Cuaderno de Salud de niñas y niños entre 0 y 9 años



Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Chile crece contigo
Protección Integral a la Infancia

Nombre: _____

RUN/N°: _____

PROGRAMA DE APOYO AL RECIÉN NACIDO/A

El PARN es un programa que complementa el "Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo" igualando las oportunidades de desarrollo de los niños y niñas mediante la entrega de un Set de implementos básicos para recién nacidos(as) y sesiones educativas prentales para las familias.

¿Para quién es el programa?

Para todos los niños y niñas que nacen y son dados de alta de los hospitales de la red pública de salud, independiente de la condición previsional de su madre o padre y de la sala de hospitalización de la madre (incluyendo pensionado).

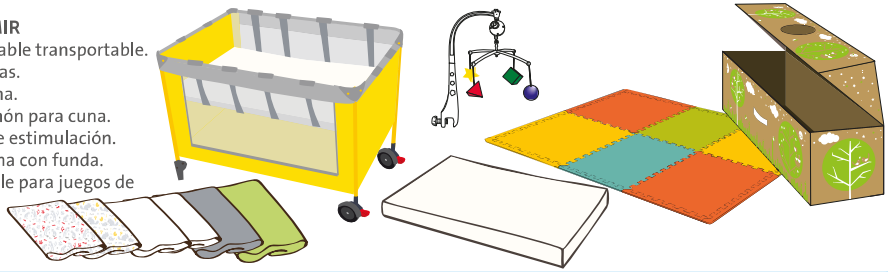
PACK BIENESTAR, APEGO Y ESTIMULACION

- 1 organizador vertical.
- 1 mochila de transporte de artículos de bebé.
- 1 porta bebé tipo mei tai + bolsa para guardar.
- 1 cojín de lactancia + funda.
- 1 conjunto de 2 piezas.
- 1 camiseta manga larga.
- 1 panty pantalón sin pie.
- 1 pilucho body.
- 1 gorro.
- 2 de pañales de algodón tipo "tuto".
- 1 manta cobertora de algodón.
- 1 toalla baño bebé.
- 1 mudador plástico acolchado.
- 1 jabón líquido.
- 2 unidades de crema regeneradora.
- 1 libro didáctico "mi primer libro".
- 1 libro de cuentos infantiles.
- 1 cartilla educativa.



PACK BUEN DORMIR

- 1 cuna corral plegable transportable.
- 2 juegos de sábanas.
- 1 frazada para cuna.
- 1 colcha tipo plumón para cuna.
- 1 móvil musical de estimulación.
- 1 colchón para cuna con funda.
- 1 alfombra armable para juegos de goma eva.
- 1 caja de cartón.



Recepción de Implementos del Programa de Apoyo al Recien Nacido(a)

Firma de recepción conforme:	Firma y timbre del hospital:	Fecha:

Bienvenida(o)



Mi nombre es: _____

Me gusta que me llamen: _____

Nombre de mi mamá, papá o cuidador(a): _____

Este cuaderno contiene mi historial de atenciones de salud, por lo que es importante cuidarlo, no perderlo y llevarlo a todas las atenciones de salud.

El país crece con cada niña y niño que se desarrolla feliz y en armonía, por lo que el Estado de Chile pone a su disposición un conjunto de prestaciones y apoyos para acompañar a las familias en el cuidado, crianza del recién nacido/a para favorecer su desarrollo, bienestar y felicidad a lo largo de su vida.

Información del Centro de Salud

Nombre:

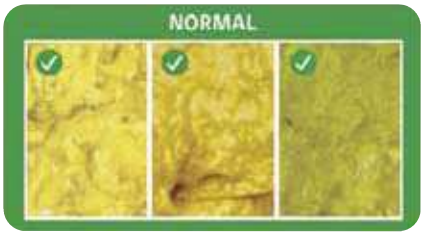
Sector:

Teléfono establecimiento:

N° carpeta o ficha familiar:

N° Ficha:

Cartilla de colores de deposiciones para diagnóstico precoz de Atresia Biliar





- La Atresia biliar es una enfermedad del hígado que se presenta el primer mes de vida.
- Es la principal causa de Trasplante Hepático Pediátrico.
- La cirugía precoz puede curarla.
- Si su niño sigue amarillo, mire el color de las deposiciones y compare con la cartilla.
- Si son anormales consulte en Servicio de Urgencia Infantil.

TELÉFONOS DE UTILIDAD GRATUITOS

Fono Infancia	Responde dudas relacionadas con la crianza y desarrollo de niños y niñas: pataletas, agresividad, retraimiento, pesadillas, control de esfínteres, etc.	800 200 818
Salud Responde (24 horas)	Responde dudas relacionadas con problemas de salud, síntomas y cuidados, recepcionan reclamos, dan información de campañas de vacunación, etc.	600 360 7777
Fono orientación y ayuda a mujeres victimas de violencia	Entregan orientación respecto a la violencia contra las mujeres y dan acompañamiento emocional.	1455
Fono Niños	Reciben denuncias de maltrato u otras vulneraciones de derechos a niños y niñas.	147
Fono Familia	Reciben, responden y derivan llamadas, entregando en forma rápida y oportuna apoyo a quienes sean víctimas de violencia intrafamiliar.	149
Ambulancia	Envían ambulancia ante una urgencia médica.	131
CITUC Centro de Información Toxicológica	Orientan en el tratamiento de pacientes intoxicados.	2 2635 3800
Fono Drogas y Alcohol (24 horas)	Entregan apoyo y consejería a personas afectadas por el consumo de alcohol y otras drogas, también a familiares, amigos o cercanos.	188 800 100 800 desde red fija 800 22 18 18 desde teléfonos móviles

SITIO WEB CHILE CRECE CONTIGO: http://www.crececontigo.gob.cl

Mis datos

Mi nacionalidad:

Nací en el Hospital:

Día / Mes / Año

Hora

Mi mamá se llama:

La nacionalidad de mi mamá es:

Mi papá se llama:

La nacionalidad de mi papá es:

Vivo con:

Vivo en:

Comuna:

La persona que me cuida se llama:

Y es mi:

El teléfono de la persona que me cuida:

Pertenezco a pueblos originarios: Sí No ¿Cuál?

Situación de Discapacidad Sí No Tipo de discapacidad

Madre, padre y/o cuidador con discapacidad: Sí No ¿Quién?

Asistencia sala cuna – Jardín infantil – Colegio

Desde los (meses – años) asisto a Sala Cuna

Desde los (años) asisto a Jardín infantil o escuela de lenguaje

Desde los (años) asisto al Colegio

Mi historia de salud

Gestación

EPSA positivo:	NO		SÍ		Nº factores positivos:									
Presencia de patología en el embarazo:	NO		SÍ											
Especifique:														

	Hepatitis B	VIH	T. Cruzi	1° VDRL	2° VDRL	3° VDRL
Resultado:						
Fecha:						

Nacimiento

Tipo de Parto:	Espontáneo		Cesárea		Fórceps							
	Inducción		Único		Múltiple							
Lactancia materna en la primera hora de vida:			NO		SÍ							
Atención del RN:	Inmediata		Diferida									
Sexo:	F		M		Peso		Talla		P. Cefálico			
Edad gestacional:					Apgar:							
Clasificación Peso según EG:	AEG		PEG		GEG		1 min.		5 min.			
Reanimación Respiratoria:	NO		SÍ		Masca-rilla		Tubo endotraqueal					
Reanimación Avanzada	NO		SÍ									
Participación del padre u otra persona significativa en el preparto y parto:					NO		SÍ					
Contacto piel a piel:	NO		SÍ		Cuánto tiempo:		con Padre o Madre:					
Alojamiento conjunto	NO		SÍ		Causa:							

Antecedentes Familiares

Antecedentes de morbilidad de la familia cercana, marque con una cruz los antecedentes positivos.

Diabetes:		Cáncer de mama:	
Hipertensión arterial:		Cáncer cervicouterino:	
Cáncer infantil:		Grupo sanguíneo de la Madre:	
Otros:			

Mi historia de salud

Exámenes

Exámen	Fecha	Resultado
Grupo Sanguíneo del hijo/a:		
VDRL periférico:		No especificar resultado
Pesquisa Neonatal Ampliada		
Condiciones crónicas NANEAS:		
Screening auditivo:		
Otros:		

Egreso del recién nacido(a)

Examen físico:	Normal		Alterado		Especifique									
Patología del RN:	NO		SI		Diagnóstico:									
Hospitalización:	NO		SI		Especifique:									
Lactancia materna exclusiva:	NO		SI		Lactancia Materna + Fórmula:	NO		SI		Sólo Fórmula:	NO		SI	
Fecha de Egreso:			Peso:		Edad egreso:		% de baja al egreso:							
Vacuna BCG:		Fecha:		Vacuna Hepatitis B:		Fecha:		Inmunización Nirsevimab		Fecha:				
Factores de riesgo para displasia de cadera:		SI		NO		Especifique:								

Pesquisa:	Fecha	Resultado
Chagas:		
PCR antes del mes:		
PCR 2 meses:		
PCR 9 meses:		

Hijo madre Hepatitis B:	NO		SI		¿Recibió inmunoglobulina específica para Hepatitis B?	Fecha	Hora

Charla Chile Crece Contigo

Fecha:	Contenido:

Traslado al hogar:	Auto:		Transporte público:	Bus:
	Sistema de retención infantil:			Colectivo:
				Taxi:

¿Por qué es importante asistir a todos los controles de salud?

El control de salud en la infancia es un servicio que se entrega a todos los niños y niñas de 0 a 9 años. En estos controles se evalúa el estado de salud, el estado nutricional, el desarrollo integral, la salud oral y el crecimiento del niño o la niña. Además orientan, resuelven las dudas que los padres y/o cuidadores y permiten abordar y tratar oportunamente cualquier problema de salud identificado.













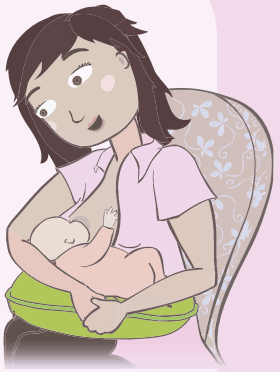
Calendario de controles de salud

Recién nacido(a)	Díada antes de los 10 días de vida
	1 mes
Lactante menor	2 meses
	3 meses
	4 meses
	Consulta nutricional al 5º mes
Lactante	6 meses
	CERO 6 meses
	8 meses
Lactante mayor	12 meses
	CERO 1 año
	18 meses
Preescolar	2 años
	CERO 2 años
	3 años
	CERO 3 años
	Consulta nutricional 3 años 6 meses
	4 años
	CERO 4 años
	5 años
	CERO 5 años
Escolar	6 años
	CERO y GES 6 años
	7 años
	CERO 7 años
	8 años
	CERO 8 años
	9 años
	CERO 9 años

CERO: Control con Enfoque de Riesgo Odontológico.

Cada niño y/o niña pueden tener más controles y consultas según sus necesidades de salud.

Primer mes de vida



En este mes su hijo/a deberá asistir a los siguientes controles de salud:

- Control de la díada (antes de los 10 días de vida) con Matrón/ Matrona.
- Control del primer mes: Médico/Médica.

Desarrollo del niño y la niña en el primer mes de vida:

- Al tomarlo, mantiene por breves segundos la cabeza alineada con el tronco.
- Mira fijamente y sigue con la mirada a objetos y personas que interactúan con él o ella.
- Gira la cabeza estando en posición boca arriba.
- Se comunica a través de expresiones faciales, gorjeo y llanto.

Recomendaciones para la estimulación:

- Acércate a la cara de tu guagua, sonríele, hazle diferentes expresiones faciales.
- Muéstrale objetos de colores con contrastes y formas diferentes, permitiendo que fije la mirada.
- Deja las manos libres de tu guagua para que pueda sentirlas y acercarlas a su cara.
- Vístelo/a con ropa liviana, flexible y cómoda, que le permita el movimiento libre de sus extremidades (brazos y piernas).
- Responde al llanto de tu guagua y consuelalá tomandola en brazos, acunándola, hablándole, dándole pecho, entre otros.

Mis dudas e inquietudes respecto a la salud de mi hijo/a, que puedo consultar en el control de salud:

¿Sabes cuál es la silla apropiada para tu hijo/a según peso y edad?

Escanea este código con tu teléfono y podrás acceder a la información

Control de la Díada

Profesional: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Edad corregida: _____

PCe: Peso: Talla:

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		Calificación PCe:	

Diagnóstico desarrollo integral:

P/T	
P/E	
T/E	
PCe/E	

Tipo de alimentación:

- [ ] LME
- [ ] LMP
- [ ] FP
- [ ] FE

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

Material que se entrega en este mes:



Cuaderno Descubriendo Juntos



Cartillas o dípticos según edad y pertinencia.

☐ Entregado

Día: ____ Mes: ___ Año: _____

Instrumento	Resultados	Derivación			
Score IRA		Sí		No	
Pauta de riesgo biopsicosocial		Sí		No	
Detección de factores de riesgo para la Lactancia Materna		Sí		No	
Derivación a Consulta de Lactancia Materna		Sí		No	
Estudio Diagnóstico de Chagas (Examen directo y 1º PCR		Sí		No	
Fecha próximo control:					

Usa diariamente el portabebé Mei Tai desde que tu guagua pese 3,5 Kg. y se encuentre sana(o).

Control de Salud del 1° mes

Profesional: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Edad corregida: _____

PCe: Peso: Talla:

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		Calificación PCe:	

Diagnóstico desarrollo integral:

P/T ☐
P/E ☐
T/E ☐
PCe/E ☐

Tipo de alimentación:

☐ LME
☐ LMP
☐ FP
☐ FE

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

Material que se entrega en este mes:



Cartillas o dípticos según edad y pertinencia.

☐ Entregado
Día: ____ Mes: ___ Año: _____

Instrumento	Resultados	Derivación			
Score IRA		Sí		No	
Protocolo neurosensorial		Sí		No	
Cartilla de Atresia Biliar		Sí		No	
Fecha próximo control:					

Tu hijo/hija no se malcriará si recibe mucho amor, brazos y contención.
Por el contrario, será un niño/niña más seguro y tendrá un mejor desarrollo.

Segundo mes de vida



En este mes tu hijo o hija asistirá al control de salud con:

- Enfermero/Enfermera o Médico/Médica.

Desarrollo del niño y la niña en el segundo mes de vida:

- Levanta la cabeza a 45° estando acostado boca arriba, y al tomarlo desde los brazos.
- Sigue objetos cuando se mueven de un lado a otro.
- Sonríe frente a estímulos verbales, gestuales e interacción con adulto significativo.
- Vocaliza algunos sonidos.

Recomendaciones para la estimulación:

- Facilita la cercanía de las manos de la guagua a su propio cuerpo.
- Acércate hasta unos 30 cm. de la cara de tu guagua y conversa con ella.
- Tómala en brazos, mírala, sonríele y repite sus gorjeos y balbuceos.
- Juega con tu guagua en el suelo, poniéndolo boca arriba o boca abajo sobre la alfombra de goma eva.
- Acerca un objeto llamativo (pañuelo, cascabel, pelota con colores fuertes y con contrastes) cerca de la cara de tú guagua y muévelo de un lado a otro lentamente.

