

Primer control del niño o niña



1. Identificación de Centro de Salud

Centro de Salud

Nombre de la persona que realiza la atención

apellido paterno

nombres

Profesión

Tipo de control

- ☐ Control de diada
- ☐ Control niño sano

Fecha del control

día

mes

año

2. Identificación del niño o niña

Nombre

apellido paterno

apellido materno

nombres

R.U.N

Dirección

calle

número

block

población o villa

localidad

comuna

Teléfonos de contacto

Fijo

Móvil

Fue prematuro

sí

no

Semanas / Días

3. Identificación de la madre

El niño o niña vive con:

- su madre
- su padre
- ambos
- ninguno*

Nombre

apellido paterno

apellido materno

nombres

R.U.N

* En caso que el niño o niña no viva con sus padres, indicar los datos de su cuidador principal:

¿Qué relación o parentesco tiene esta persona con el niño o niña?

¿Es su tutor legal?

sí

no

Nombre

apellido paterno

apellido materno

nombres

R.U.N

La madre o cuidador principal, ¿presenta alguna discapacidad permanente?

sí

no

En caso que la respuesta sea “sí”, determinar a qué tipo de discapacidad corresponde:

- Tipo de discapacidad
- Física
- Auditiva
- Visual
- Mental
- Psíquica

4. Datos de seguimiento del primer control

¿El niño o niña está afectado por alguna discapacidad?

sí

no

Si la respuesta es “sí”, especifique el tipo:

- Tipo de discapacidad
- Física
- Auditiva
- Visual
- Mental
- Psíquica

Primer control del niño o niña



**Chile
mejor**

 **Chile
crece
contigo**

5. Material entregado al niño o niña

	sí	no		sí	no
Descubriendo Juntos (Diada)	☐	☐	Acompañándote a Descubrir 3 (24 meses)	☐	☐
Acompañándote a Descubrir 1 (4 meses)	☐	☐	Contemos una Historia (3 años)	☐	☐
Acompañándote a Descubrir 2 (12meses)	☐	☐	Descubriendo mis emociones (4 años)	☐	☐

¿Existe otra situación de vulnerabilidad? sí ☐ no ☐

- ☐ Cesantía de entorno familiar.
 ☐ Problema de Vivienda/ Allegamiento/ Hacinamiento.

☐ Bajos ingresos del entorno familiar.
 ☐ Otro

☐ Jefatura de Hogar Femenina.

¿El niño o niña está afectado/a por alguna condición que implique alto riesgo biomédico? sí ☐ no ☐

En caso que la respuesta sea “sí”, determina a qué área corresponde el riesgo detectado:

- ☐ Hijo/a de madre con adicción a las drogas, alcohol y/o tabaco.
- ☐ Niño/a afectado por maltrato infantil.
- ☐ Niño/a con malformación congénita.
- ☐ Enfermedad crónica.
- ☐ Otro riesgo (*especificar cuál*)

¿Está de acuerdo con integrarse a Visitas Domiciliarias? sí ☐ no ☐

¿Asiste a Sala Cuna o Jardín Infantil? sí ☐ no ☐

¿Quién acompaña al niño o niña al control?

- ☐ Madre
 ☐ Ambos padres
 ☐ Otro (*especificar relación con el niño/a*)
- ☐ Padre
 ☐ Otro familiar