



Procedimiento de Servicio Médico en Estancias Infantiles

Código:	TM-PR-SP-15
Emisión:	23/03/2010
Última Rev.:	08/06/2022
Revisión No.:	05
Dirección Emisora:	Salud Pública

Manual de Procedimientos de Servicio Médico en Estancias Infantiles

AUTORIZACIONES

Elaboró: Dra. Elizabeth Mellado Moya
Coordinador de Salud Comunitaria



Revisó: Ing. Miguel Ángel Rodríguez Salas
Coordinador de Calidad



Revisó: Lic. Zania Natalí Ballesteros Garza
Salud Pública



Autorizó: Dr. Luis Alfonso Carrillo González
Titular de Salud Pública

Sello CM

MUNICIPIO DE
SALTILLO, COAH.



CONTRALORIA
MUNICIPAL





Procedimiento de Servicio Médico en Estancias Infantiles

Código:	TM PR- SP- 15
Emisión:	23/05/2010
Última Rev.:	08/06/2022
Revisión No.:	05
Dirección Emisora:	Salud Pública

CONTENIDO

	<i>Índice</i>
1. Objetivo	3
2. Alcance	3
3. Responsabilidades	3
4. Definiciones	4
5. Políticas y Lineamientos	5
6. Desarrollo/Procedimiento	5
7. Diagrama de Flujo	7
8. Riesgos Inherentes	8
9. Registros	8
10. Formatos e Instructivos	8
II. Marco Jurídico/Referencias	9
12. Control de Cambios	9





Procedimiento de Servicio Médico en Estancias Infantiles

Código:	TM-PR-SP-15
Emisión:	23/03/2010
Ultima Rev.:	08/06/2022
Revisión No.:	05
Dirección Emisora:	Salud Pública

1. OBJETIVO.

Contar con un documento que contenga los procedimientos existentes en las Estancias Infantiles dependientes de DIF Saltillo, a fin de normar la organización y el funcionamiento interno de la misma, en busca de un óptimo desempeño contribuyendo de esta manera con la Administración Pública Municipal.

Establecer las responsabilidades de cada puesto en las Estancias Infantiles, de acuerdo a su participación en los diferentes procedimientos.

Establecer los principales procedimientos que se realizan su propósito, alcance y políticas de operación.

Constituir dicho manual que funcionará como una herramienta de capacitación, inducción y adiestramiento para los empleados de nuevo ingreso a Estancias Infantiles y Padres de Familia; así como un mecanismo que comprometa a todos cada uno de sus miembros a su cumplimiento ya actualización constante de la mejora continua

2. ALCANCE.

Aplica para todo el personal de Salud Pública que se encuentre otorgando Servicios de Salud en las Estancias Infantiles dependientes de DIF Saltillo.

3. RESPONSABILIDADES.

Núm.	Responsable (puesto)	Funciones
3.1	Director	3.1.1 Cumplir con lo estipulado en el presente documento. 3.1.2 Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las tareas del Servicio de Enfermería en las Estancias Infantiles.
3.2	Coordinador de Salud Comunitaria	3.1.3 Planear, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar las tareas del Servicio de Enfermería en las Estancias Infantiles. 3.1.4 Coordinar y evaluar las actividades del Servicio de Enfermería en las Estancias Infantiles. 3.1.5 Elaborar indicadores con motivo de actividades de las Dirección de Salud Pública
3.3	Enfermera	3.3.1 Realizar diariamente filtro de entrada a los niños.





Procedimiento de Servicio Médico en Estancias Infantiles

Código:	TM-PR-SP-15
Emisión:	23/05/2010
Ultima Rev.:	08/06/2022
Revisión No.:	05
Dirección Emisora:	Salud Publica

- 3.3.2 Vacunar y llevar el control de vacunación de los niños de acuerdo a las instrucciones de la Coordinación.
- 3.3.3 Llevar el control antropométrico de los niños.
- 3.3.4 Controla los expedientes clínicos.
- 3.3.5 Proporciona los primeros auxilios en caso de accidente.
- 3.3.6 Visitar diariamente las salas, reportando por escrito a la coordinación de casos de enfermedad.
- 3.3.7 Vigilar la dieta alimenticia de los niños.
- 3.3.8 Dar reporte por escrito o verbal a los Padres de Familia, sobre enfermedades o accidentes ocurridos durante la estancia del menor.
- 3.3.9 Apoyar como medida preventiva en eventos sociales especiales, así como salidas, paseos recreativos y culturales de los niños, conforme a las necesidades del servicio.
- 3.3.10 De acuerdo a programación, realizar pláticas para fomento de la salud, saneamiento, detector de factores, acciones entre Padres de Familia, el derecho a la salud y la responsabilidad individual y social en Salud.
- 3.3.11 Mas aquellas actividades que la Coordinación Medica de Estancias Infantiles y Dirección de Salud Pública indiquen.