Mis dudas e inquietudes respecto a la salud de mi hijo o hija, que puedo comentar en el control de salud:

Material que se entrega en este mes:



Cartillas o dípticos según edad y pertinencia.

☐ **Entregado**

Día: ____ Mes: ___ Año: _____

¡Las vacunas son seguras y salvan vidas! Cada ciertos meses tu hijo/hija recibirá inmunidad que lo protegerán contra múltiples enfermedades. Acércate al vacunatorio de tu Centro de Salud.

Control de Salud de los 2 meses

Profesional: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Edad corregida: _____

PCe: Peso: Talla:

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		Calificación PCe:	

Diagnóstico desarrollo integral:

P/T	
P/E	
T/E	
PCe/E	

Tipo de alimentación:

- LME
- LMP
- FP
- FE

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

Instrumento	Resultados	Derivación			
Score IRA		Sí		No	
Escala Edimburgo		Sí		No	
Solicitud de radiografía de cadera		Sí		No	
Estudio diagnóstico Chagas		Sí		No	
Fecha próximo control:					

"La leche materna fomenta la inteligencia y desarrollo de los niños y las niñas".

Tercer mes de vida



En este mes tu hijo o hija asistirá al control de salud con:

- Médico/Médica.
- En este control debes llevar la Radiografía de Caderas de tu hijo o hija.

Desarrollo del niño y la niña en el tercer mes de vida:

- Estando de guatita, boca abajo, sobre la alfombra de goma eva, apoya los antebrazos y levanta la cabeza.
- Se puede observar que los movimientos de tu guagua son iguales en ambos lados de su cuerpo.
- Reconoce a su madre, padre, o cuidador más cercano.
- Vocaliza algunos sonidos como: ¡ah!, ¡eh!, ¡ugh!.

Recomendaciones para la estimulación:

- Fomenta la estimulación motora de tu guagua, poniéndola boca abajo sobre la alfombra de goma eva o sobre tu pecho.
- Aprovecha espacios de lactancia para la interacción cara a cara.
- Toma en brazos a tu guagua o usa el Mei Tai del ajuar.
- Comunícate con tu guagua, imitando sus sonidos y gestos.
- Cada vez que juegues con tu bebé/guagua, háblale de lo que está ocurriendo en ese momento o del objeto/juguete que le muestras.

Mis dudas e inquietudes respecto a la salud de mi hijo o hija, que puedo comentar en el control de salud:

Material que se entrega en este mes:



Cartillas o dípticos según edad y pertinencia.

☐ Entregado

Día: ____ Mes: ___ Año: _____

El mejor juguete y estímulo que tu hijo/hija puede recibir, especialmente durante los primeros meses, es el rostro de las personas que lo/la cuidan. Sonríele, háblale, cántale, míralo a las ojos, describe su entorno y disfruta de la interacción con él o ella.

Control de Salud de los 3 meses

Profesional: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Edad corregida: _____

PCe: Peso: Talla:

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		Calificación PCe:	

Diagnóstico desarrollo integral:

P/T	
P/E	
T/E	
PCe/E	

Tipo de alimentación:

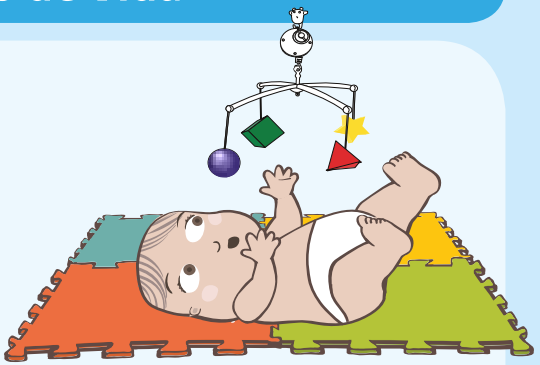
- LME
- LMP
- FP
- FE

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

Instrumento	Resultados	Derivación			
Score IRA		Sí		No	
Revisión resultados de RX de pelvis (DLC GES)					
Resultado derivación	Sí		No		
Fecha próximo control:					

Procura cuidar tu salud física y mental, un adulto saludable favorece el adecuado crecimiento y desarrollo de su hijo/hija.

Cuarto mes de vida



En este mes tu hijo o hija asistirá al control de salud con:

- Enfermero/Enfermera o Médico/Médica.

Desarrollo del niño y la niña en el cuarto mes de vida:

- Logra coordinar ambas manos, juntándolas y llevándolas a su boca.
- Junta sus manos y toma objetos que están a su alrededor.
- Realiza sonidos como: da-da-da, ta-ta-ta (sin significado).
- Al estar tu guagua sobre la alfombra goma eva, boca abajo, es capaz de liberar un brazo, para alcanzar un objeto, apoyándose en el codo del brazo contrario.
- Ríe a carcajadas.

Recomendaciones para la estimulación:

- Acuesta a tu guagua sobre la goma eva y facilita su movimiento libre, muéstrale objetos grandes y vistosos. En lo posible, objetos de interés para tu hijo/a y que los pueda manipular.
- No sientes a tu guagua.
- Muéstrale su imagen frente a espejos.
- Mantén móviles de estimulación a una distancia dentro del alcance del niño/a.
- Juega con cascabeles y estimúlalo con distintos sonidos.
- Toca con distintos objetos y texturas a tu guagua en diferentes partes de su cuerpo.
- Muéstrale y pásale para explorar y jugar el libro de género del Ajuar.

Mis dudas e inquietudes respecto a la salud de mi hijo o hija, que puedo comentar en el control de salud:

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Material que se entrega en este mes:



Acompañándote a descubrir 1, contiene: fichas de estimulación, 1 pelota con textura y set de 3 títeres de dedo.



Cartillas o dípticos según edad y pertinencia.

☐ **Entregado**

Día: ____ Mes: ___ Año: _____

Estimula el desarrollo de tu hijo/hija colocándolo sobre la alfombra de goma eva en el suelo, favoreciendo su libre movimiento y distintas posiciones. En este espacio podrás jugar con él/ella, acompañarlo y alimentarlo.

Control de Salud de los 4 meses

Profesional: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Edad corregida: _____

PCe: _____ Peso: _____ Talla: _____

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		Calificación PCe:	

Diagnóstico desarrollo integral:

P/T	
P/E	
T/E	
PCe/E	

Tipo de alimentación:

- LME
- LMP
- FP
- FE

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

Instrumento	Resultados	Derivación			
Score IRA		Sí		No	
Pauta breve del DSM		Sí		No	
Pauta de riesgo biopsicosocial		Sí		No	
Pauta de factores de riesgo de malnutrición		Sí		No	
Fecha próximo control:					

Los niños y niñas menores de dos años, NO DEBEN exponerse a las pantallas (celulares, Tv, tablets, etc.), ya que este tipo de estímulos alteran el normal desarrollo de su cerebro.

Consulta nutricional de los 5 meses

En este mes su hijo/a tendrá consulta de salud con el/la profesional: Nutricionista.

Objetivo de la consulta: Acompañar y orientar a la familia en la incorporación gradual de la alimentación complementaria que se iniciará a los 6 meses y **NO ANTES** reconociendo las reacciones que puede presentar el niño o niña en esta etapa, p**romoviendo la continuación de la lactancia materna.**

Profesional: _____ **Edad:** _____

Peso: _____ **Talla:** _____ **Pce:** _____

Diagnóstico Nutricional Integrado	Calificación estatural	Evaluación PCe

P/T ☐
P/E ☐
T/E ☐
PCe/E ☐

Tipo de alimentación:

☐ LME
☐ LMP
☐ FP
☐ FE

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Material que se entrega en este mes:



Cartillas o dípticos según edad y pertinencia.

☐ **Entregado**
Día: ____ Mes: ___ Año: _____

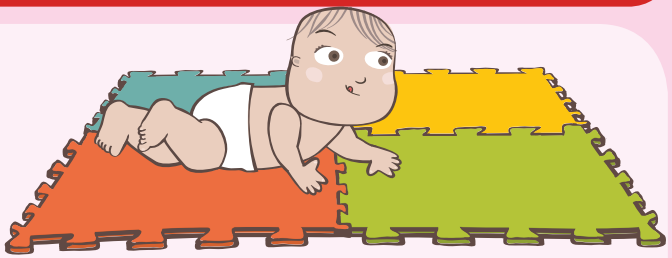
Recomendación:

Desde el punto de vista nutricional y del desarrollo, tu bebé debe empezar la alimentación sólida complementaria a la lactancia materna o fórmula, alrededor de los 6 meses de edad y no con antelación. En este escenario, el o la nutricionista te orientará en relación a los alimentos que podrá incorporar tú bebé de forma respetuosa, como prepararlos y como alimentarlo sanamente desde temprana edad. Es importante reforzar en la amilia, hábitos de alimentación saludable en base a las Guías Alimentarias del MINSAL.

Fecha próximo control:	

La leche materna es el mejor alimento, el más adecuado y nutritivo para tu guagua

Sexto mes de vida



En este mes tu hijo o hija asistirá al control de salud con:

- Enfermero/Enfermera.
- Dentista.

Desarrollo del niño y la niña en el sexto mes de vida:

- Gira la cabeza cuando lo llaman.
- Sigue con la vista los objetos que caen al suelo.
- Manipula y pasa objetos de una mano a la otra.
- Estando en la alfombra de goma eva, logra llevar los pies a su boca.
- Es sociable, interactúa con sus padres reconociendo rostros familiares.
- Cerca de los 7 meses puede lograr por si mismo, sentarse por pocos segundos.

Recomendaciones para la estimulación:

- Muéstrale libros e imita las vocalizaciones de tu guagua.
- Haz de las rutinas diarias una instancia de intercambio afectivo.
- Juega con tu hijo o hija colocándolo en el suelo boca abajo, permitiéndole girar.
- A esta edad tu hijo o hija, iniciará la alimentación complementaria con sólidos. Los profesionales de salud te apoyarán en este proceso.

Mis dudas e inquietudes respecto a la salud de mi hijo/a, que puedo comentar en el control de salud:

Material que se entrega en este mes:

- Cartillas o dípticos según edad y pertinencia.



Día: ____ Mes: ___ Año: _____

Entregado ☐

- Dedal de limpieza bucal.



Día: ____ Mes: ___ Año: _____

Recuerda cepillar los dientes de tu hijo/hija al menos dos veces al día, utiliza un cepillo suave, pequeño y muy poca cantidad de pasta de dientes con flúor (como un grano de arroz).

Control Salud de los 6 meses

Profesional: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Edad corregida: _____

PCe: _____ Peso: _____ Talla: _____

P/T	
P/E	
T/E	
PCe/E	

Tipo de alimentación:

- LME
- LMP
- FP
- FE

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		Calificación PCe:	

Diagnóstico desarrollo integral:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

Instrumento	Resultados	Derivación			
Score IRA		Sí		No	
Escala de Edimburgo		Sí		No	
Entrega de Pauta de Seguridad Infantil		Sí		No	
Fecha próximo control:					

CERO 6 meses

Profesional:					Fecha:
Tipo de riesgo		Condición clínica	SI	NO	Estrategias de prevención
Bajo		Dientes en boca			
Alto		Caries			
		Inflamación encías			

Estimula a tu hijo o hija con juguetes de distintas texturas, cuentos, canciones y juegos, respetando su ritmo e intereses. En un ambiente de afecto y manteniendo contacto visual, deja a un lado el celular, tablet o televisión y conéctate con él o ella.

Octavo mes de vida



En este mes tu hijo o hija asistirá al control de salud con:

- Enfermero/Enfermera.

Desarrollo del niño y la niña en el octavo mes de vida:

- Estando acostado boca arriba tu guagua será capaz de llevar los pies a su boca.
- Tu guagua comienza arrastrarse cuando quiere ir a buscar algo que le llama la atención.
- Reconoce a personas familiares y llora cuando sus padres dejan la habitación.
- Al estar acostado sobre la alfombra eva lograr girar coordinadamente desde la posición de espalda a su guatita y a la inversa.
- Parloteo más diferenciado (mamama, bababa), juegos vocales, imitaciones.
- Intenta desplazarse de alguna forma (arrastre o gateo)

Recomendaciones para la estimulación:

- Cuando tu hijo/a hable, tu imita lo que diga.
- Cuando tu hijo/a bote algo al suelo, indícale "¡se cayó!".
- No coloques manos en planta de los pies, ya que el apoyo debe ser en las rodillas, ponlo en el suelo para que se desplace libremente.
- Acércate a tu hijo/a y entregue un objeto en cada mano para que los pueda tomar, juntar y aplaudir.
- Juega con tu hijo/a al escondite, utiliza juguetes como cajitas musicales a cuerda, juguetes con rueditas para empujar o arrastrar con una cuerda.
- Recuerda que el uso de ropa flexible y cómoda, facilitará los movimientos de los brazos y piernas.

Mis dudas e inquietudes respecto a la salud de mi hijo/a, que puedo comentar en el control de salud:

.....

.....

.....

Material que se entrega en este mes:



Cartillas o dípticos según edad y pertinencia.

☐ **Entregado**
Día: ____ Mes: ___ Año: _____

Control de Salud de los 8 meses

Profesional: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Edad corregida: _____

PCe: _____ Peso: _____ Talla: _____

P/T	
P/E	
T/E	
PCe/E	

Tipo de alimentación:

- ☐ LM+AC
- ☐ LM+F+AC
- ☐ F+AC

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		Calificación PCe:	

Diagnóstico desarrollo integral:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

Instrumento	Resultados	Derivación			
Score IRA		Sí		No	
E.E.D.P		Sí		No	
Pauta de Seguridad Infantil		Sí		No	
Fecha próximo control:					

El movimiento libre de tu hijo/hija favorecerá que aprenda a girarse sobre su cuerpo, gatee y luego camine. Ayuda a tu hijo o hija a desplazarse y explorar de forma segura ¡NO USES ANDADOR!

Primer año de vida



En este mes tu hijo o hija asistirá al control de salud con:

- Enfermero/Enfermera.
- Dentista.

Desarrollo del niño y la niña a los doce meses:

- Puede gatear.
- Tu hijo o hija desde los 10 a 12 meses ya puede pararse solo/a, apoyado en muebles y podría empezar a hacer marcha hacia los lados apoyado.
- Se puede parar solo/a y agachar.
- Toma objetos pequeños y los pone dentro de una taza.
- Muestra y pide cosas apuntando con su dedo.
- Responde a su nombre.

Recomendaciones para la estimulación:

- Deja a tu hijo o hija en el piso para que se desplace libremente.
- Busca espacios donde tu hijo o hija pueda trepar, empujar o traccionar.
- Muéstrale como sonarse, lavarse la cara y las manos, déjalo que de a poco se logre desvestir algunas prendas fáciles.
- Pásale distintos envases con tapas y de tamaños diversos, pídele que los abra y cierre.
- Léele todas las noches libros de niños(as) o cuentos, cántale canciones, siempre utilizando lenguaje claro y simple.
- A esta edad tu hijo o hija se puede incorporar a la dinámica de alimentación familiar. Conversa con el profesional de salud en relación a esta transición.

