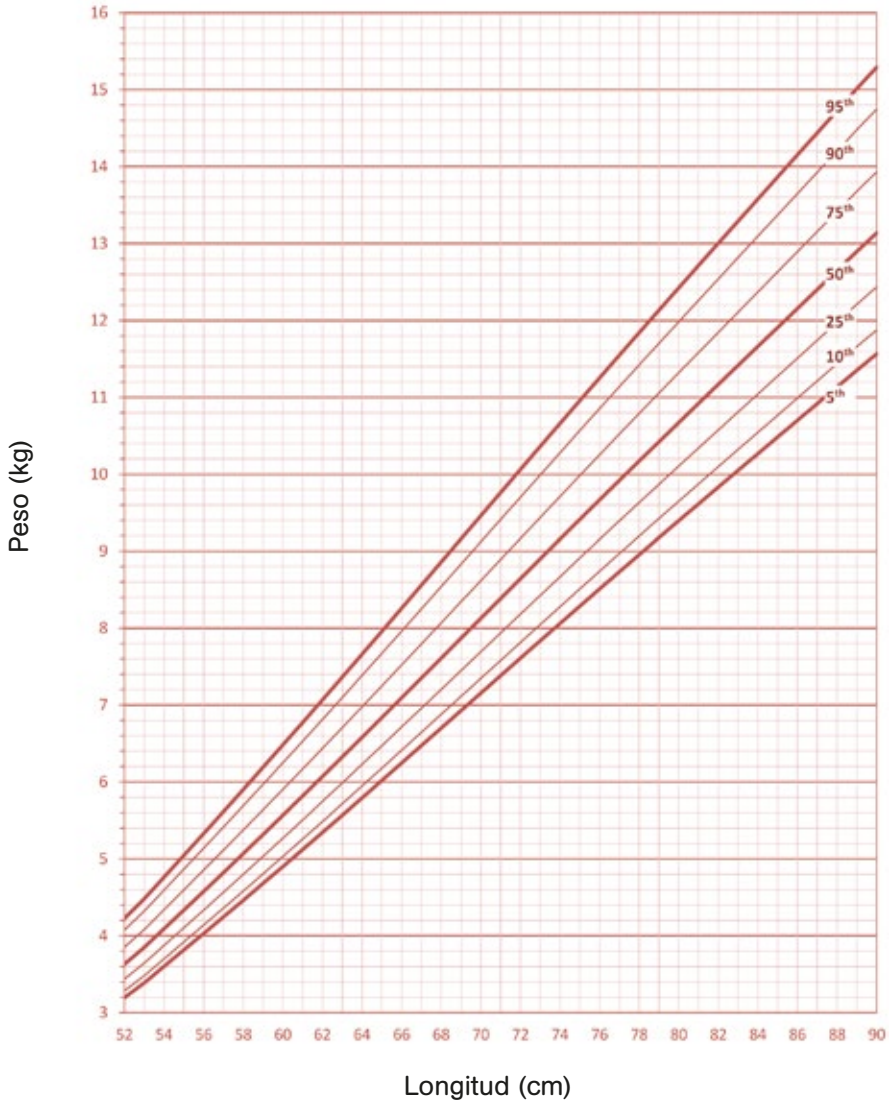
Fuente: Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



Peso para la longitud

Percentiles (nacimiento a 3 años)

TRISOMÍA 21
NIÑAS



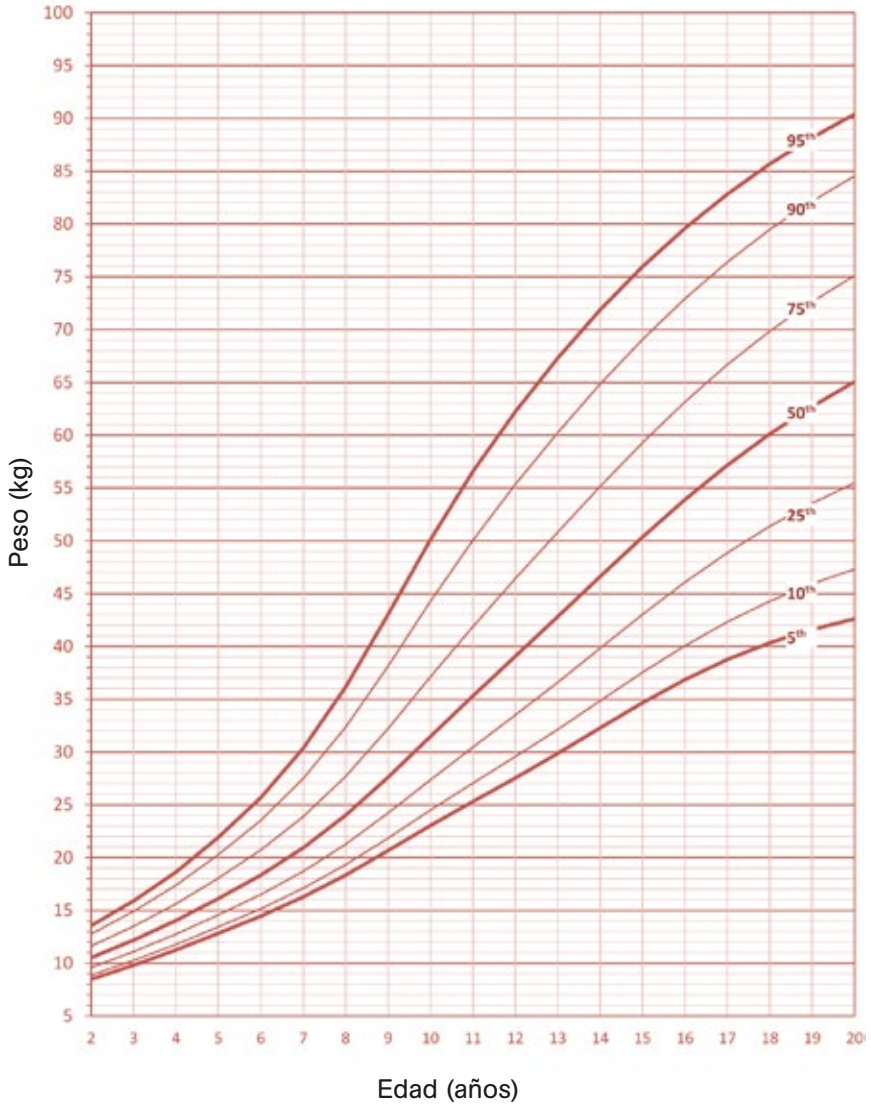
Fuente: Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



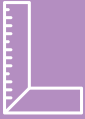
Peso para la edad

Percentiles (2 a 20 años)

