

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

Teléfono de contacto

Peso de nacimiento

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

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

Aplicación de instrumentos Chile Crece Contigo

(Revisar formulario del instrumento adjunto, según corresponda)

Instrumento

Fecha de aplicación

Resultado

Instrumento

Fecha de aplicación

Resultado

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

Teléfono de contacto

Peso de nacimiento

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

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 ☐

Aplicación de instrumentos Chile Crece Contigo

(Revisar formulario del instrumento adjunto, según corresponda)

Instrumento

Fecha de aplicación

Resultado

Instrumento

Fecha de aplicación

Resultado

5. Material entregado al niño o niña

Acompañándote a descubrir I	sí	no	Acompañándote a descubrir II	sí	no
Pack 1	☐	☐	Pack 1	☐	☐
Pack 2	☐	☐	Pack 2	☐	☐
Pack 3	☐	☐	Pack 3	☐	☐
			Pack 4	☐	☐
			Pack 5	☐	☐

Aplicación de instrumentos Chile Crece Contigo

(Revisar formulario del instrumento, según corresponda)

Instrumento	Fecha de aplicación	Resultado
Instrumento	Fecha de aplicación	Resultado

¿Existe otra situación de vulnerabilidad? ☐ sí ☐ no

☐ Cesantía de entorno familiar.

☐ Bajos ingresos del entorno familiar.

☐ Jefatura de Hogar Femenina.

☐ Problema de Vivienda/ Allegamiento/ Hacinamiento.

☐ Otro

¿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

☐ Padre

☐ Otro familiar

☐ Otro (especificar relación con el niño/a)

5. Material entregado al niño o niña

Acompañándote a descubrir I	sí	no	Acompañándote a descubrir II	sí	no
Pack 1	☐	☐	Pack 1	☐	☐
Pack 2	☐	☐	Pack 2	☐	☐
Pack 3	☐	☐	Pack 3	☐	☐
			Pack 4	☐	☐
			Pack 5	☐	☐

Aplicación de instrumentos Chile Crece Contigo

(Revisar formulario del instrumento, según corresponda)

Instrumento	Fecha de aplicación	Resultado
Instrumento	Fecha de aplicación	Resultado

¿Existe otra situación de vulnerabilidad? ☐ sí ☐ no

☐ Cesantía de entorno familiar.

☐ Bajos ingresos del entorno familiar.

☐ Jefatura de Hogar Femenina.

☐ Problema de Vivienda/ Allegamiento/ Hacinamiento.

☐ Otro

¿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

☐ Padre

☐ Otro familiar

☐ Otro (especificar relación con el niño/a)