Mis dudas e inquietudes respecto a la salud de mi hijo/a, que puedo comentar en el control de salud:

.....

.....

.....

Material que se entrega en este mes:



Acompañándote a descubrir 2, contiene: fichas de estimulación, Libro con títere y set de bloques de madera



Cartillas o dípticos según edad y pertinencia.

☐ **Entregado**

Día: ____ Mes: ___ Año: _____

¡Las vacunas son seguras y salvan vidas! Al vacunar a tu hijo/hija este mes, lo protegerás enfermedades como el sarampión, rubéola, paperas, entre otras.
Acércate al vacunatorio de tu Centro de Salud.

Control de Salud de los 12 meses

Profesional:_____ Edad: _____

Fecha:_____ Edad corregida: _____

PCe:_____ Peso: _____ Talla: _____

P/T	
P/E	
T/E	
PCe/E	

Tipo de alimentación:

- ☐ LM+AC
- ☐ LM+F+AC
- ☐ F+AC

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		Calificación PCe:	

Diagnóstico desarrollo integral:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

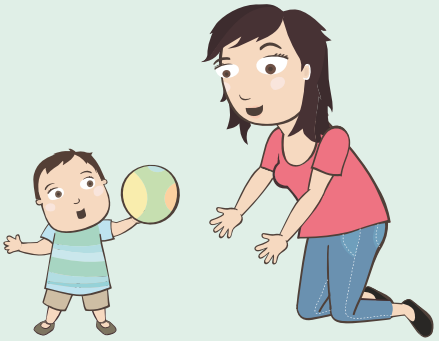
Instrumento	Resultados	Derivación			
Score IRA		Sí		No	
Pauta breve del DSM		Sí		No	
Pauta de riesgo biopsicosocial		Sí		No	
Pauta de factores de riesgo de malnutrición		Sí		No	
Fecha próximo control:					

CERO 1 año

Profesional:				Fecha:
Tipo de riesgo		Condición clínica		Estrategias de prevención
Bajo		Hist. caries		
		Mancha blanca		
Alto		Eval. encías		

Tu hijo/hija tendrá un gran interés por conocer y descubrir su entorno. Adapta el ambiente físico de tu hogar y evita dejarlo sin supervisión de un adulto, para que no sufra daños o accidentes.

18 meses de vida



En este mes tu hijo o hija asistirá al control de salud con:

- Enfermero/Enfermera.

Desarrollo del niño y la niña en los 18 meses:

- Puede empujar una pelota y lanzarla.
- Sube escalera de pie tomado de una mano.
- Construye torres de 3 cubos o más.
- Hojea un libro o revista.
- Manipula objetos pequeños con sus manos dejándolos caer con precisión.
- Dice al menos 8 palabras con sentido.
- Llena y vacía potes una y otra vez; apila objetos y los bota, ensarta, tapa y destapa.

Recomendaciones para la estimulación:

- Bríndale elementos interesantes y espacios seguros para la exploración, que le permitan trepar, empujar, traccionar, lanzar, etc.
- Juega a cantar canciones apuntando y nombrando partes del cuerpo.
- Léele cuentos diariamente, actúalos y hazlos entretenidos, fomentando la toma de turnos y escucha activa.
- Fomenta el juego imaginativo, recreando actividades de la vida cotidiana (darle de comer a los muñecos, cocinar, etc.).
- Comienza a contar diversas cosas del entorno (escalones, zapatos, etc.) para que tu hijo o hija imite.
- Estimula a tu hijo a pedir o comunicarse usando palabras, si no puede, dale dos opciones para que pueda elegir.
- Permítele que realice la mayor cantidad de tareas por si solo o sola aunque se demore, felicítale por su esfuerzo.
- Cuando quie as jugar con tu hijo o hija, sigue los juegos que a él o ella le motivan, no impongas solo tus ideas.

Mis dudas e inquietudes respecto a la salud de mi hijo o hija, que puedo comentar en el control de salud:

Material que se entrega en este mes:



Cartillas o dípticos según edad y pertinencia.

☐ **Entregado**
Día: ____ Mes: ___ Año: _____

¡Las vacunas son seguras y salvan vidas! Al vacunar a tu hijo o hija este mes, lo protegerás contra la hepatitis A y B, difteria, tétanos, tos convulsiva, varicela, entre otras. Acércate al vacunatorio de tu Centro de Salud.

Control de Salud de los 18 meses

Profesional:_____ Edad: _____

Fecha:_____ Edad corregida: _____

PCe:_____ Peso: _____ Talla:_____

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		Calificación PCe:	

Diagnóstico desarrollo integral:

P/T	
P/E	
T/E	
PCe/E	

Tipo de alimentación:

- ☐ LM+AC
- ☐ LM+F+AC
- ☐ F+AC

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Instrumento	Resultados	Derivación			
E.E.D.P		Sí		No	
M-CHAT R/F (solo si corresponde)		Sí		No	
Fecha próximo control:					

Para que tu hijo o hija adquiera hábitos de alimentación saludables, tú y el resto de la familia deben educar con el ejemplo.

2 años de vida

En este mes tu hijo o hija asistirá al control de salud con:

- Enfermero/a o Médico/a.
- Dentista



Desarrollo del niño y la niña a los doce meses:

- Chutea pelotas y salta con los dos pies.
- Construye torre de más de seis cubos.
- Realiza trazos en papel, dibujando una línea horizontal.
- Realiza juegos de roles con pequeños juguetes.
- Imita las acciones de los adultos.
- Disfruta compartiendo sus logros o descubrimientos con las personas cercanas.
- Idealmente usa más de 100 palabras, y frases de 2 o más palabras.
- Dice su nombre.
- Puede armar un rompecabezas sencillo.

Recomendaciones para la estimulación:

- Integra a tu hijo o hija a las actividades diarias de la casa.
- Léele diariamente un cuento, pídele que te indique algunas cosas del cuento.
- Estimula su autonomía a través de actividades de la vida diaria (vestirse, lavarse, alimentarse).
- Es importante que tu hijo o hija coma saludable, es por esto que desde los dos años en adelante puedes seguir las recomendaciones de las Guías Alimentarias. Para contar con mayor información asesórate con un profesional de la salud

En los establecimientos de educación parvularia municipal y jardines infantiles de JUNJI e Integra, tu hijo o hija también recibirá cuidados de salud bucal. Consulta por el Programa Sembrando Sonrisas.

Mis dudas e inquietudes respecto a la salud de mi hijo o hija, que puedo comentar en el control de salud:

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

SEMBRANDO SONRISAS

Material que se entrega en este mes:



Acompañándote a descubrir 3, contiene: 1 rompecabezas de madera, 1 librillo de colores intercultural y 1 cd de Juguemos en el Campo.



Cartillas o dípticos según edad y pertinencia.

☐ **Entregado**

Día: ____ Mes: ____ Año: _____

Control de Salud de los 2 años

Profesional: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Edad corregida: _____

PCe: _____ Peso: _____ Talla: _____

P/T	
P/E	
T/E	
PCe/E	

Tipo de alimentación:

- ☐ LM+AC
- ☐ LM+F+AC
- ☐ F+AC

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		Calificación PCe:	

Diagnóstico desarrollo integral:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

_____

_____

_____

_____

_____

Derivación Dentista	Sí		No	

Instrumento	Resultados	Derivación			
Pauta breve del DSM		Sí		No	
Pauta de riesgo biopsicosocial		Sí		No	
Factores de riesgo de malnutrición		Sí		No	
Otros:					
Fecha próximo control:					

CERO 2 años

Profesional:					Fecha:
Tipo de riesgo		Condición clínica	SI	NO	Estrategias de prevención
Bajo		Caries			
Alto		Inflamación de encías			

Evita el consumo de bebidas gaseosas, jugos y fomenta en tu hijo/hija el consumo de agua potable. El agua saciará su sed, lo mantendrá hidratado, ayudará a su dieta y evitará las caries.

3 años de vida



En este mes tu hijo o hija asistirá al control de salud con:

- Enfermero/Enfermera o Médico/Médica.
- Dentista.
- Nutricionista.

Desarrollo del niño y la niña a los 3 años:

- Realiza diferentes destrezas motoras como trepar, correr, saltar con los pies juntos, saltar en un pie.
- Logra mantenerse parado en un pie sin apoyarse en un mueble.
- Puede chutear la pelota mientras corre.
- Entiende la idea de lo que "es mío", "de él" o "de ella".
- Puede vestirse y desvestirse.
- Entiende palabras como "adentro", "arriba" o "debajo".
- Realiza trazos en papel, puede copiar dibujando círculos.

Recomendaciones para la estimulación:

- Incentívalo a subir escaleras, pararse en un pie y andar en triciclo.
- Déjale que dibuje en hojas grandes o en el suelo, círculos, líneas rectas, el cuerpo humano, etc.
- Permite que juegue con otros niños y niñas.
- Potencia a que se vista solo.
- Trata de que tu hijo o hija realice actividad física 30 a 60 minutos al día, realizando paseos al aire libre, juegos en que utilice la fuerza, corra, entre otros.
- Incentiva juegos de roles o fantasía.
- Fomenta juegos con reglas simples y colaborativas.

Mis dudas e inquietudes respecto a la salud de mi hijo/a, que puedo comentar en el control de salud:

.....

.....

.....

Material que se entrega en este mes:



Cartillas o dípticos según edad y pertinencia.

☐ **Entregado**
Día: ____ Mes: ___ Año: _____

Control de Salud de los 3 años

Profesional:_____ Edad:_____ Fecha:_____

PCe:_____ Peso: _____ Talla: _____

P/T	
P/E	
T/E	
PCe/E	

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		Calificación PCe:		PA	
						Diag PA:	

Diagnóstico desarrollo integral:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

Derivación Dentista	Sí		No	

Instrumento	Resultados	Derivación			
Pauta de factores de riesgos de malnutrición		Sí		No	
Pauta de riesgos biopsicosociales		Sí		No	
TEPSI		Sí		No	
Otras evaluaciones		Sí		No	
Fecha próximo control:					

CERO 3 años

Profesional:					Fecha:
Tipo de riesgo		Condición clínica	SI	NO	Estrategias de prevención
Bajo		Caries			
Alto		Inflamación encías			

Estimula a tu hijo o hija a practicar ejercicio o actividad física todos los días, al mantenerse activo/a crecerá adecuadamente y tendrá una mejor salud.

Consulta nutricional de los 3 años 6 meses

Profesional: _____ Edad: _____

Peso: _____ Talla: _____ Pce: _____

Diagnóstico Nutricional Integrado	Calificación estatural

P/T	
P/E	
T/E	

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

_____

_____

_____

_____

_____

Control de Salud de los 4 años

Profesional: Edad: Fecha:

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		PA	
				Diag PA:	

Diagnóstico desarrollo integral:

P/T	
P/E	
T/E	
P.A.	

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

Otras evaluaciones:

Derivación Dentista	Sí		No	

CERO 4 años

Profesional:					Fecha:
Tipo de riesgo		Condición clínica	SI	NO	Estrategias de prevención
Bajo		Caries			
		Inflamación encías			
Alto		Derivación dentista			

Si tu hijo o hija ya aprendió a andar en bicicleta, monopatin, patines y/o similares, acostúmbralo/a a usar casco, elementos reflectantes y luces.

Control de Salud de los 5 años

Profesional: _____ **Fecha:** _____

Edad: _____ **Peso:** _____ **Talla:** _____ **IMC:** _____ **P.C:** _____

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		P.C:		PA	
						Diag PA:	

Diagnóstico desarrollo integral:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

Otras evaluaciones:

Derivación Dentista	Sí		No	

Fecha próximo control:	

CERO 5 años

Profesional: **Fecha:**

Tipo de riesgo		Condición clínica	SI	NO	Estrategias de prevención
Bajo		Caries			
		Inflamación encías			
Alto		Derivación dentista			

Evita que tu hijo/hija pase demasiado tiempo inactivo, por ejemplo sentado viendo televisión, usando el computador o jugando sin moverse, haz pausas activas en las que, por ejemplo, colabore y acompañe en las labores domésticas sencillas como recoger objetos.

Control de Salud de los 6 años

Profesional:_____ **Fecha:** _____

Edad:_____ **Peso:**_____ **Talla:**_____ **IMC:**_____ **P.C:**_____

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		P.C:		PA	
						Diag PA:	

Diagnóstico desarrollo integral:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

¡Enséñale a tu hijo/a a ser un buen peatón y un ciclista responsable!

Escanea este código con tu teléfono y podrás acceder a la información

Otras evaluaciones:

Derivación Dentista	Sí		No	

Fecha próximo control:	

CERO – GES 6 años

Profesional: **Fecha:**

Tipo de riesgo		Condición clínica	SI	NO	Estrategias de prevención
Bajo		Caries			
		Inflamación encías			
Alto		Derivación dentista			

Recuerda que a los 6 años tu hijo/a tiene derecho a acceder a la atención dental integral (GES).

Control de Salud de los 7 años

Profesional: _____ **Fecha:** _____

Edad:_____ **Peso:**_____ **Talla:**_____ **IMC:**_____ **P.C:**_____

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		P.C:		PA	
						Diag PA:	

Diagnóstico desarrollo integral:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

Otras evaluaciones:

Derivación Dentista	Sí		No	

Fecha próximo control:	

CERO 7 años

Profesional: **Fecha:**

Tipo de riesgo		Condición clínica	SI	NO	Estrategias de prevención
Bajo		Caries			
Alto		Inflamación encías			

Control de Salud de los 8 años

Profesional:_____ Fecha: _____

Edad:_____ Peso:_____ Talla:_____ IMC:_____ P.C:_____ PA: _____

Diagnostico Nutricional	Calificación nutricional:	Diagnostico desarrollo integral:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

Otras evaluaciones:

Fecha próximo control:	

CERO 8 años

Profesional: Fecha:

Tipo de riesgo		Condición clínica	SI	NO	Estrategias de prevención
Bajo		Caries			
Alto		Inflamación encías			

Control de Salud de los 9 años

Profesional: Fecha:

Edad: Peso: Talla: IMC: P.C:

Diagnóstico nutricional:

Calificación nutricional:		Calificación estatural :		PCe:		PA	
						Diag PA:	

Diagnóstico desarrollo integral:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

Otras evaluaciones:

CERO 9 años

Profesional: Fecha:

Tipo de riesgo		Condición clínica	SI	NO	Estrategias de prevención
Bajo		Caries			
Alto		Inflamación encías			

Consulta de lactancia materna

Profesional: _____ **Edad:** _____

Fecha: _____ **Edad corregida:** _____

Peso: _____ **Talla:** _____ **P.C:** _____

P/E:		**T/E:**		**P/T:**		**Incremento de peso/día:**			
Diagnóstico nutricional:									
Tipo de alimentación:	**LME:**		**LMP:**		**FP:**		**FE:**		
Diagnóstico de lactancia:									

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

Fecha próxima consulta	

¡La leche materna es siempre un muy buen alimento! se modifica en la medida que tu hijo o hija crece, adaptándose a sus requerimientos.