4. DEFINICIONES.

Núm.	Palabra/Término	Definición
4.1	Antropometría	Medida de las dimensiones físicas del cuerpo humano.
4.2	Educación para la salud	Proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el cambio de análisis de información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamiento para cuidar la salud, individual, familiar y colectiva.
4.3	Promoción de la salud	Proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes, de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de la salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectiva mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.
4.4	Vacunación	Administración de un producto inmunizante a un organismo, con objeto de protegerlo contra el riesgo de una enfermedad determinada.





Procedimiento de Servicio

Médico en Estancias Infantiles

Código:	TM-PR-SP-15
Emisión:	23/03/2010
Ultima Rev.:	08/06/2022
Revisión No.:	05
Dirección Emisora:	Salud Publica

4.5	Prevención	Acciones de fomento y educación para la salud, detección, protección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y control, realizadas en beneficio de la salud.
4.6	Filtro	Proceso de revisión de menores al ingreso
4.7	Enfermedad infecto-contagiosa	Forma de enfermedad que es: infecciosa y posee el potencial de ser transmitida

5. POLITICAS Y/O LINEAMIENTOS.

1. Se realiza diariamente la revisión de los menores antes de entrar a la estancia
2. Se verifica su estado de salud con el que llega al centro y al momento de ser entregado a sus familiares
3. En casa de tener alguna sintomatología de enfermedad infecto-contagiosa se referencia a algún centro de salud para ser tratado
4. Se hacen visitas diarias a las salas para revisar y si al algún incidente se reporta inmediatamente a la coordinación correspondiente
5. En caso de accidentes las enfermeras son las que dan la atención de emergencia al menos antes de ser trasladado algún centro de salud
6. Hacen promoción a los servicios médicos como vacunaciones, platicas o programas de fomento a la salud etc.
7. Se hacen los reportes y se envían a la coordinación.

6. DESARROLLO / PROCEDIMIENTO.

Act. Núm.	Responsable (puesto)	Descripción de la Actividad	Documento
I	Enfermera	6.1.1 La enfermera revisa a los menores a la hora de entrada con el objetivo de verificar el estado de salud que guardan en el momento de su llegada, realizando al familiar un cuestionario, así mismo realiza la referencia al Centro de Salud correspondiente de los que presenten sintomatología de enfermedad infecto-contagiosa	





Procedimiento de Servicio Médico en Estancias Infantiles

Código:	TM-PR-SP-15
Emisión:	25/05/2010
Última Rev.:	08/06/2022
Revisión No.:	05
Dirección Emisora:	Salud Pública

2	Vísita y reporte	Enfermera	6.1.2 Visita diariamente las salas, reportando a la Coordinación los casos de enfermedades.
3	Primera atención en caso de accidentes	Enfermera	6.1.3 Proporciona los primeros auxilios en caso de accidente y participa en la referencia del menor a la clínica de adscripción. Es responsable del mantenimiento y reposición del material utilizado.
4	Programas de fomento a la salud	Enfermera	6.1.4 Participa en los programas médicos preventivos instituidos por la Unidad Administrativa de Salud Pública (vacunación, medición antropométrica, pláticas para fomento de la salud)
5	Registro de actividades	Enfermera	6.1.5 Lleva al día el registro de actividades realizadas.