TRISOMÍA 21
NIÑAS



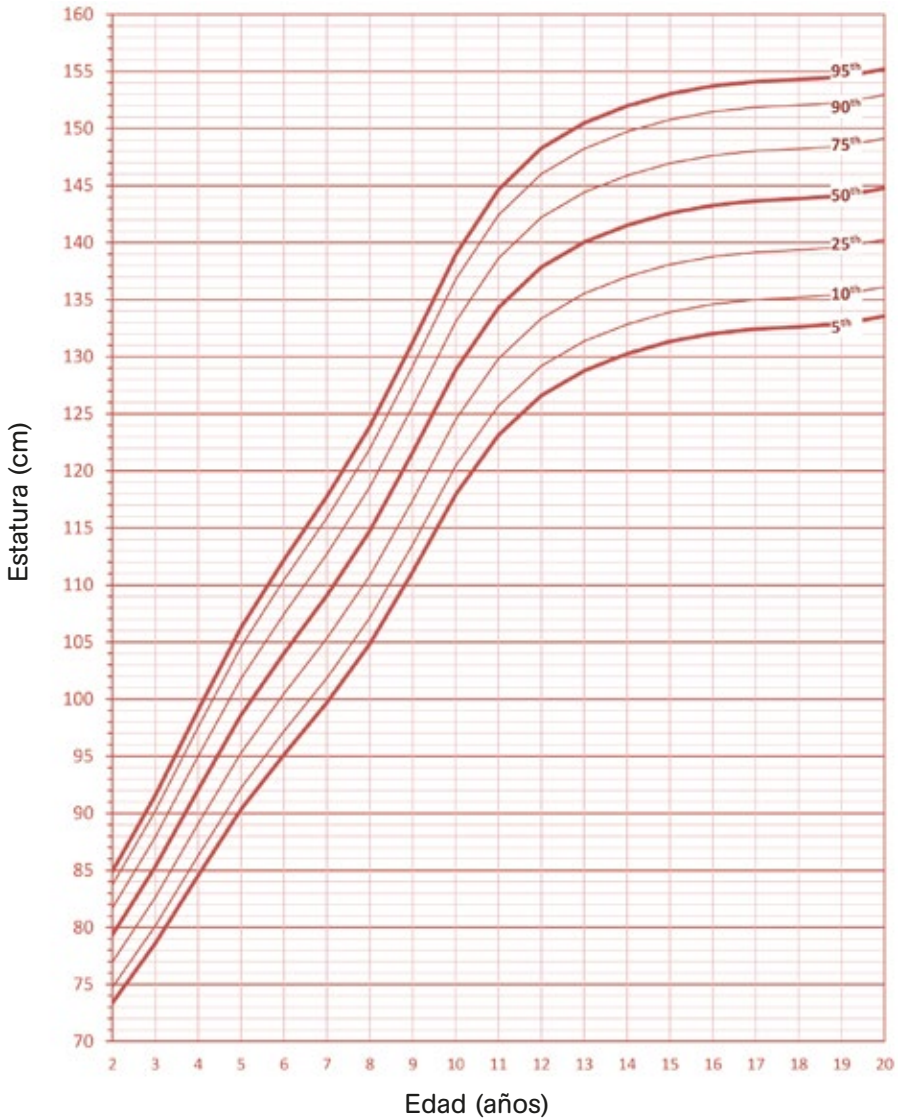
Fuente: Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



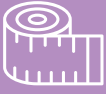
Estatura para la edad

Percentiles (2 a 20 años)

TRISOMÍA 21
NIÑAS



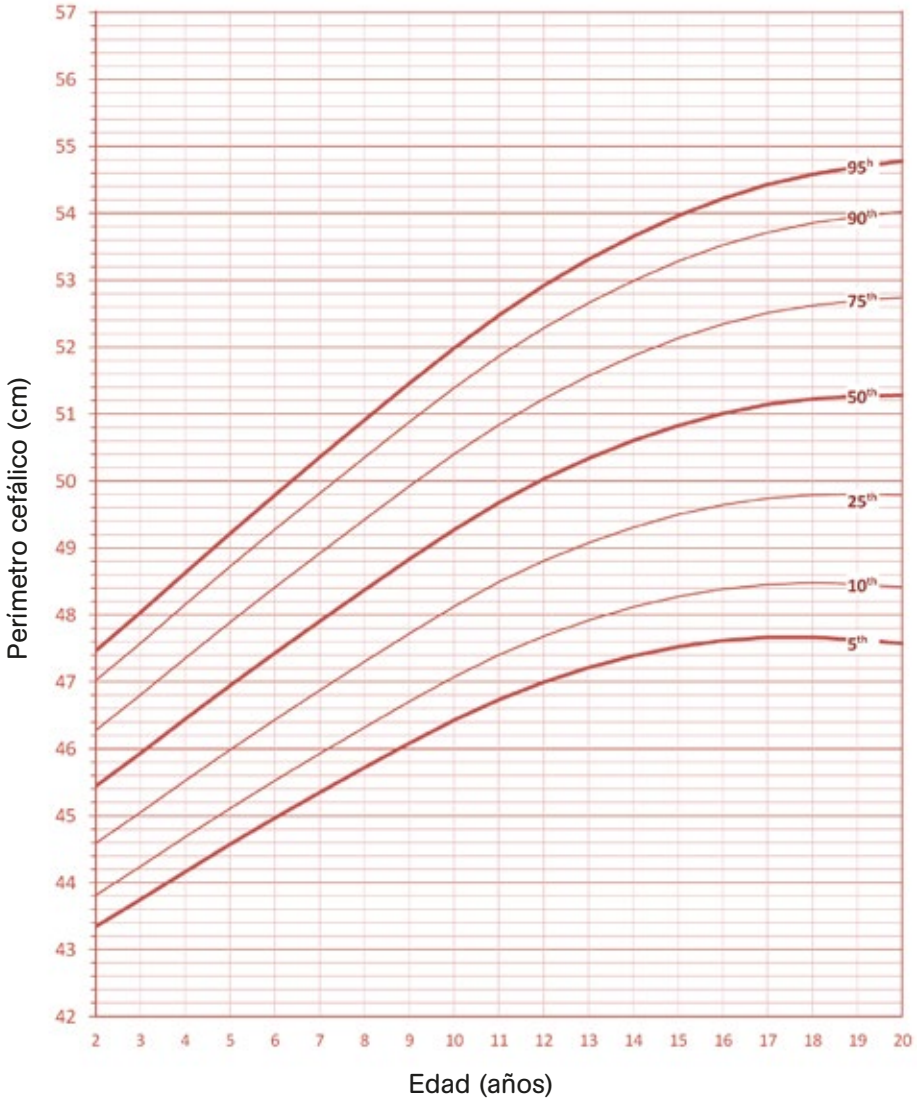
Fuente: Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



Perímetro cefálico para la edad

Percentiles (2 a 20 años)

TRISOMÍA 21
NIÑAS



Fuente: Zemel BS, Papan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.