Consulta de lactancia materna

Profesional: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Edad corregida: _____

Peso: _____ Talla: _____ P.C: _____

P/E:		T/E:		P/T:		Incremento de peso/día:					
Diagnóstico nutricional:											
Tipo de alimentación:	LME:		LMP:		FP:		FE:				
Diagnóstico de lactancia:											

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

Fecha próxima consulta	

La leche materna fortalece el sistema inmune y es rica en defensas que protegen a tu hijo o hija de múltiples enfermedades, tales como: otitis, neumonía, diarrea y caries.

Controles Adicionales o Atenciones de Apoyo

Profesional:_____ **Fecha:**_____ **Edad:**_____

Peso:_____ **Talla:**_____ **IMC:**_____ **PCe:**_____ **P.C:**_____ **PA:**_____

Diagnósticos:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

_____

_____

_____

Profesional:_____ **Fecha:**_____ **Edad:**_____

Peso:_____ **Talla:**_____ **IMC:**_____ **PCe:**_____ **P.C:**_____ **PA:**_____

Diagnósticos:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

_____

_____

_____

Profesional:_____ **Fecha:**_____ **Edad:**_____

Peso:_____ **Talla:**_____ **IMC:**_____ **PCe:**_____ **P.C:**_____ **PA:**_____

Diagnósticos:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

_____

_____

_____

Ayuda al desarrollo de la autonomía de tu hijo o hija permitiendo que tome pequeñas decisiones en torno a su rutina y cuidado diario.

Controles Adicionales o Atenciones de Apoyo

Profesional:_____ Fecha:_____ Edad:_____

Peso:_____ Talla:_____ IMC:_____ PCe:_____ P.C:_____ PA:_____

Diagnósticos:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

_____

_____

_____

Profesional:_____ Fecha:_____ Edad:_____

Peso:_____ Talla:_____ IMC:_____ PCe:_____ P.C:_____ PA:_____

Diagnósticos:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

_____

_____

_____

Profesional:_____ Fecha:_____ Edad:_____

Peso:_____ Talla:_____ IMC:_____ PCe:_____ P.C:_____ PA:_____

Diagnósticos:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

_____

_____

_____

Ayuda al desarrollo de la autonomía de tu hijo o hija permitiendo que tome pequeñas decisiones en torno a su rutina y cuidado diario.

Controles Adicionales o Atenciones de Apoyo

Profesional:_____ **Fecha:**_____ **Edad:**_____

Peso:_____ **Talla:**_____ **IMC:**_____ **PCe:**_____ **P.C:**_____ **PA:**_____

Diagnósticos:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

_____

_____

_____

Profesional:_____ **Fecha:**_____ **Edad:**_____

Peso:_____ **Talla:**_____ **IMC:**_____ **PCe:**_____ **P.C:**_____ **PA:**_____

Diagnósticos:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

_____

_____

_____

Profesional:_____ **Fecha:**_____ **Edad:**_____

Peso:_____ **Talla:**_____ **IMC:**_____ **PCe:**_____ **P.C:**_____ **PA:**_____

Diagnósticos:

Indicaciones, recomendaciones y acuerdos en salud:

_____

_____

_____

Ayuda al desarrollo de la autonomía de tu hijo o hija permitiendo que tome pequeñas decisiones en torno a su rutina y cuidado diario.

Entrega de productos de Farmacia

Fecha de entrega			Edad	Tipo de producto	Nombre y Firma responsable que entrega el producto
Día	Mes	Año			

Felicita y exprésale afectos positivos a tu hijo o hija, por sus logros e iniciativas, con estas acciones favorecerás su autoestima.

Atenciones en Servicio de Urgencia- SAPU

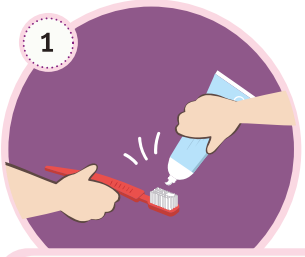
Pegue aquí el boletín de atención de urgencia, será de gran utilidad para otras atenciones de salud.

Hospitalizaciones

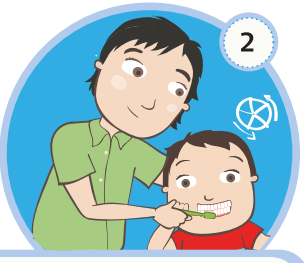
Pegue aquí el documento de Epicrisis entregado al alta, será de gran utilidad para otras atenciones de salud.

Estimula el autocuidado en tu hijo o hija, en la medida que crece ayúdalo a que tome decisiones que lo mantengan sano. Los adultos cercanos, pueden modelar buenas prácticas del autocuidado de la salud.

Higiene bucal desde el nacimiento y cepillado con pasta desde la salida del primer diente



Dispensa la pasta de dientes en el cepillo seco.
!Esto lo debe hacer un adulto hasta que tu hijo/a comprenda la cantidad a usar!



Con los dientes juntos, cepillarlos todos en círculos.



Cepillar las muelas, en las partes que se mastica, y no olvidar cepillar los dientes por dentro.



Escupir la pasta, sin enjuagar con agua.

¿Cuánta pasta debo usar?

Menores de 2 años.
(Como un grano de arroz)

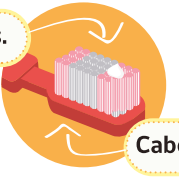


Mayores de 2 años
(como una arveja).



¿Qué cepillo debo elegir?

Cerdas suaves.



Cabeza pequeña.

Calendario de Vacunación 2026 - 2027

Nombre:

Vacuna	Protege	1 º dosis	2º dosis	3º dosis	4º dosis
BCG	Formas graves de tuberculosis infantil: Meningitis y tuberculosis diseminada.	RN (Dosis única) N º de Lote			
HEPATITIS B	Hepatitis B.	RN (Dosis única) N º de Lote			
NIRSEVIMAB	Virus Respiratorio Sincicial (VRS).	RN (Dosis única) N º de Lote			
HEXAVALENTE	Hepatitis B, Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva, Enfermedades invasoras por *H. Influenzae* tipo b, Poliomelitis.	2 meses N º de Lote	4 meses Nº de Lote	6 meses N º de Lote	18 meses Nº de Lote
NEUMOCÓCICA CONJUGADA 13 VALENTE	Enfermedades invasoras por *S.pneumoniea*	2 meses Nº de Lote	4 meses Nº de Lote	solo prematuros 6 meses N º de Lote	12 meses Nº de Lote
TRES VÍRICA	Sarampión Rubéola Paperas	12 meses N º de Lote	Nº de Lote	36 meses N º de Lote	Nº de Lote
MENINGOCÓCICA RECOMBINANTE SEROGRUPO B	Enfermedades invasoras por N. meningitidis (serogrupo B)	2 mes N º de Lote	4 meses Nº de Lote	18 meses N º de Lote	

Vacuna	Protege	1 º dosis	2º dosis	3º dosis	4º dosis
MENINGOCÓCICA CONJUGADA TETRAVALENTE	Enfermedades invasoras por *N. Meningitidis* (A, C, W-135, Y)	12 meses (Dosis única) N º de Lote			
HEPATITIS A	Hepatitis A.	18 meses (Dosis única) N º de Lote			
VARICELA	Varicela	18 meses N º de Lote		36 meses N º de Lote	
dTp (ACELULAR)	Difteria Tétanos Tos convulsiva	1º Básico Nº de Lote		8º básico Nº de Lote	
VPH	Infección por Virus Papiloma Humano	Niñas y niños de 4to básico (dosis única) N º de Lote			

Otras vacunas	1º dosis/lote	2º dosis/lote	3º dosis/lote

Influenza dosis/lote		dosis/lote	dosis/lote	dosis/lote	dosis/lote
dosis/lote	dosis/lote	dosis/lote	dosis/lote	dosis/lote	dosis/lote

Talleres de Promoción del desarrollo del niño y la niña						
Fecha			Nombre del taller	Contenidos tratados	Niño/a asiste con	Firma y timbre del profesional.
Día	Mes	Año				

Otros talleres						
Fecha			Nombre del taller	Contenidos tratados	Niño/a asiste con	Firma y timbre del profesional.
Día	Mes	Año				

Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil (marcar con x): Sala de estimulación ☐ Atención domiciliaria ☐ Servicio itinerante ☐

Fecha			Diagnóstico de ingreso	Prestación (sesión individual, grupal, VDI)	Contenidos tratados	Firma o timbre profesional	Fecha y hora próx. prestación
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							

Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil (marcar con x): Sala de estimulación ☐ Atención domiciliaria ☐ Servicio itinerante ☐

Fecha			Diagnóstico de ingreso	Prestación (sesión individual, grupal, VDI)	Contenidos tratados	Firma o timbre profesional	Fecha y hora próx. prestación
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							
día	mes	año					
hora							

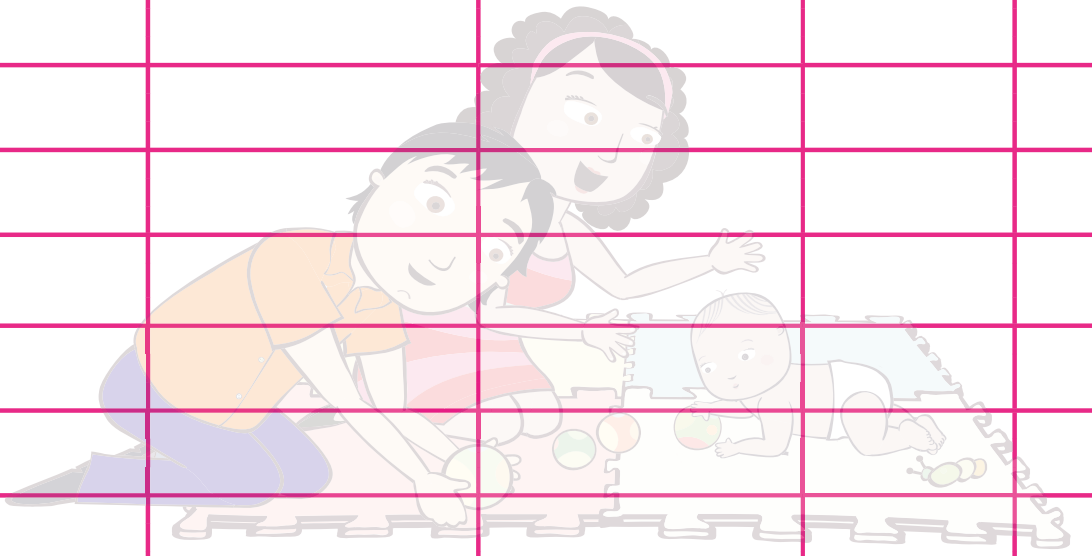


Gráfico 1: Peso por edad en niñas desde el nacimiento a 2 años (Mediana y desviación estándar)

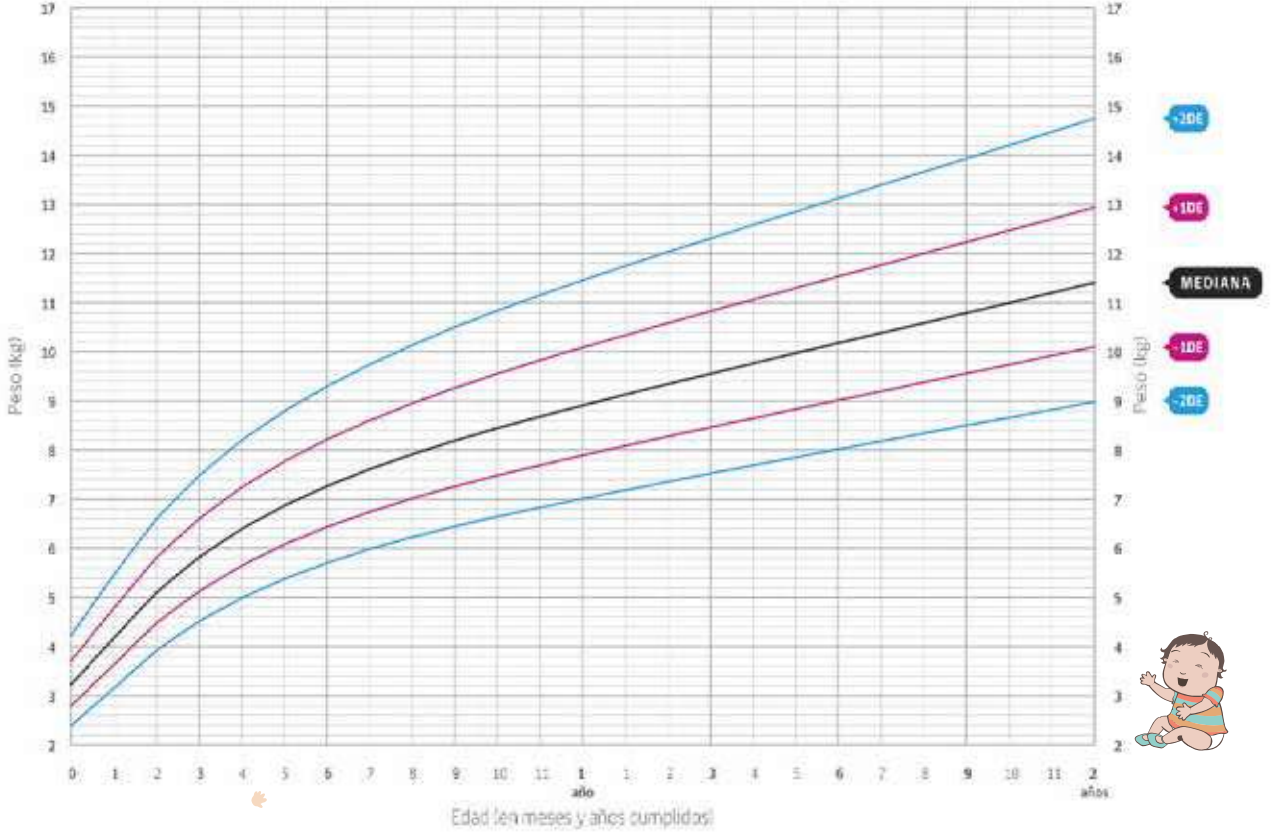


Gráfico 2: Longitud por edad en niñas desde el nacimiento a 2 años (Mediana y desviación estándar)

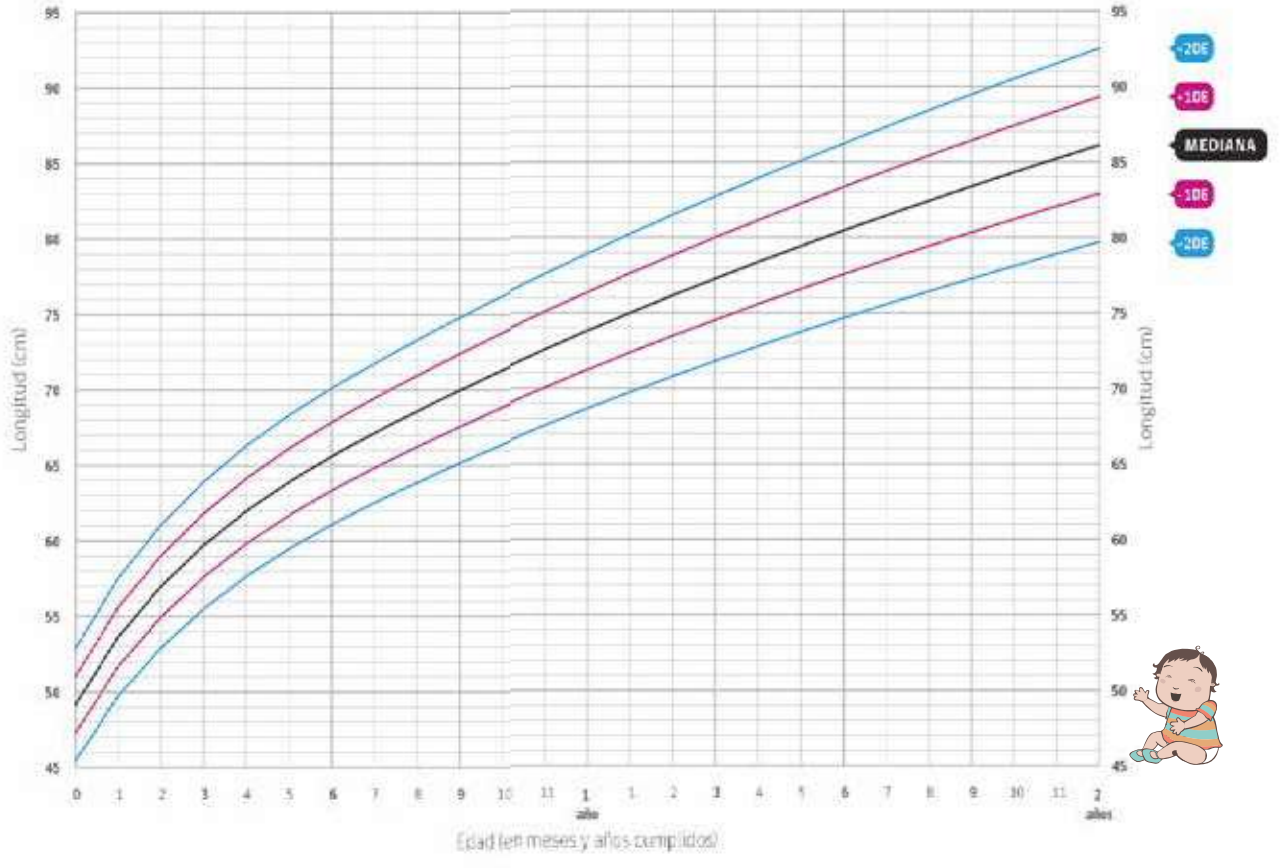


Gráfico 3: Peso por longitud en niñas desde el nacimiento a 2 años, de 45 cm a 110 cm (Mediana y desviación estándar)

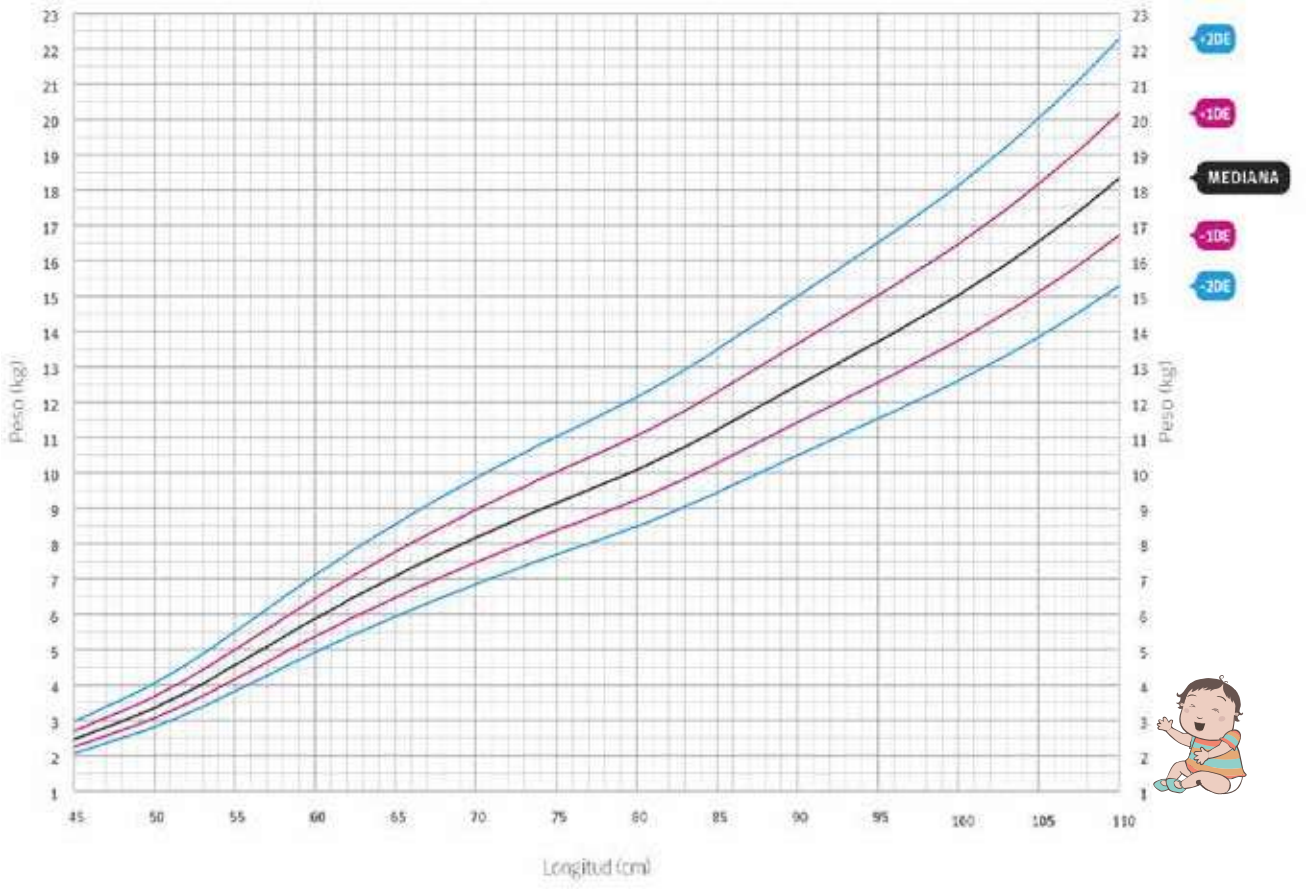


Gráfico 4: Perímetro cefálico por edad en niñas desde el nacimiento a 3 años (Mediana y desviación estándar)

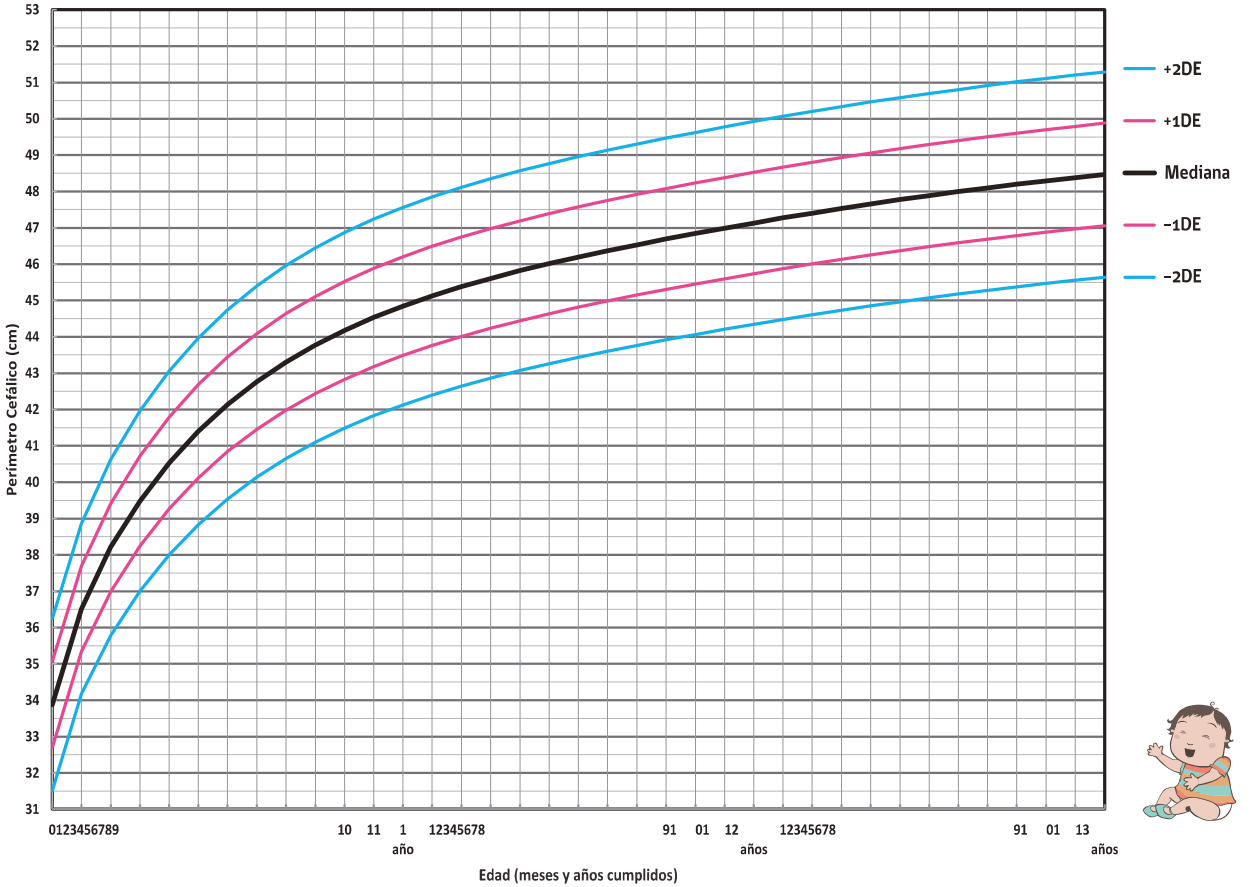


Gráfico 5: Peso por edad en niñas de 2 años a 5 años (Mediana y desviación estándar)

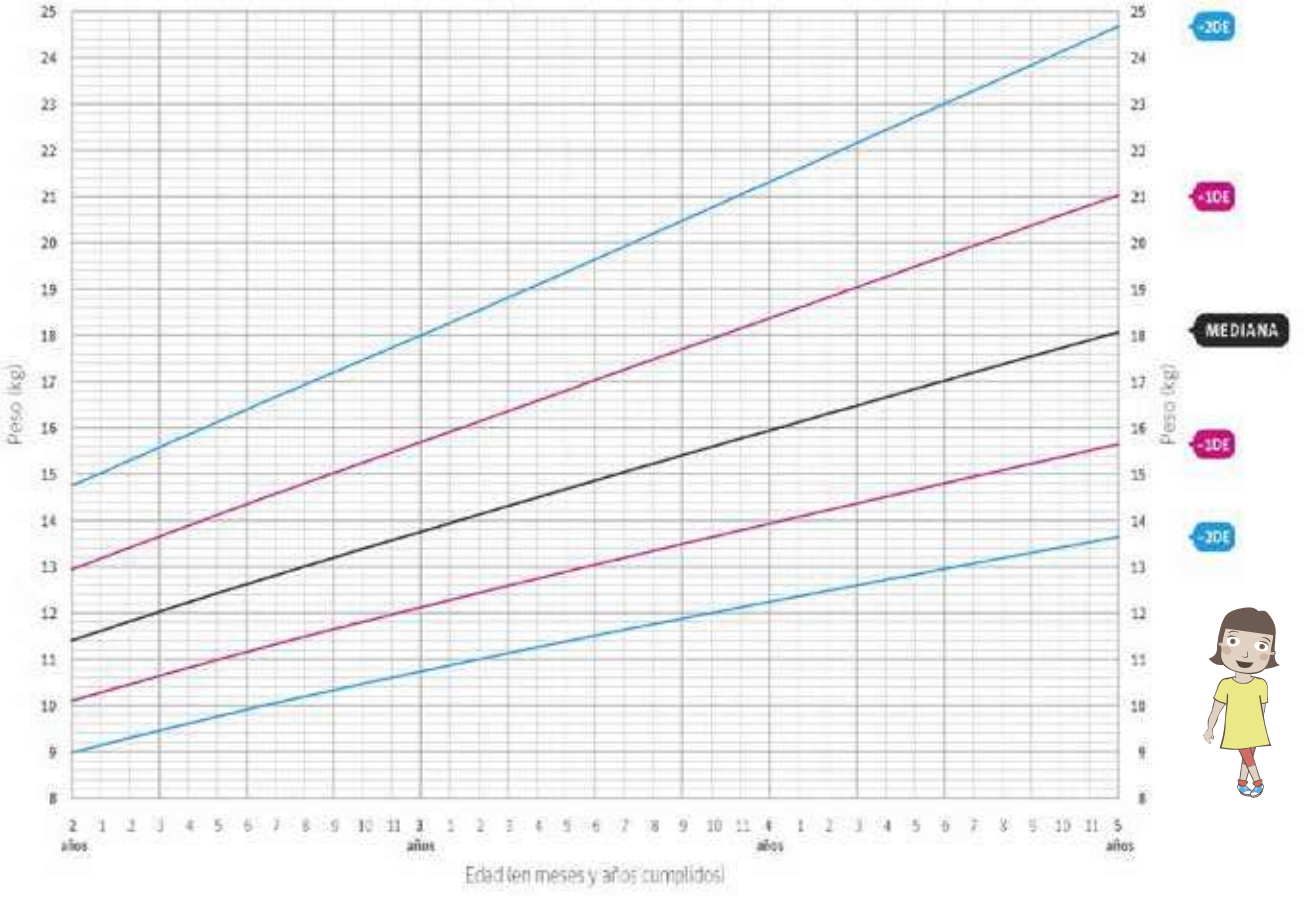


Gráfico 6: Estatura por edad en niñas de 2 años a 5 años (Mediana y desviación estándar)