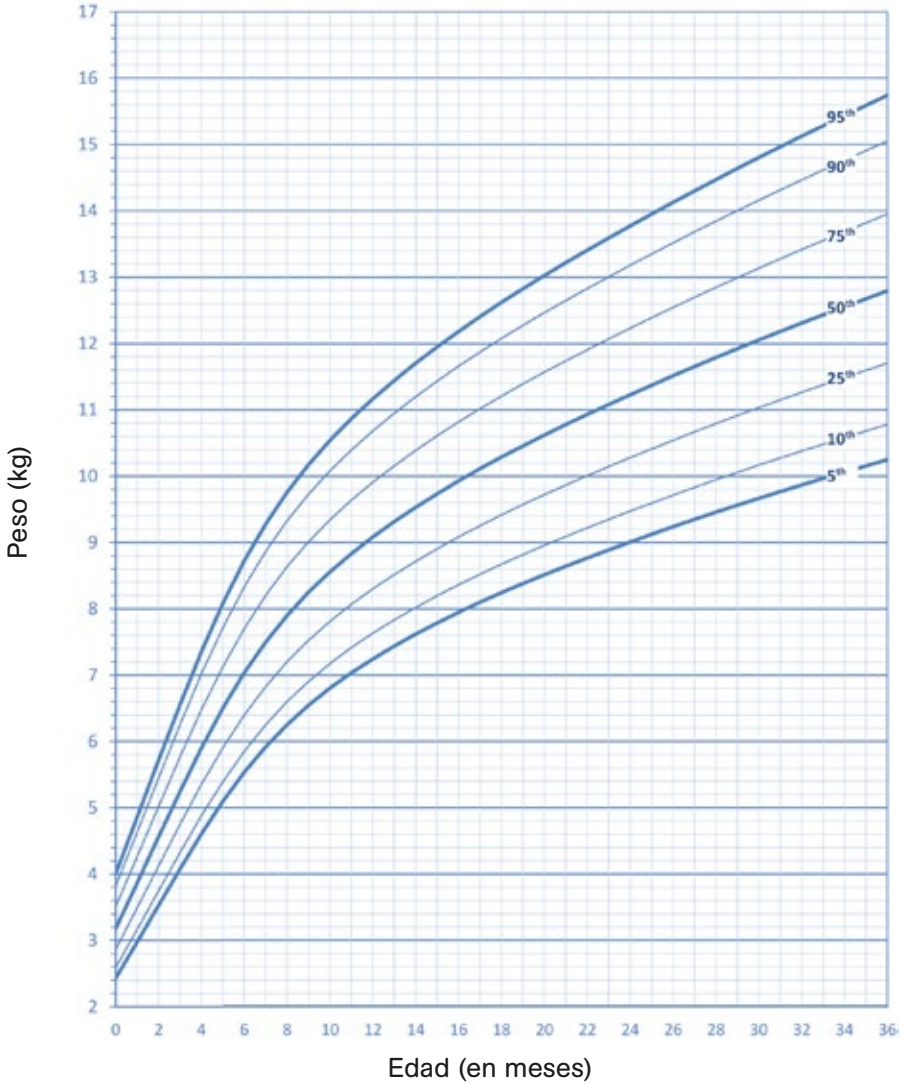


Peso para la edad

Percentiles (nacimiento a 3 años)

TRISOMÍA 21 NIÑOS

Observe cómo crece su hijo



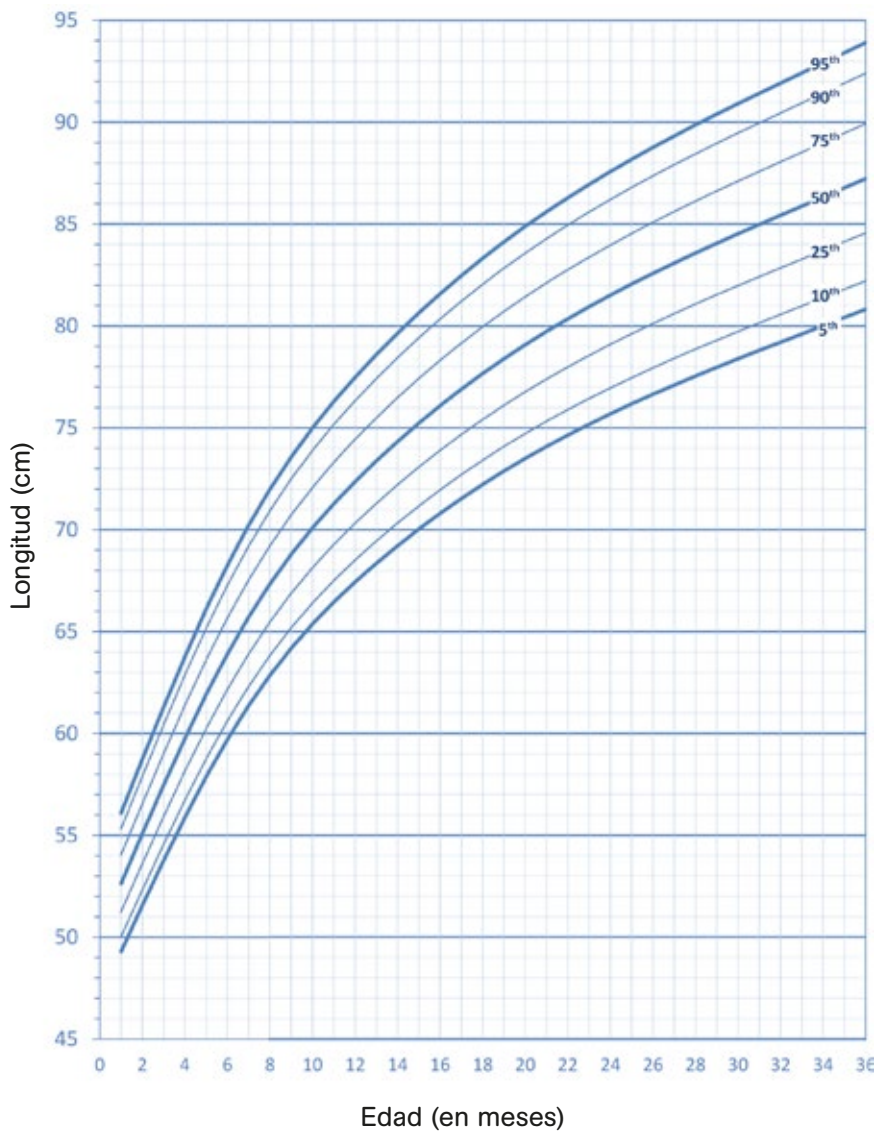
Fuente: Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



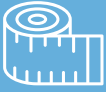
Longitud para la edad

Percentiles (nacimiento a 3 años)

TRISOMÍA 21
NIÑOS



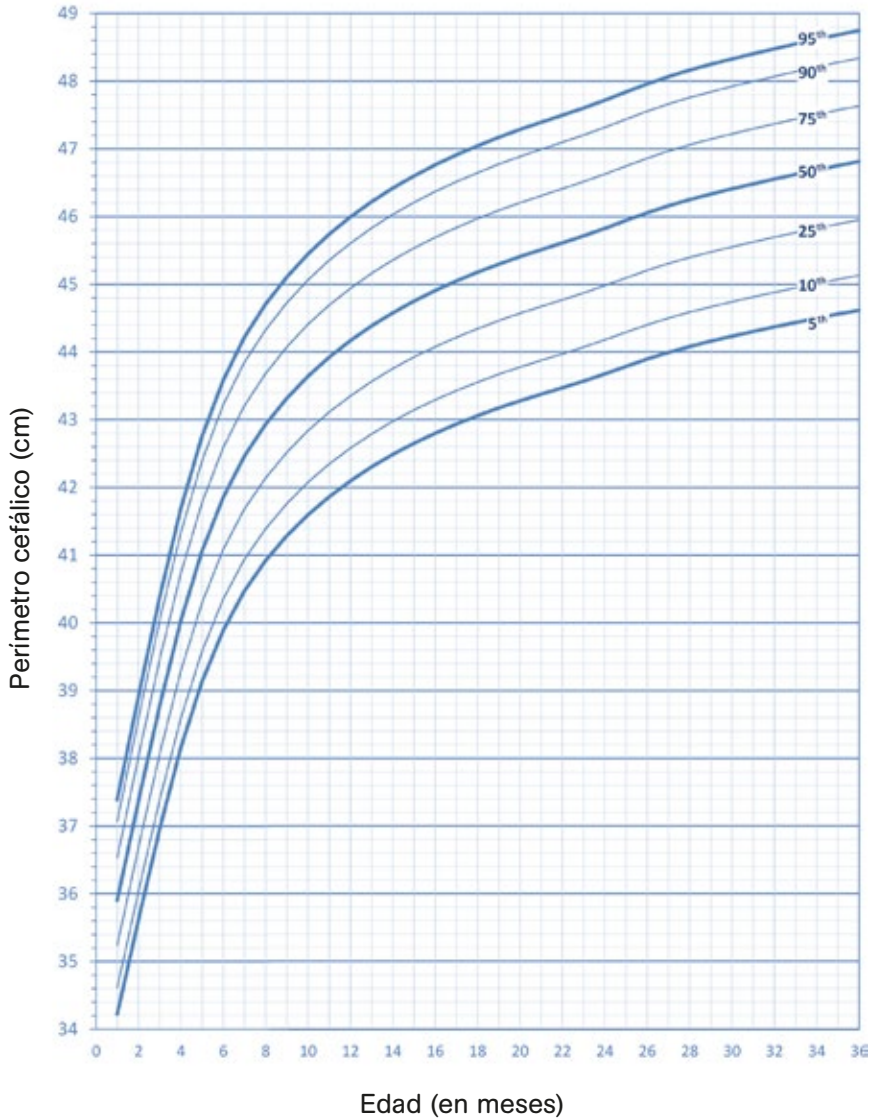
Fuente: Zemel BS, Papan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