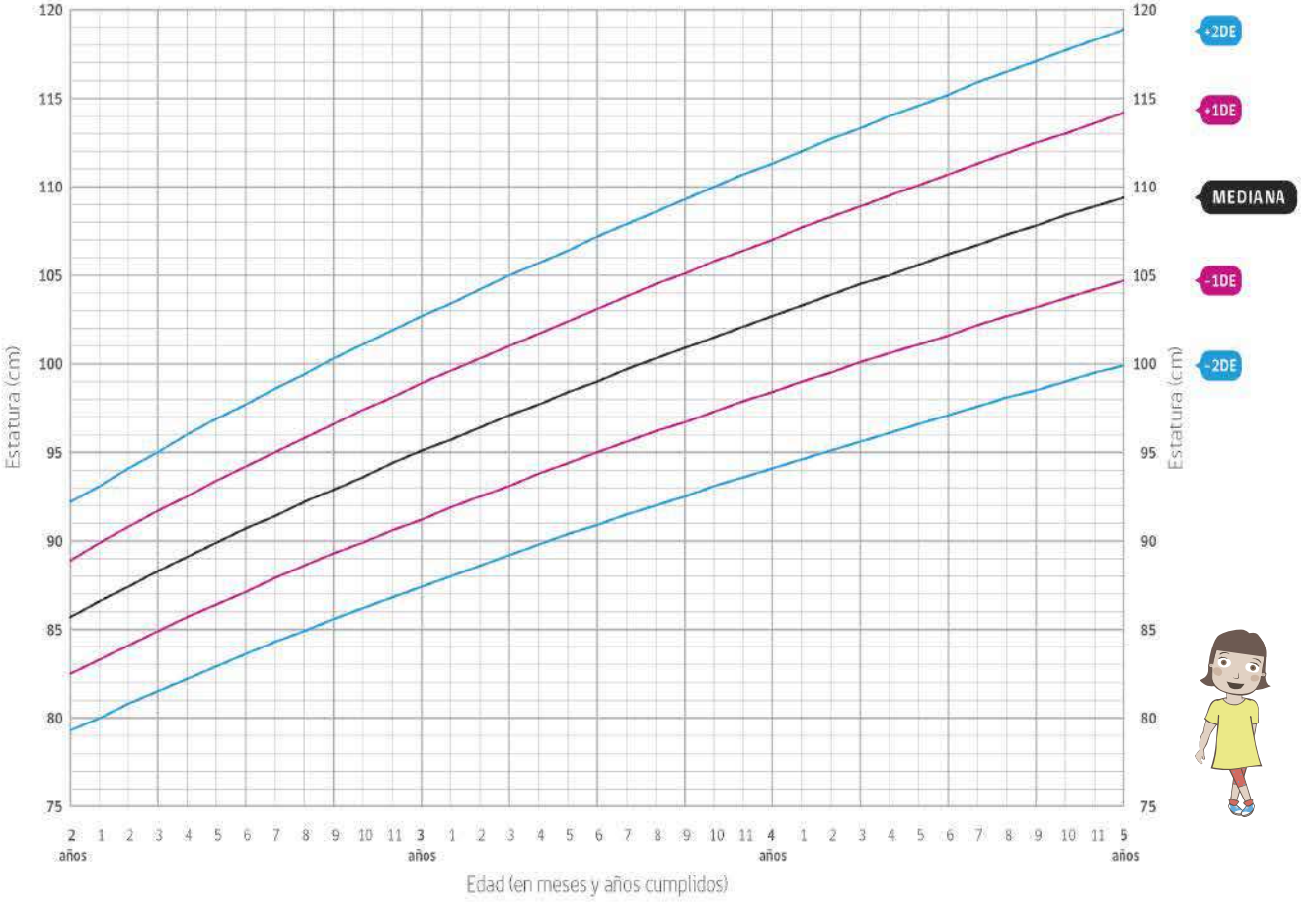


Gráfico 7: Peso por estatura en niñas de 2 años a 5 años, de 65 cm a 120 cm (Mediana y desviación estándar)

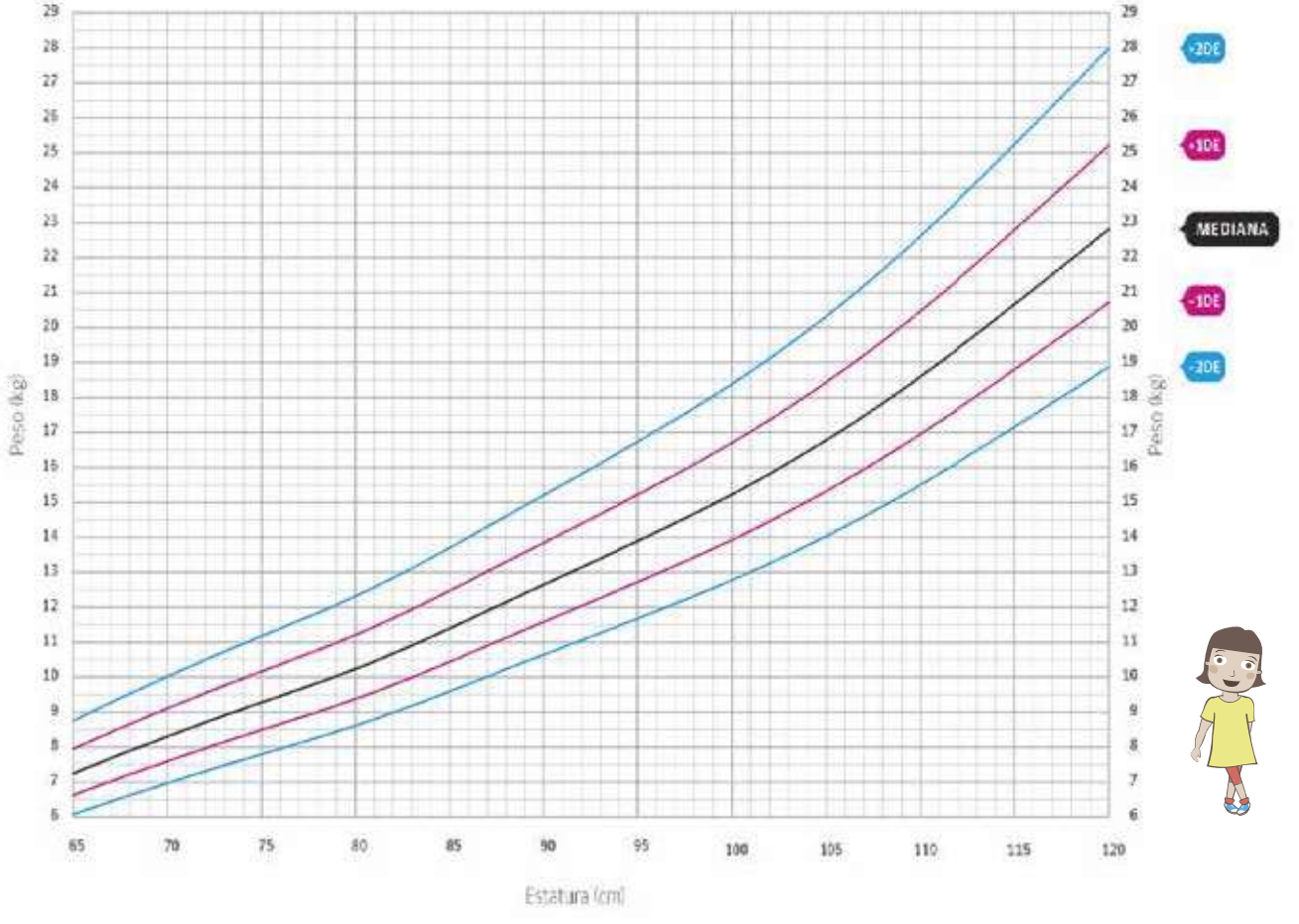
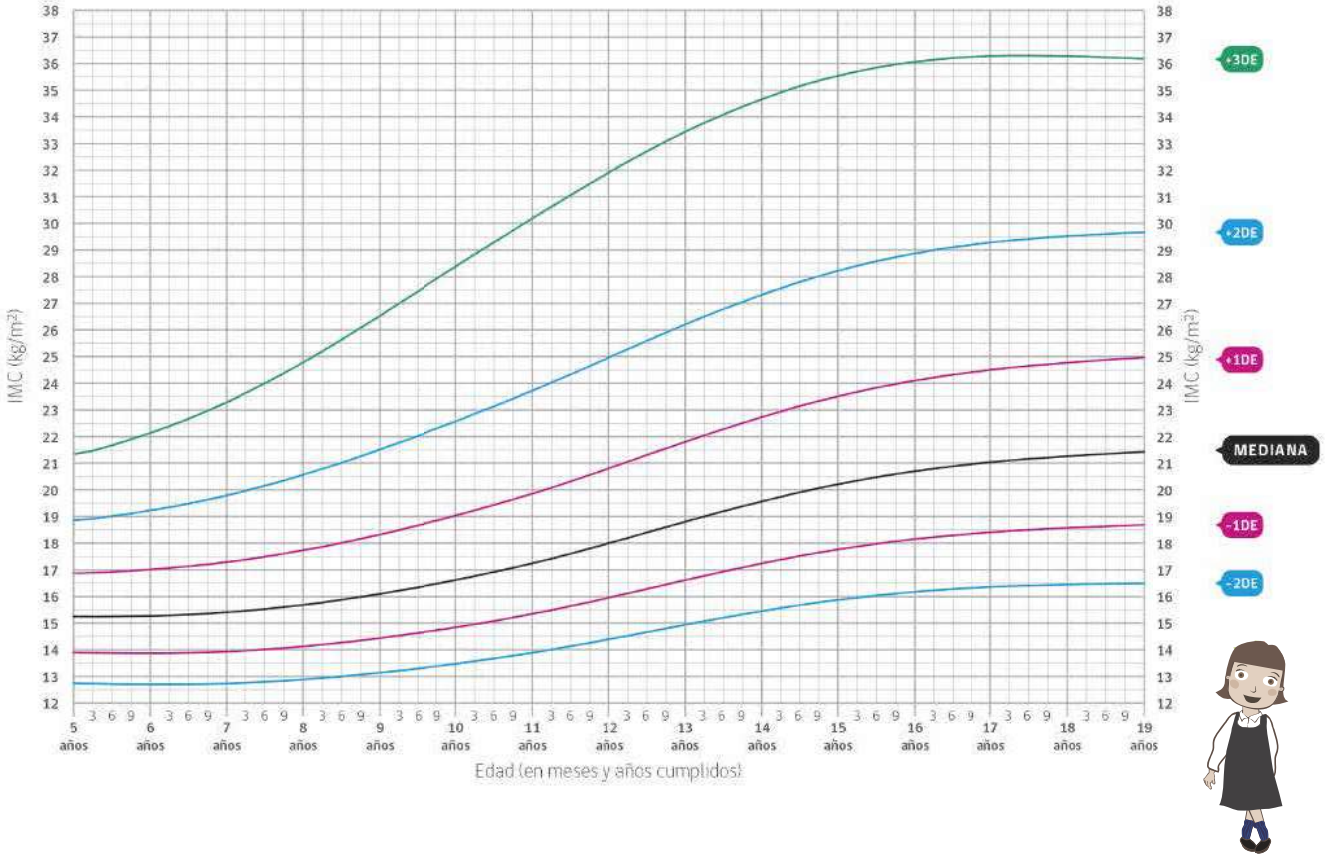


Gráfico 8: IMC por edad en niñas y adolescentes de 5 años 1 mes a 19 años (Mediana y desviación estándar)



Distribución percentilar de los valores estimados del perímetro de cintura por edad (PC/E) niñas y adolescentes de 5 a 19 años

	Percentiles para niñas y adolescentes				
Edad (Años)	p10	p25	p50	p75	p90
5	48.5	50.1	53.0	56.7	61.4
6	50.1	51.8	55.0	59.1	64.1
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	58.7	76.6
11	57.9	60.3	64.8	71.1	79.7
12	59.5	62.0	66.7	73.5	82.7
13	61.0	63.7	68.7	75.9	85.9
14	62.6	65.4	70.6	78.3	88.8
15	64.2	67.1	72.6	80.7	91.9
16	65.7	68.8	74.6	83.1	94.9
17	67.3	70.5	76.5	85.5	98.0
18	68.9	72.2	78.5	87.9	101.0

Referencia: Fernández J et AL. J Pediatr. 2004; 14:439-44



Gráfico 1: Peso por edad en niños desde el nacimiento a los 2 años (Mediana y desviación estándar)

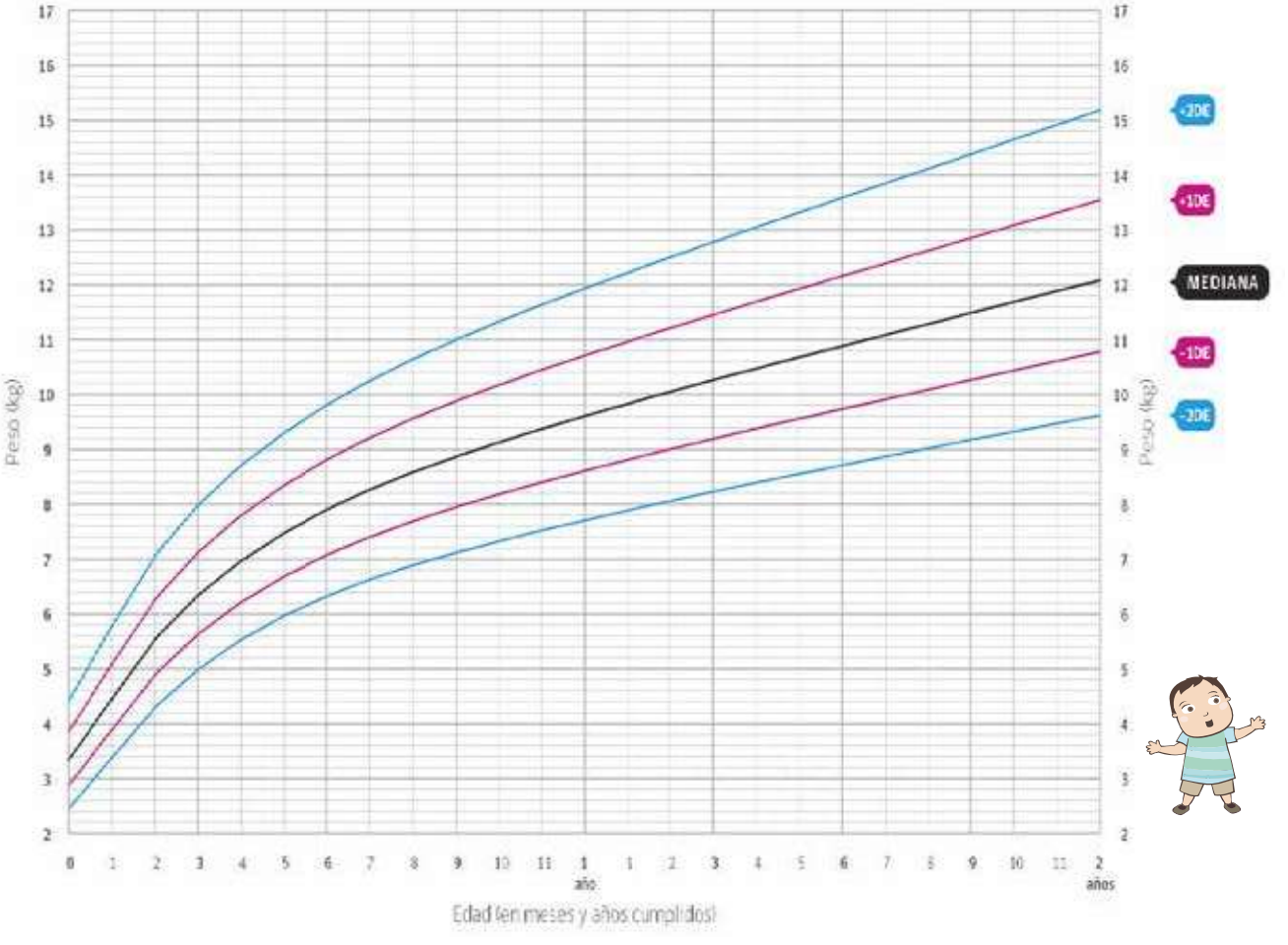


Gráfico 2: Longitud por edad en niños desde el nacimiento a los 2 años (Mediana y desviación estándar)

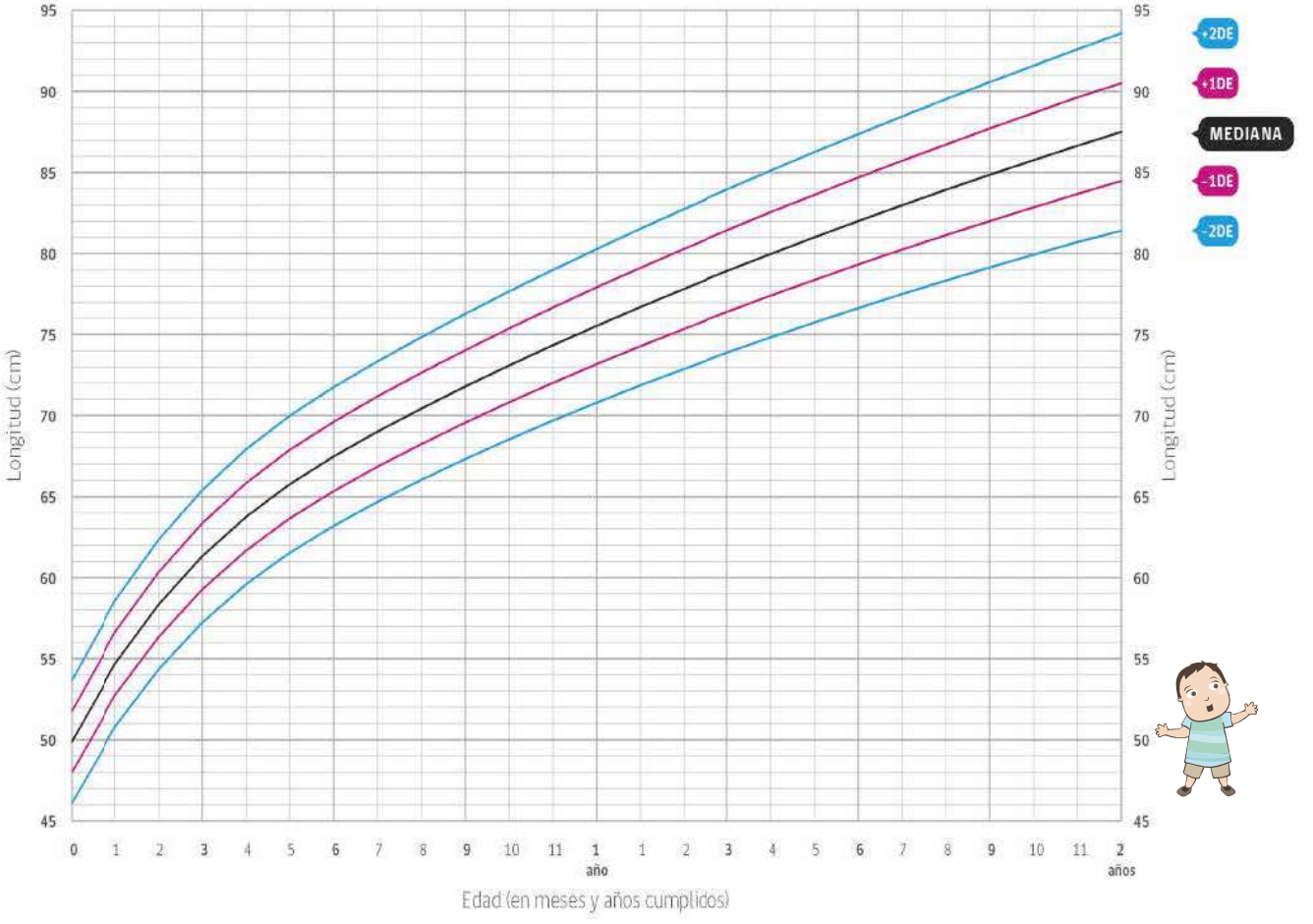


Gráfico 3: Peso por longitud en niños desde el nacimiento a 2 años, de 45 cm a 110 cm (Mediana y desviación estándar)

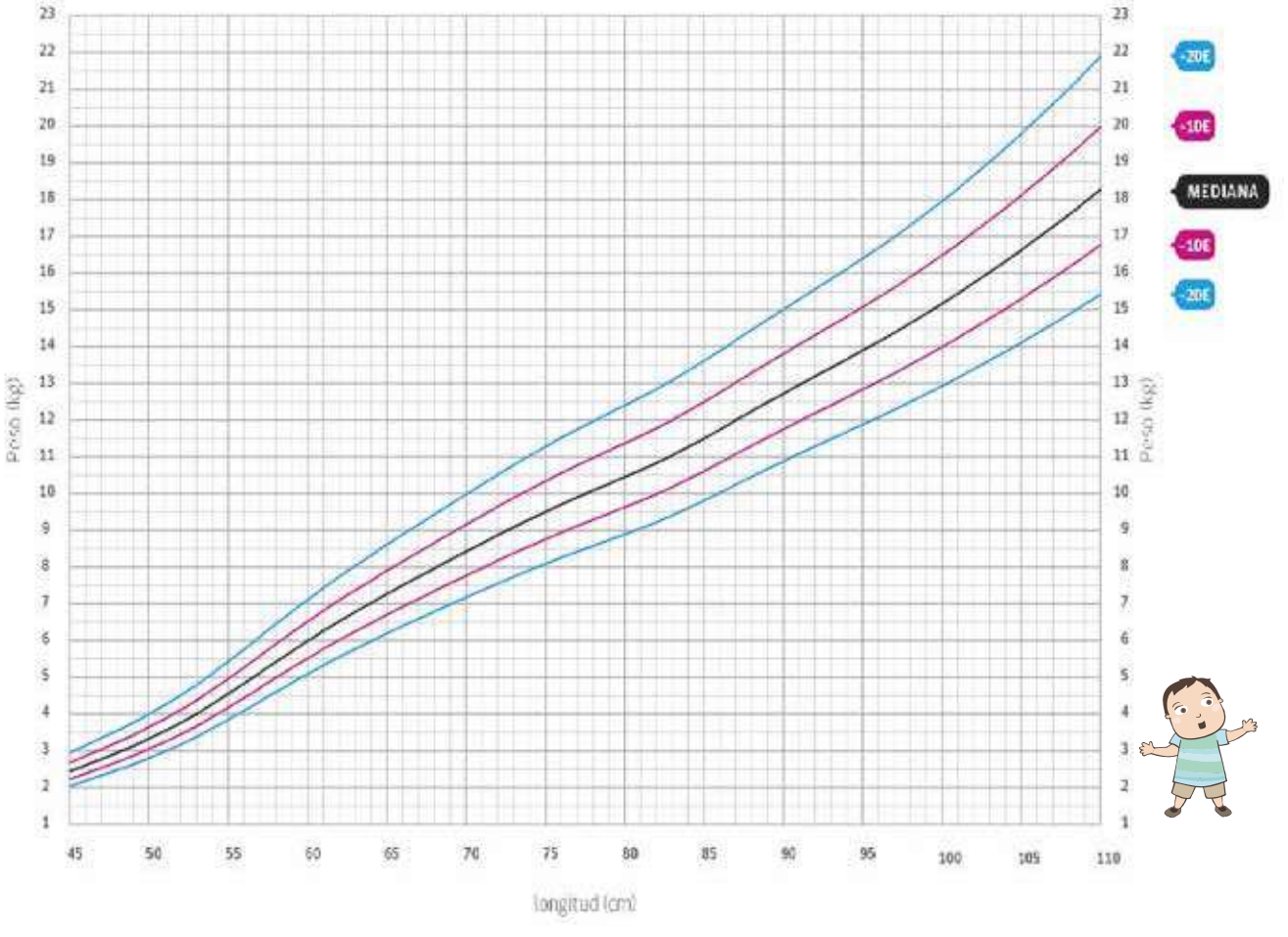


Gráfico 4: Perímetro cefálico por edad en niños desde el nacimiento a los 3 años (Mediana y desviación estándar)

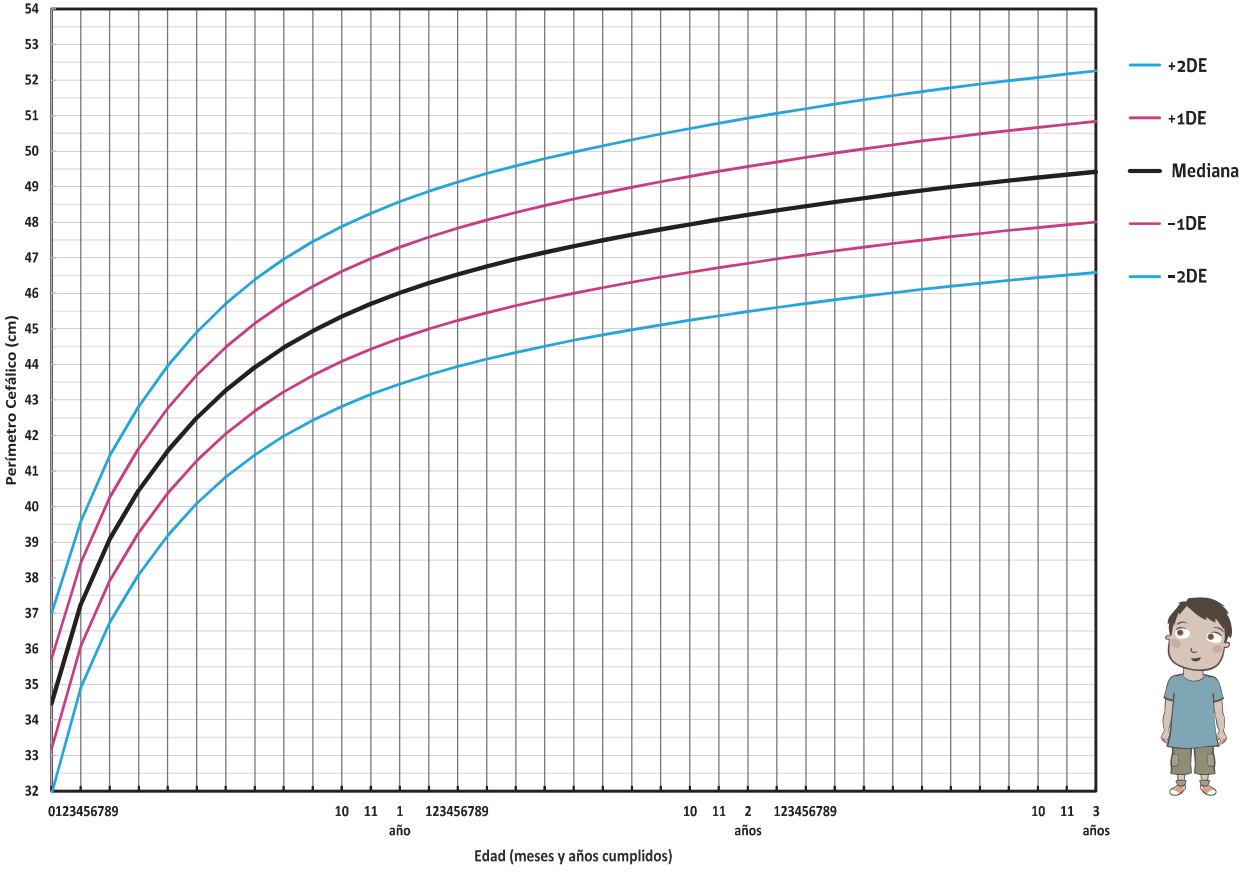


Gráfico 5: Peso por edad en niños de 2 años a 5 años (Mediana y desviación estándar)

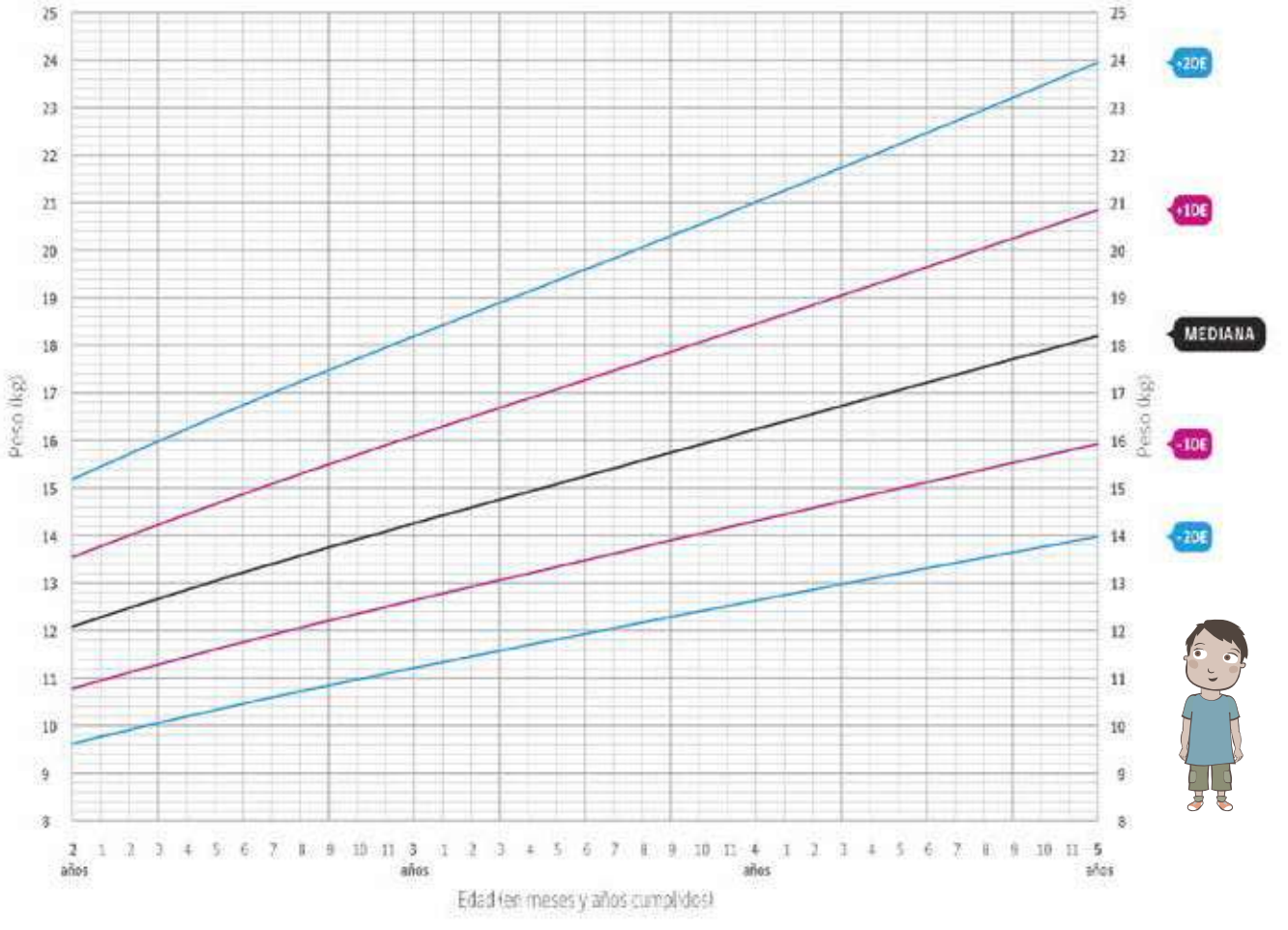


Gráfico 6: Estatura por edad en niños de 2 años a 5 años (Mediana y desviación estándar)