Perímetro cefálico para la edad

Percentiles (nacimiento a 3 años)

TRISOMÍA 21
NIÑOS



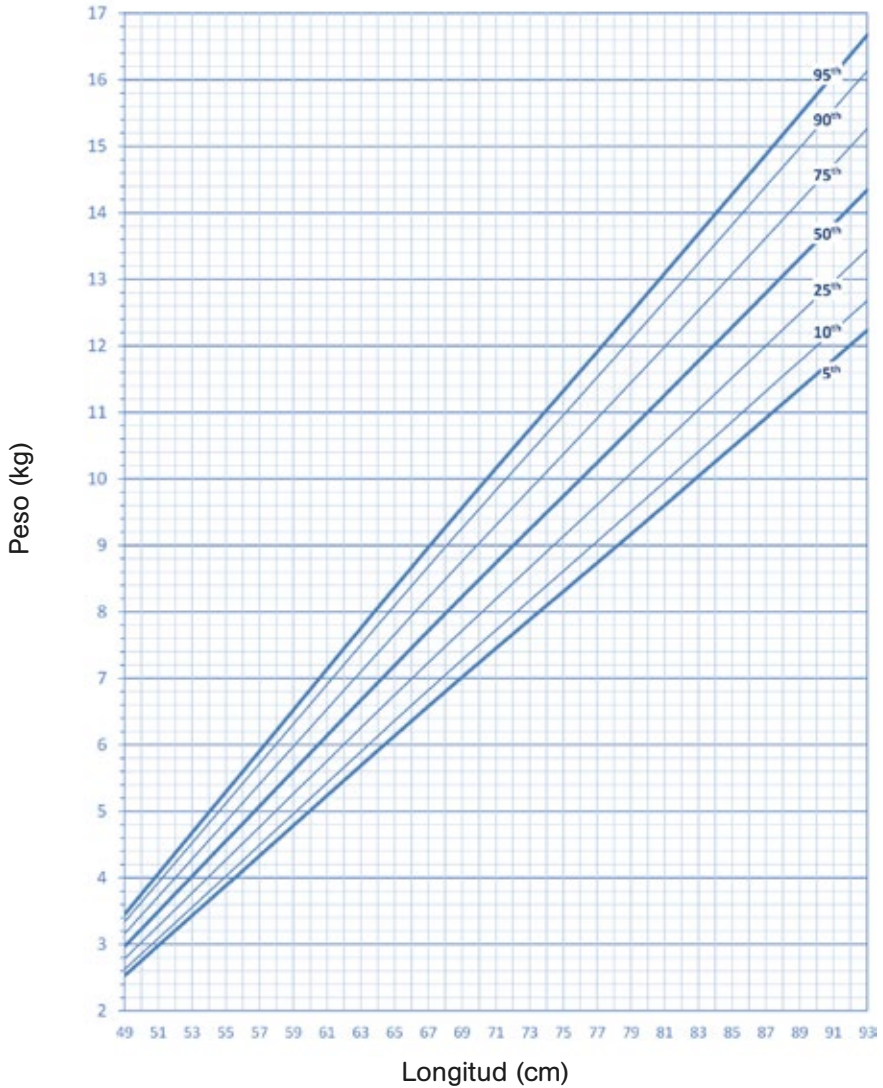
Fuente: Zemel BS, Papan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



Peso para la longitud

Percentiles (nacimiento a 3 años)

TRISOMÍA 21
NIÑOS



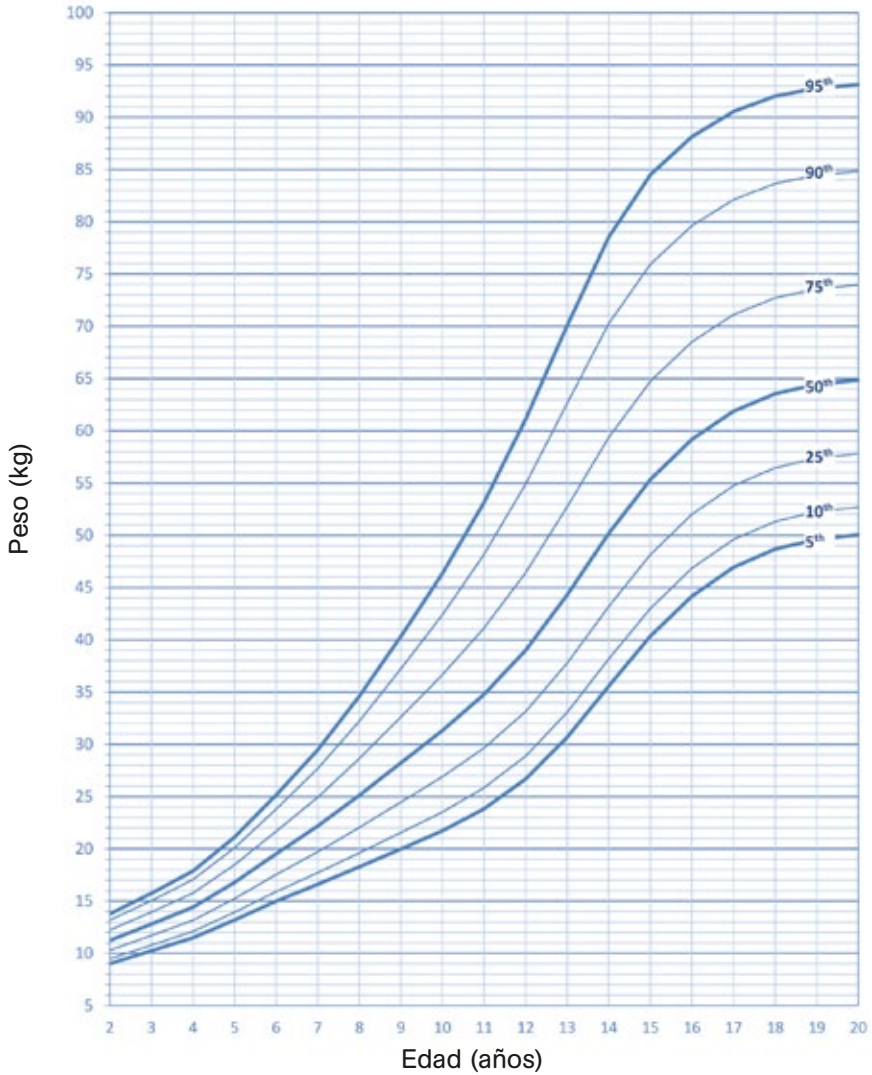
Fuente: Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



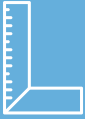
Peso para la edad

Percentiles (2 a 20 años)

TRISOMÍA 21
NIÑOS



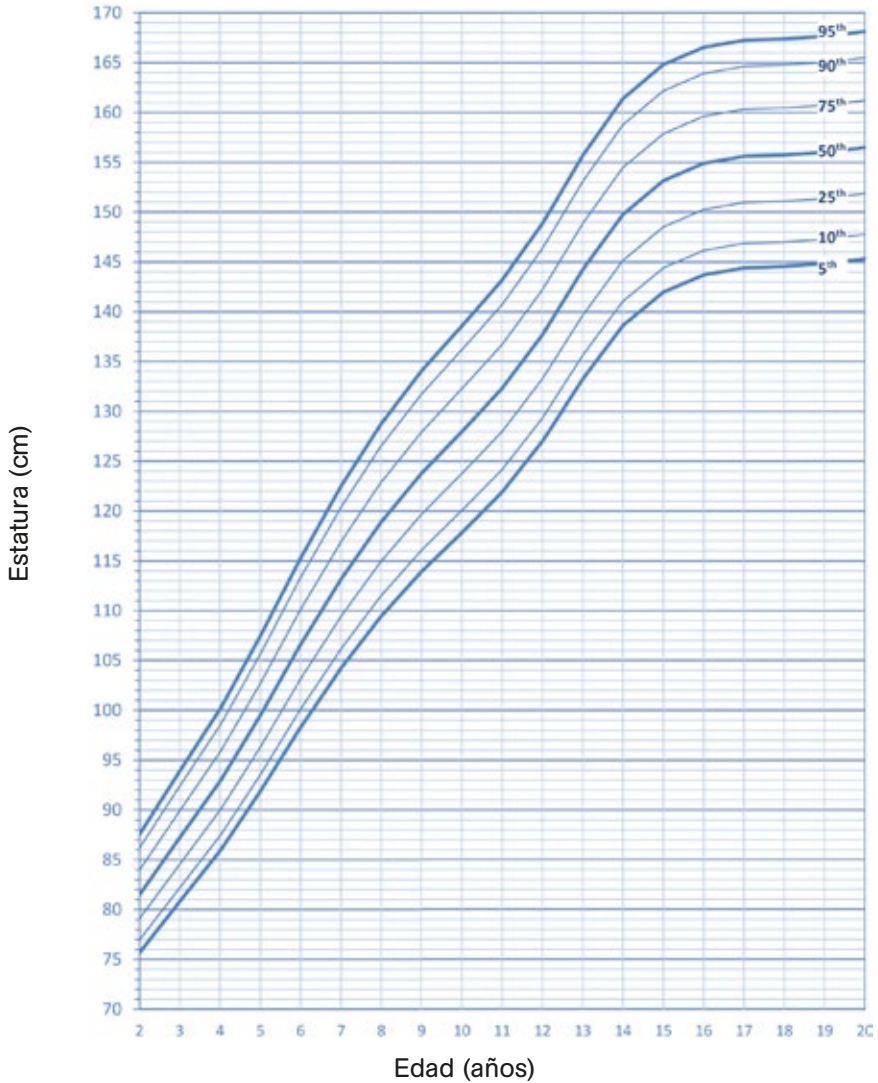
Fuente: Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



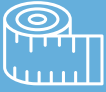
Estatura para la edad

Percentiles (2 a 20 años)

TRISOMÍA 21
NIÑOS



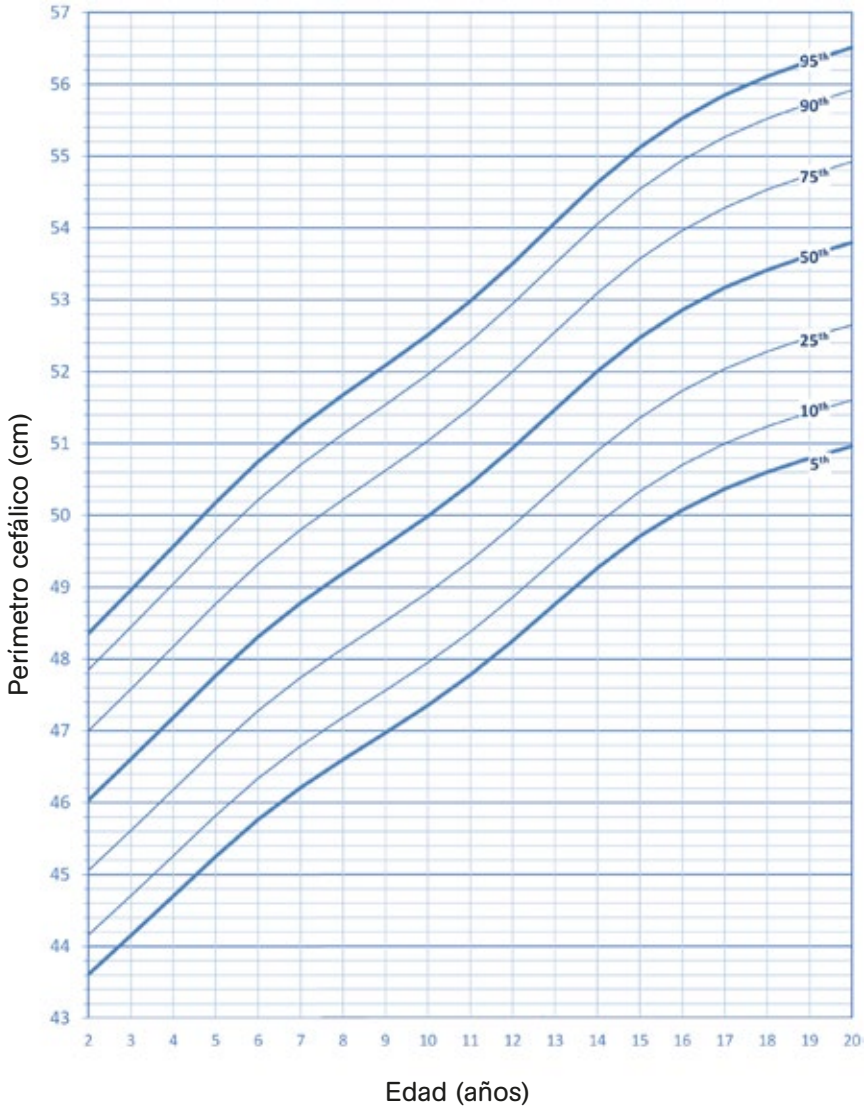
Fuente: Zemel BS, Papan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.



Perímetro cefálico para la edad

Percentiles (2 a 20 años)

TRISOMÍA 21
NIÑOS



Fuente: Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.