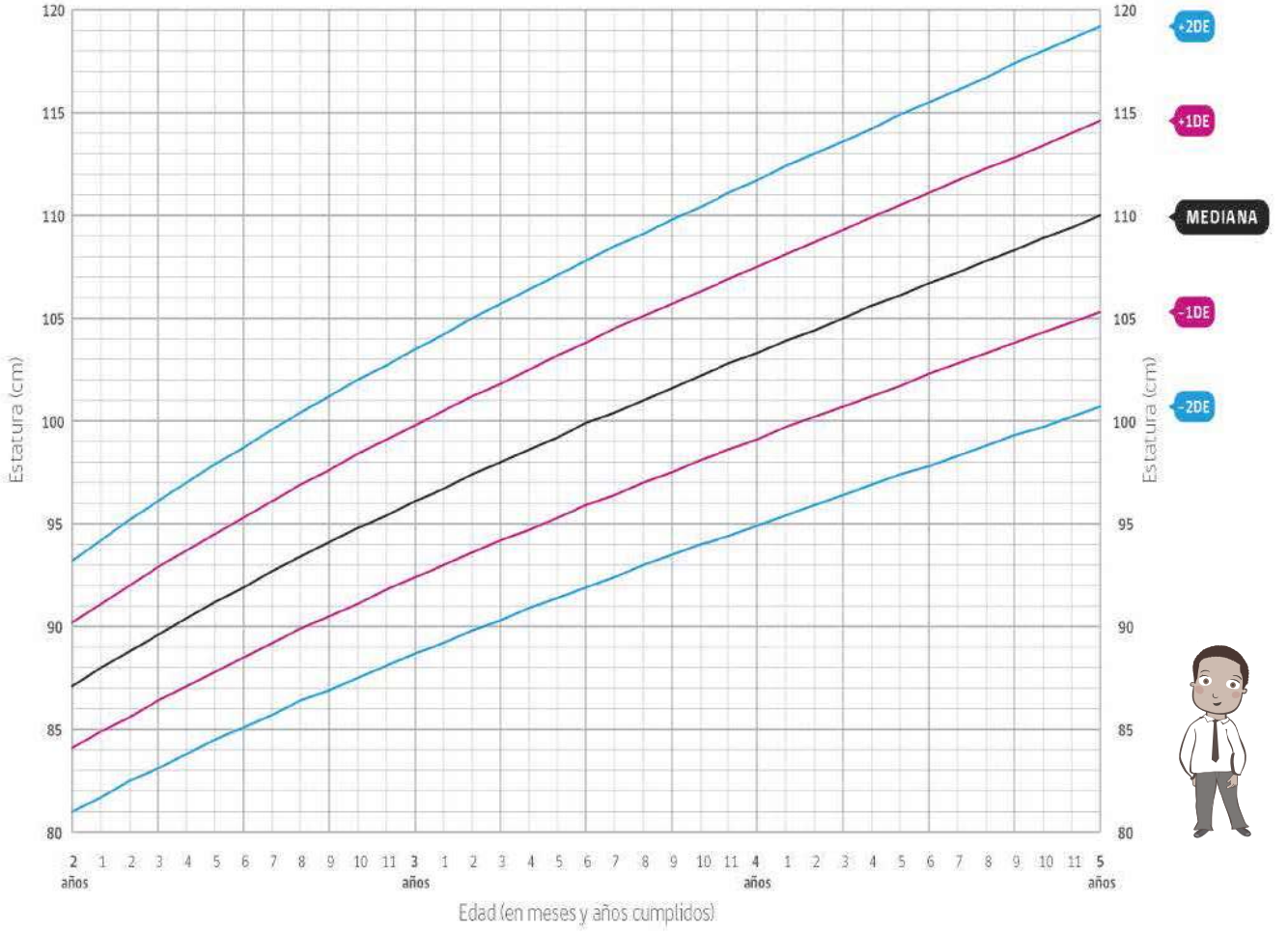


Gráfico 7: Peso por estatura en niños de 2 años a 5 años, de 65 cm a 120 cm (Mediana y desviación estándar)

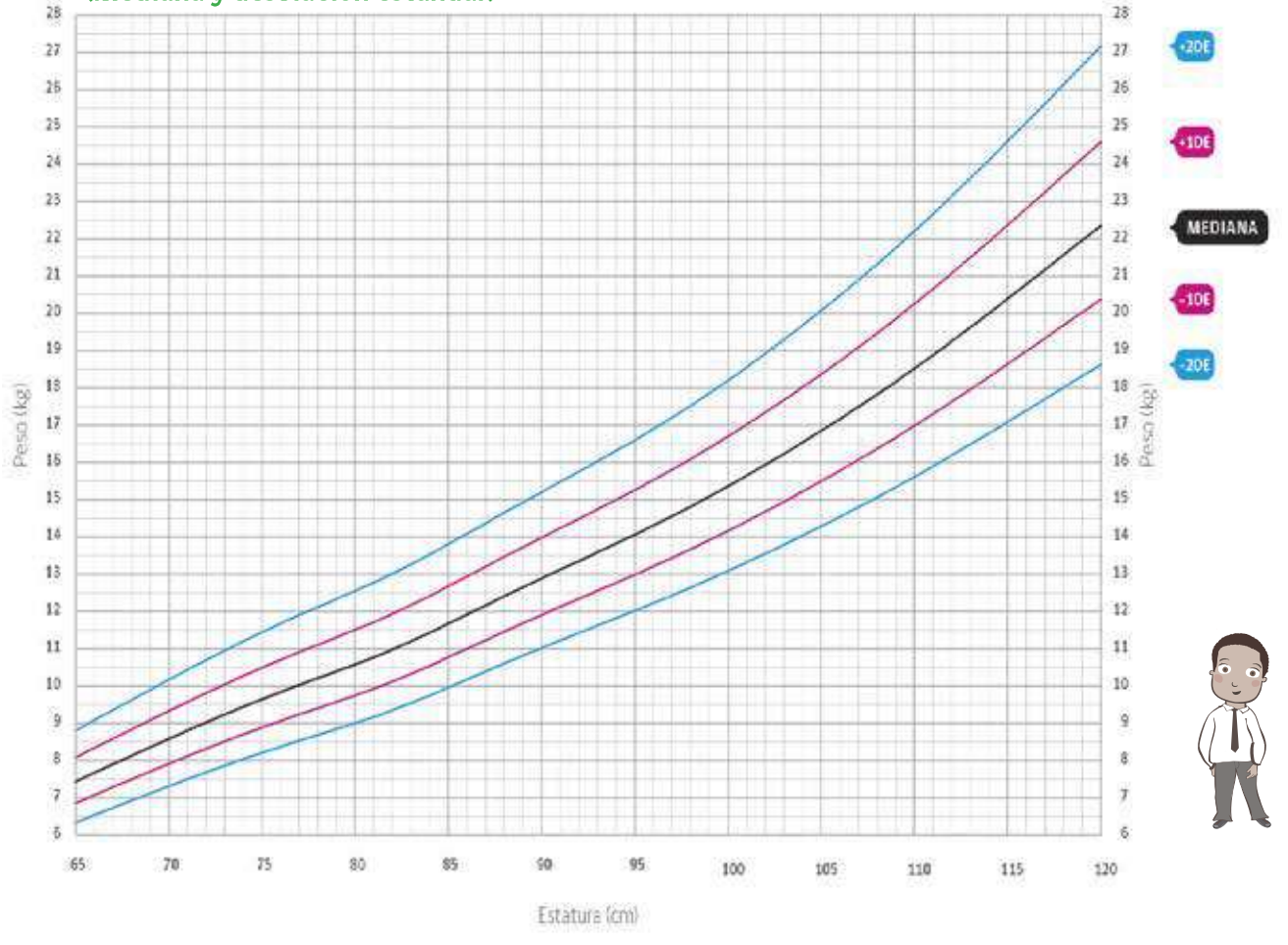
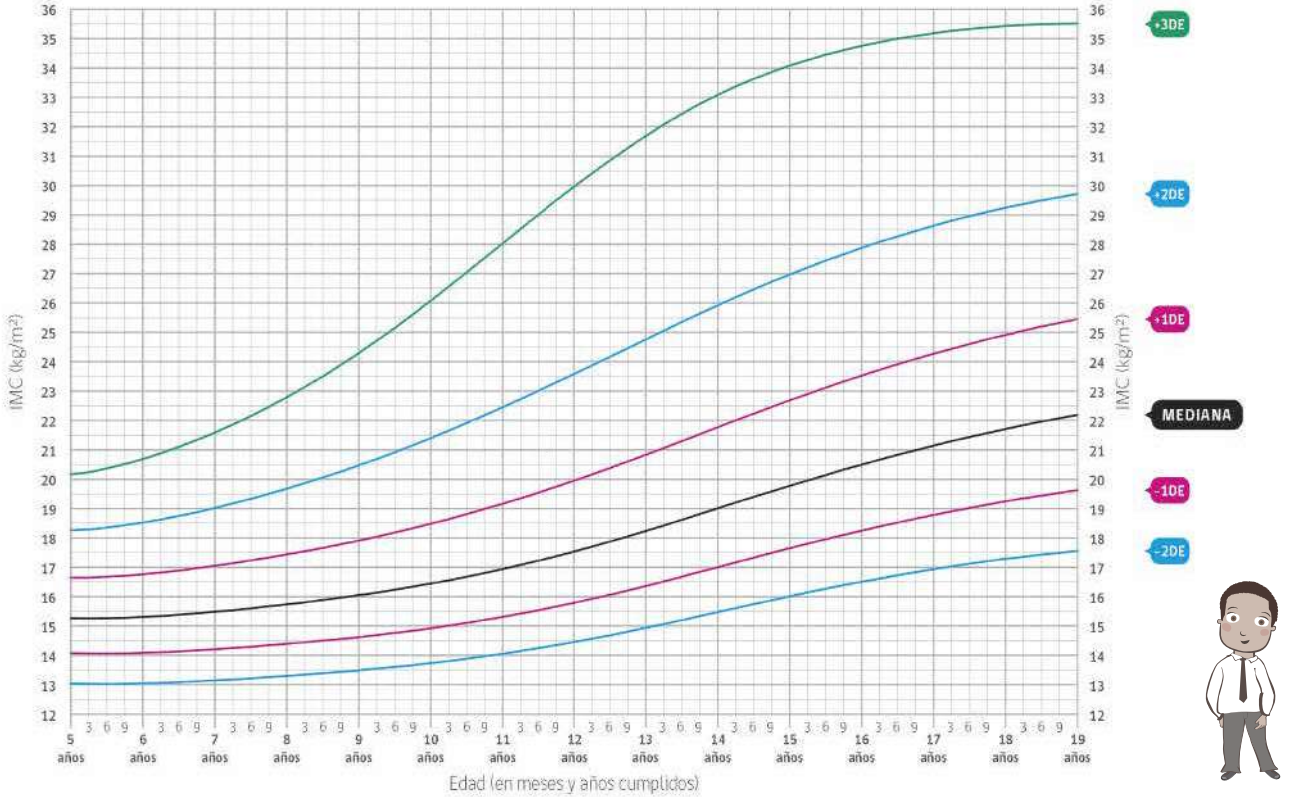


Gráfico 8: IMC por edad en niños y adolescentes de 5 años 1 mes a 19 años (Mediana y desviación estándar)



Distribución percentilar de los valores estimados del perímetro de cintura por edad (PC/E) en niños y adolescentes de 5 años a 19 años

	Percentiles para niños y adolescentes				
Edad (años)	**p10**	**p25**	**p50**	**p75**	**p90**
5	48.4	50.6	53.2	56.4	61.0
6	50.1	52.4	55.2	59	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	84.4
13	62.2	65.4	69.5	76.8	88.2
14	63.9	67.2	71.5	79.4	91.6
15	65.6	69.1	73.5	81.9	95.0
16	67.4	70.9	75.6	84.5	98.4
17	69.1	72.8	77.6	87	101.8
18	70.8	74.6	79.6	89.6	105.2

Referencia: Fernández J et Al. J Pediatr. 2004; 144:39-44



Nombre de producto:

Entrega de productos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

Fecha de retiro			Edad	N°lote	subprograma	cantidad (N°kilos)	Firma responsable entrega de alimentos	Fecha próximo retiro		
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año

Nombre de producto:

Entrega de productos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

Fecha de retiro			Edad	N°lote	subprograma	cantidad (N°kilos)	Firma responsable entrega de alimentos	Fecha próximo retiro		
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año

Nombre de producto:

Entrega de productos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

Fecha de retiro			Edad	N°lote	subprograma	cantidad (N°kilos)	Firma responsable entrega de alimentos	Fecha próximo retiro		
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año

Nombre de producto:

Entrega de productos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

Fecha de retiro			Edad	N°lote	subprograma	cantidad (N°kilos)	Firma responsable entrega de alimentos	Fecha próximo retiro		
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año

¡Recomendaciones para una lactancia exitosa!

Cuando la madre por distintos motivos no puede amamantar de forma directa a su hijo(a), puede extraerse leche. La extracción se puede realizar de forma manual o con un extractor de leche. Extraerse leche es una habilidad que requiere práctica, al comienzo puede ser difícil o el volumen obtenido puede ser aparentemente bajo, con el correr de los días se irá siendo más fácil.



Lugar de almacenamiento	Temperatura máxima y Tiempo de Almacenamiento	Observaciones
Superficie ambiente	hasta 25°C de 4 a 6 horas	El recipiente debe encontrarse cubierto y mantenerse lo más frío posible. Siempre optar por guardar en un refrigerador o cooler.
Nevera cooler	desde – 15° a 4°C hasta 6 horas	Mantener unidades refrigerantes en contacto con contenedor de leche y limitar apertura de cooler.
Refrigerador	4°C hasta 24 horas	Almacenar en la primera bandeja del refrigerador, al fondo. nunca dejar en la puerta.
Freezer (refrigerador de 1 puerta)	a – 15°C Hasta 14 días	Guardar la leche al fondo del congelador, donde la temperatura es más estable, evitando que toque las paredes del freezer. Idealmente depositar las bolsas o frascos con leche, dentro de un recipiente que permita mantenerla separa del resto de los alimentos congelados.
Freezer (refrigerador de 2 puertas)	a – 18°C desde 3 a 6 meses	
Freezer, congelador vertical u horizontal	a –20 c Hasta 12 meses	

TALLER DE HABILIDADES DE CRIANZA PARA PADRES, MADRES Y CUIDADORES



¡Asiste al taller “Nadie es Perfecto”!

Consulte en su centro de salud, el nombre del facilitador(a) que realiza el taller y dónde te puedes inscribir.

Chile crece contigo
Protección Integral a la Infancia