NIÑAS/NIÑOS

Trisomía 21

Controles recomendados

Recién nacido

Paraclínica

Cariotipo

Función tiroidea

Ecocardiograma

Potenciales auditivos de tronco cerebral o estudios de emisión otoacústica

Ecografía abdominal-renal

Interconsulta

Oftalmólogo (descartar catarata congénita)

1 - 12 meses

Paraclínica

Función tiroidea (TSH y T4) a los 6 meses

Función tiroidea (TSH y T4) a los 12 meses

Potenciales auditivos de tronco cerebral (si no se realizaron previamente o si existen dudas)

Control hematológico anual

Interconsulta

Evaluación con oftalmólogo (a los 6 meses o antes si hay alteraciones)

Examen anual ORL

Fisioterapeuta

Evaluación de audición y lenguaje

Evaluación nutricional

Programa de estimulación temprana

1^{er} año - Pubertad

Paraclínica

Anticuerpos antiendomiso y antitransglutaminasa (a los 2 años)

Repetir anualmente

Ecocardiograma (si no se hizo previamente)

Función tiroidea anual

Rx de cuello en posición neutra flexión y extensión (entre 3 y 5 años. Repetir en la adolescencia)

Interconsultas

Oftalmólogo (anual)

Evaluación nutricional

Continuación de la terapia vocal y motora

Inestabilidad atlantoaxial

Para los niños/as que tengan inestabilidad (5 a 7 mm) pero estén asintomáticos, restringir solo las actividades que supongan riesgo de lesión de la médula espinal (evitar los deportes de contacto como fútbol, rugby, lucha, boxeo) y actividades deportivas como el trampolín, gimnasia y el buceo que exigen una importante flexión del cuello. No es necesario restringir todas las actividades.

A los niños/as en los que la exploración demuestre cifras límite o presenten radiografías anormales se les deberá practicar una exploración neurológica completa para descartar la compresión de la médula espinal. Probablemente estén indicados los estudios de neuro imagen (tomografía, resonancia magnética).

Recomendamos el examen neurológico cuidadoso de la niña/o con síndrome de Down, atención inmediata a los síntomas que indiquen problemas de cuello o de médula espinal y la vigilancia por parte de los médicos ORL y los anestesiistas en las intervenciones quirúrgicas o maniobras que exijan la hiperextensión del cuello.



DESARROLLO DEL NIÑO Y NIÑA CON TRISOMÍA 21

| Conductas a observar | Media (meses) | Intervalo (meses) | Cómo estimular el desarrollo |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sostén cefálico boca abajo. <input type="checkbox"/> Sostén cefálico posición vertical. <input type="checkbox"/> Sigue con la mirada objetos móviles. <input type="checkbox"/> Reacciona al sonido. <input type="checkbox"/> Sonríe. | 2,7 5 3 1 2 | 1 a 9 3 a 9 1,5 a 6 0,5 a 1,5 1,5 a 4 | Acariciar, mirar y hablar mientras se amamanta, se baña o se cambia la ropa. Poner al alcance de su vista objetos de colores. |
| <input type="checkbox"/> Gira sobre su propio cuerpo. <input type="checkbox"/> Pasa objetos de una mano a otra. <input type="checkbox"/> Usa toda la mano para tomar objetos. <input type="checkbox"/> Inicia juegos simples. | 8 8 6 6 | 4 a 12 6 a 12 4 a 11 6 a 12 | Cambiar de posición. Jugar y cantarle canciones de cuna. Sentarla/o con almohadones. Permitirle disfrutar con el agua durante el baño. Nombrar y mostrar objetos y personas. |
| <input type="checkbox"/> Se sienta sin apoyo. <input type="checkbox"/> Gatea. <input type="checkbox"/> Juega con palmaditas y a esconderse. <input type="checkbox"/> Dice mamá y papá. <input type="checkbox"/> Encuentra objetos escondidos debajo de algo. | 9 11 11 11 13 | 6 a 16 9 a 36 9 a 16 7 a 18 9 a 21 | Juegue con el/ella frente al espejo. Enséñele él NO. Incentive el uso del silabeo. Deje explorar. Use el corral con moderación. No es conveniente el uso del andador. Ayude a comer con la cuchara y taza. |
| <input type="checkbox"/> Se para con ayuda. <input type="checkbox"/> Se pone de pie solo/a. <input type="checkbox"/> Camina con ayuda. <input type="checkbox"/> Pone tres o más objetos dentro de una caja. <input type="checkbox"/> Construye una torre con dos cubos. <input type="checkbox"/> Bebe de una taza. <input type="checkbox"/> Utiliza cuchara y tenedor. <input type="checkbox"/> Responde a palabras familiares. <input type="checkbox"/> Responde a instrucciones verbales sencillas. <input type="checkbox"/> Demuestra lo que necesita haciendo gestos. | 13 18 16 19 20 20 20 13 16 22 | 8 a 26 12 a 38 6 a 30 12 a 34 14 a 32 12 a 30 12 a 36 10 a 18 12 a 24 14 a 30 | Aproveche el momento de comer para estimular la relación con la familia. Juegue con la niña/o con música y haga gestos. Comenzar juego de dame-tomá. Déle cubos y recipientes para jugar. Juegos de imitación. No calme las rabietas con golosinas. Establezca los horarios de siesta y sueño nocturno. Estimule la adquisición de hábitos manteniendo un orden, ellos necesitan más estabilidad y orden en su entorno, ya que de lo contrario, le costará entender las normas. |



DESARROLLO

| Conductas a observar | Media (meses) | Intervalo (meses) | Cómo estimular el desarrollo |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Camina sola/o. <input type="checkbox"/> Sube escalera con ayuda. <input type="checkbox"/> Come sola/o. <input type="checkbox"/> Dice frases de dos palabras. | 24 30 30 30 | 12 a 45 20 a 48 20 a 48 18 a 60 | No utilice lenguaje infantil. Déle órdenes sencillas. Permita que intente vestirse y desvestirse con autonomía. Déle lápiz y papel para dibujar y libros para que pase las hojas. |
| <input type="checkbox"/> Baja escalera con ayuda. <input type="checkbox"/> Se desviste. <input type="checkbox"/> Controla esfínteres durante el día. <input type="checkbox"/> Juega juegos de interacción. | 36 38 36 3,5 a 4 años | 24 a 60 24 a 60 18 a 50 | Cuénteles historias, mire, lea y coménteles libros. Siga alentándolo/a para que coma con independencia. Ayude a la hora de bañarse, cepillarse los dientes y usar el baño solo/a. Estimule el juego con sus pares teniendo en cuenta que aún no comparte sus cosas. |
| <input type="checkbox"/> Salta sobre un punto. <input type="checkbox"/> Corre. <input type="checkbox"/> Se viste. <input type="checkbox"/> Utiliza palabras espontáneamente y se comunica. <input type="checkbox"/> Juega juegos con reglas sencillas. | 4 a 5 años 4 años aprox. 4 a 5 años 5 a 6 años 4 a 5 años | | Fomente compartir la mesa familiar. Permita que colabore en tareas sencillas del hogar. Mantenga una rutina en los horarios. Integración pre-escolar. Realice actividades al aire libre. Respete su gusto y privacidad. Estimule la formación de su grupo de amistad. Exija toda la autonomía de la que son capaces. |

DESARROLLO

Cada niña/o con trisomía 21 es única/o y diferente, por lo tanto su desarrollo también lo va a ser. Su desarrollo neurológico depende fundamentalmente de factores genéticos, biológicos y socio-ambientales, aunque será más lento. En los primeros años de vida el cerebro presenta una gran plasticidad, de ahí que sea tan importante la estimulación temprana en esta etapa. Son necesarios programas que cuenten con personal especializado para ayudar a proporcionar la experiencia temprana requerida para compensar las dificultades de desarrollo.

Será muy valioso para el desarrollo de su hija/o cumplir con las pautas indicadas por dicho personal (psicomotricista, fisioterapeutas, fonoaudiólogas) desde los primeros meses de vida. Recomendamos seguir un programa de salud de carácter preventivo.

Los datos expuestos han de tomarse como una orientación, ya que la variabilidad es muy grande. Es tan importante el valor que se muestra como el intervalo al que pertenece considerando normal cualquier valor que se encuentre en dicho intervalo.

Interconsultas

| Fecha | Edad | Especialidad | Diagnóstico / Tratamiento | Firma |
|-------|------|--------------|---------------------------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Interconsultas

| Fecha | Edad | Especialidad | Diagnóstico / Tratamiento | Firma |
|-------|------|--------------|---------------------------|-------|
|-------|------|--------------|---------------------------|-------|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Hospitalizaciones - Enfermedades

| Fecha | Edad | Especialidad | Diagnóstico / Tratamiento | Firma |
|-------|------|--------------|---------------------------|-------|
|-------|------|--------------|---------------------------|-------|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



LACTANCIA

DATOS A TENER EN CUENTA:

- Pecho a demanda, al menos 8 veces al día.
- Vaciar un pecho antes de ofrecer el otro.
- Comenzar con el último pecho en la siguiente lactada.

SEÑALES TEMPRANAS DE HAMBRE DEL RECIÉN NACIDO/A

- Abre la boca ✓
- Busca el pecho ✓
- Lleva su mano a la boca ✓
- Se empieza a molestar ✓



EL LLANTO ES UNA SEÑAL TARDÍA DE HAMBRE



NO AMAMANTAR BASÁNDONOS EN HORARIOS

¿PUEDO DESPERTAR A MI NIÑO/A?

Algunos recién nacidos duermen mucho, en estos casos hay que despertarlos para que se alimenten, al menos, 8 veces al día.

¿CUÁNTO DEBE DURAR LA LACTADA?

Cada niño/a demora diferentes tiempos en completar la toma. Es conveniente que tome todo un pecho y después seguir con el otro si así lo desea.

DAR PECHO A LIBRE DEMANDA.

A tener en cuenta que de cada mama, el tiempo de succión no debe ser menor a 5 minutos ni mucho más de 30 minutos.

¿Cómo sabemos si el bebé está tomando la cantidad de leche que necesita?



ORINA

En el pañal la orina debería verse de color amarillo claro y sin olor fuerte.



HIDRATACIÓN

La boca y los ojos deben verse húmedos.



PESO

Aumento adecuado de peso.

Si tiene dudas consultar con el equipo de salud de apoyo a la lactancia de su prestador de salud.



LACTANCIA

AMAMANTAR NO DEBERÍA DOLER

Los primeros días es normal sentir molestia, los pezones están más sensibles, habitualmente esto mejora luego de las primeras semanas.

SE PUEDEN LASTIMAR PEZONES CON:

1

MALA POSICIÓN
AL AMAMANTAR

2

MAL ACOPLÉ
DEL NIÑO/A

3

CONFUSIÓN DEL
PEZÓN CON TETINA
O CHUPETE

SI ESTO LE PASA RECOMENDAMOS

- Tratar de mejorar el agarre y la postura.
- Extraer manualmente la leche del pecho que está más lastimado.
- Lubricar el área del pezón con su leche para ayudar con la cicatrización.

**SI NOTA LOS PECHOS CALIENTES, CONGESTIONADOS,
COLORADOS O TIENE FIEBRE CONSULTE A SU MÉDICO/A.**





RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS

EN LOS PRIMEROS 6 MESES, DEBE RECIBIR LECHE MATERNA EXCLUSIVA SI LA MAMÁ QUIERE Y PUEDE. NO NECESITA NINGÚN OTRO ALIMENTO, NI AGUA, NI TÉ, NI YUYOS.

Alimentación entre los 6 meses y los 2 años



Hasta los 6 meses la leche materna es el único alimento que el bebé necesita. Cuando el bebé crece necesita los nutrientes que contienen otros alimentos, los cuales complementarán a la leche materna.

Cuando el bebé comienza a incorporar otros alimentos, a partir de los 6 meses aproximadamente, se le abre un mundo de nuevas experiencias, descubre olores, sabores, colores y texturas que le dan placer e inciden en lo que le gustará comer durante toda su vida.

El mejor momento para empezar con esta nueva experiencia es cuando tiene sostén céfalico y se sienta con apoyo, a los seis meses. La presencia de los adultos es muy importante, especialmente en los primeros días. El bebé comerá mejor si está acompañado por quienes más quiere.

Cuando el bebé empieza a comer, suele aceptar poca cantidad de comida. En las primeras comidas será suficiente con dos o tres cucharadas. Luego se puede aumentar la cantidad a media taza, tres cuartos, hasta alcanzar una taza o el plato de postre completo.

La importancia de la rutina

Es importante establecer una rutina para las comidas del bebé y acostumbrarlo a comer a la misma hora, si es posible, sentado en su propia sillita. Lo más adecuado es continuar con la leche materna a demanda y dar una comida principal y una o dos entrecomidas.

Al séptimo mes ya son necesarias dos comidas principales -es decir, almuerzo y cena- y de una a dos entrecomidas, que más adelante se irán transformando en desayuno y merienda. A partir de los 12 meses el desayuno, el almuerzo, la merienda y la cena se establecerán de acuerdo con las dinámicas de la familia.

Hasta los 6 meses, la leche materna es el único alimento que el bebé necesita. Cuando el bebé crece necesita los nutrientes que contienen otros alimentos, los cuales complementarán a la leche materna que puede continuar hasta los 2 años o más hasta que los involucrados lo decidan.



ALIMENTACIÓN DE 0 A 24 MESES

| ALIMENTOS | 0-6 MESES | 6-12 MESES | 12-24 MESES |
|--|--|------------|-------------|
| Leche materna. | | | |
| PPL (preparados para lactante) en niños que no toman leche materna o reciben una alimentación mixta. | | | |
| Carnes, frutas, verduras y legumbres, cereales (harina de maíz, arroz y fideos), pan. Yogur natural sin azúcares añadidos, leche de vaca sólo en preparaciones (en pequeñas cantidades). Aceites, preferentemente canola o soja. | | | |
| Leche de vaca para beber a partir de los 12 meses en caso de que el niño no tome leche materna. | | | |
| Alimentos no recomendados: miel, alimentos industrializados (flanes, postres lácteos, galletitas, alfajores, golosinas, chocolate, snacks, fiambres y embudidos entre otros). | NO RECOMENDADO ANTES DE LOS 2 AÑOS | | |
| En caso de ofrecer maní o frutos secos, siempre triturados. Quitar semillas de los alimentos frescos como uvas. | NO RECOMENDADOS ANTES DE LOS 2 AÑOS | | |
| A partir del 6º mes y con la introducción de los alimentos ofrecer agua sin gas. | | | |

Luego de los 2 años se deberán seguir las recomendaciones de la Guía alimentaria para la población uruguaya.

www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-alimentaria-para-poblacion-uruguaya



ACTIVIDAD FÍSICA



SAL Y AZÚCAR

EVITÁ EN EL DÍA A DÍA PRODUCTOS COMO:

Papas fritas, nuggets, panchos, hamburguesas y fiambres.
 Refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas.
 Snacks, alfajores y galletitas rellenas. Helados y golosinas.
 Caldos, sopas instantáneas y aderezos.

ANTE DIETAS ESPECIALES POR ELECCIÓN O ENFERMEDAD ES NECESARIO CONOCER LA NECESIDAD DE SUPLEMENTACIÓN VITAMÍNICA POR RECOMENDACIÓN MÉDICA.

Evite lesiones no intencionales



Mantenga fuera del alcance de los niños/as medicamentos, productos de limpieza, venenos y objetos pequeños que puedan tragar.



Utilice las hornallas de atrás de la cocina, cuide que las asas y mangos no sobresalgan.



No deje a la niña/o solo cerca de baldes con agua, bañeras, pozos y piscinas.



No almacene sustancias tóxicas en envases de alimentos o refrescos porque pueden confundirse.



Los niños/as deben viajar en el asiento trasero del auto hasta que alcancen 1 metro 50 cm de estatura con sistema de retención infantil adecuado.



Los niños/as no deberían ser pasajeros en ningún vehículo de dos ruedas.

www.gonzalorodriguez.org/es/



Proteja las escaleras, ventanas y balcones para evitar caídas.



Mantenga a niñas/os pequeños alejados de las mascotas si no están bajo vigilancia de un adulto. Enséñeles a no molestar a las mascotas cuando comen, duermen o tuvieron cachorros.



No lo deje manipular ningún tipo de fuegos artificiales.



No tome mate, té ni café mientras tiene a su hijo/a en brazos.



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

Signos que requieren consulta con el oftalmólogo

- Aumento del tamaño de la córnea
- Pupila blanca
- Caída del párpado
- Estrabismo
- Movimientos anormales de los ojos
- Lagrimeo en los primeros días de vida

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

Prematuro menor de 28 semanas de edad gestacional o peso menor a 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.

| Fecha | Diagnóstico y tratamiento |
|-------|---------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |





SALUD BUCAL

- No limpiar el chupete con la boca del adulto ni agregar miel u otros dulces.
- Realizar el cepillado dental 2 veces por día con pasta fluorada (al menos 1000 ppm) en todos los niños/as luego de la erupción dentaria, utilizando la cantidad de pasta apropiada para la edad.
- Evite que consuma golosinas, bebidas azucaradas y snacks.
- Los dientes de leche son tan importantes como los permanentes.

Consultar en forma inmediata si el niño/a sufre un traumatismo (golpe en la boca).

Si por un traumatismo de boca se sale entero un diente de leche, descártelo.

Si por un traumatismo de boca se sale un diente permanente, colóquelo en un recipiente con leche o entre el labio y los molares del niño/a y consulte inmediatamente al odontólogo.

Si se fractura un diente consulte al odontólogo inmediatamente.

Considere el uso de protectores bucales para la práctica de deportes.

| Edad (meses) | Enfermedad caries | Pérdidas dentarias | Control Gingival | Educación para la salud bucal |
|--------------|--------------------------|--------------------|------------------|-------------------------------|
| 6 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 12 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 24 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 36 | <input type="checkbox"/> | | | |

| Edad (años) | Enfermedad caries | Pérdidas dentarias | Control Gingival | Educación para la salud bucal |
|-------------|--------------------------|--------------------|------------------|-------------------------------|
| 6 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 9 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 12 | <input type="checkbox"/> | | | |





CONSTANCIA DE APTITUD FÍSICA

Nombre del niño/a:

| Fecha | Edad | Certifico que está apta/o para realizar todo tipo de actividad física | Válido hasta | Firma del pediatra | Sello |
|-------|------|---|--------------|--------------------|-------|
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |



CONSTANCIA DE APTITUD FÍSICA

Nombre del niño/a:

| Fecha | Edad | Certifico que está apta/o para realizar todo tipo de actividad física | Válido hasta | Firma del pediatra | Sello |
|-------|------|---|--------------|--------------------|-------|
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |



CONSTANCIA DE APTITUD FÍSICA

Nombre del niño/a:

| Fecha | Edad | Certifico que está apta/o para realizar todo tipo de actividad física | Válido hasta | Firma del pediatra | Sello |
|-------|------|---|--------------|--------------------|-------|
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |



CONSTANCIA DE APTITUD FÍSICA

Nombre del niño/a:

| Fecha | Edad | Certifico que está apta/o para realizar todo tipo de actividad física | Válido hasta | Firma del pediatra | Sello |
|-------|------|---|--------------|--------------------|-------|
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Sin restricciones <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> | | | |
| | | No autorizada | | | |
| | | Transitoria <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> | | | |

RECORDAR INTERROGAR

Antecedentes personales:

- Dolor torácico anterior u opresión en relación con ejercicio (características angor)
- Síncope o pre-síncope de causa inexplicada que aparece en el esfuerzo o luego del mismo (no vasovagal)
- Disnea o fatiga excesiva e inexplicada en relación con el ejercicio
- Detección de soplo cardíaco que no haya sido estudiado y desestimado
- Hipertensión arterial diagnosticada y/o tomando medicación antihipertensiva
- Restricción previa a deportes indicada por equipo médico
- Estudios cardiológicos previos indicados por equipo médico

Antecedentes familiares:

- Muerte inexplicada antes de los 50 años en algún familiar
- Discapacidad por causa cardíaca en familiar de 1^{er} grado menor a 50 años
- Antecedentes de patología cardíaca conocida como: cardiopatía hipertrófica o dilatada, síndrome de QT largo y otras canalopatías, trastorno severo del ritmo, síndrome de Marfán, alteraciones genéticas cardíacas en familiares

EXAMEN FÍSICO

Buscar:

- Soplo cardíaco, sugestivo de ser orgánico
- Pulsos femorales / ausencia
- Estigmas de síndrome de Marfán
- PA en miembros superiores e inferiores



NOTAS

DATOS DE INTERÉS

CAÍDA DE CORDÓN

EXPULSIÓN DE MECONIO

ERUPCIÓN DENTARIA

INGRESO A LA EDUCACIÓN

ESCOLARIZACIÓN PRIMARIA DE PRIMERO A SEXTO

ACTIVIDADES RECREATIVAS

OTROS HECHOS TRASCENDENTES:



TELÉFONOS IMPORTANTES

- Atención a usuarios MSP
1934 int. 5023/5026 - atencionalusuario@msp.gub.uy
- Emergencias: 911
- Línea azul (INAU): 0800 5050
- Bomberos: 104
- Jefatura: 1909
- Centro de Información y Asesoramiento Tóxicológico: 1722
- Laboratorio de Pesquisa Neonatal BPS: 0800 1767
- Apoyo a la mujer víctima de violencia: 0800 4141
- Banco de leche Montevideo: 2706 6050
- Banco de leche Salto: 091 757 684
- Banco de leche Tacuarembó: 4632 4433
- MIDES: 0800 7263
- Programa niñez: 1934 interno 4250
programaninez@msp.gub.uy
- Lactancia: 1934 interno 4250
coordinacionlactancia@msp.gub.uy

www.msp.gub.uy

SEXTA EDICIÓN: AÑO 2023

Carné de control pediátrico

Son derechos
de la niña y el niño:



Tener un nombre desde el nacimiento
y obtener una nacionalidad.



Ser amamantada/o.



Recibir gratuitamente las vacunas indicadas
en el calendario de vacunación.



Tener acceso a alimentación adecuada y ser
acompañada/o en su crecimiento y desarrollo.



Tener oportunidad de educarse, aprender y jugar.



Vivir en un ambiente sin violencia.



Tener acceso a los servicios de salud.



Ministerio
de Salud
Pública



OPS



sup