Procedimiento de Servicio Médico en Estancias Infantiles

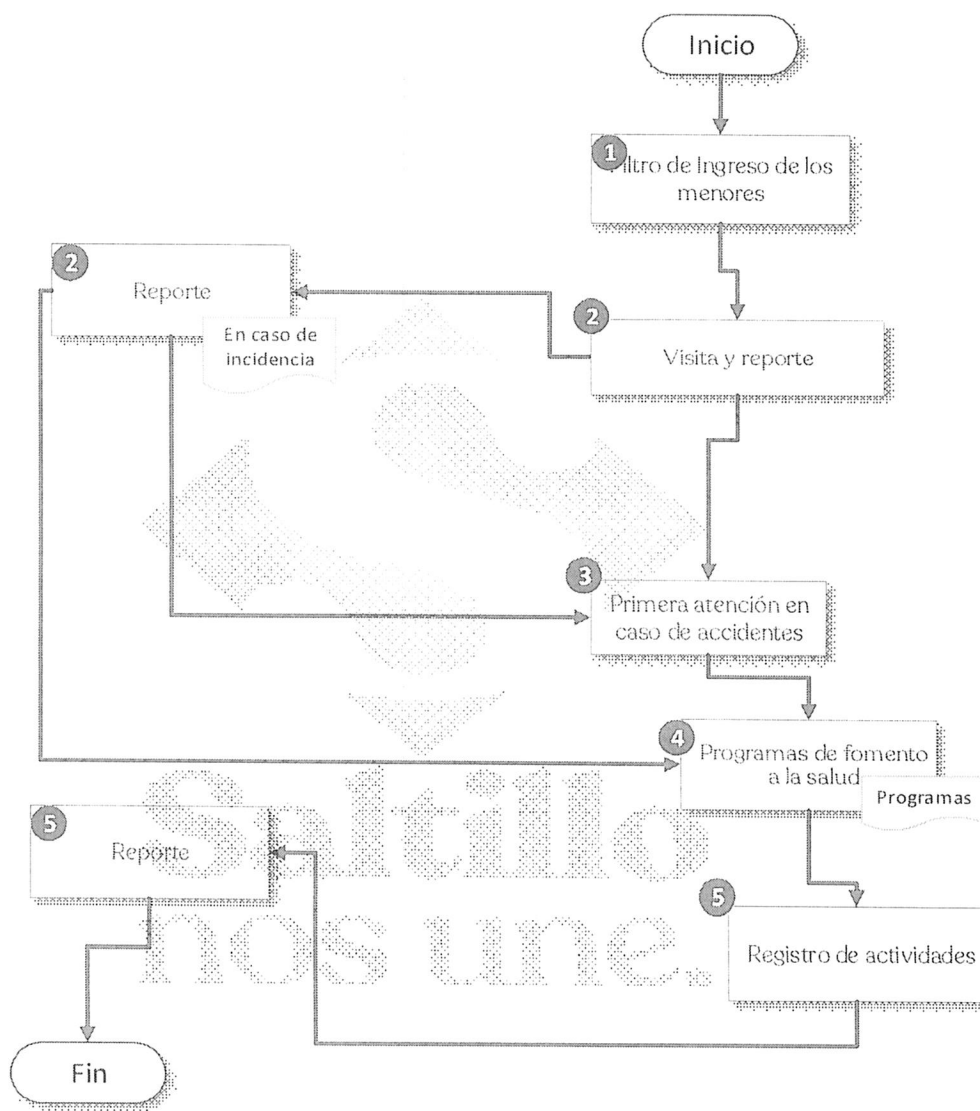
Código:	TM-PR-SP-15
Emisión:	25/05/2010
Ultima Rev.:	08/06/2022
Revisión No.:	05
Dirección Emisora:	Salud Publica

7. DIAGRAMA DE FLUJO.

Servicio Medico en Estancias Infantiles

Coordinador de Salud Comunitaria

Enfermería



CONTRALORIA MUNICIPAL DE SALTILLO, CM-FO-DMA-OI Rev. 03, fecha Rev. 02 de febrero de 2022.





SALTILLO

Procedimiento de Servicio Médico en Estancias Infantiles

Código:	TM PR SP 15
Emisión:	23/05/2010
Ultima Rev.:	08/06/2022
Revisión No.:	05
Dirección Emisora:	Salud Publica

8. RIESGOS INHERENTES.

Riesgo Potencial	Causa Potencial	Acción Preventiva	Responsable	Plazo	Frecuencia	Evidencias
INFECCIONES	Adquirir infecciones que presente brote al momento de las revisiones	Utilizar equipo de protección personal	Enfermeras	Frecuente	Diario	

9. REGISTROS.

Código	Nombre
N/A	N/A

10. FORMATOS E INSTRUCTIVOS (ANEXOS).

Código del formato o instructivo	Nombre del formato
S/C	Cuestionario de filtro de entrada
S/C	Reporte diario de niños enfermos
S/C	Reporte diario de actividades de enfermería (incidentes)
S/C	Reporte diario de actividades de enfermería (accidentes)
S/C	Historia clínica pediátrica
S/C	Reporte semanal de actividades medicas
S/C	Reporte mensual Estancias Infantiles





Procedimiento de Servicio

Médico en Estancias Infantiles

Código:	TM-PR-SP-15
Emisión:	25/05/2010
Ultima Rev.:	08/06/2022
Revisión No.:	05
Dirección Emisora:	Salud Pública

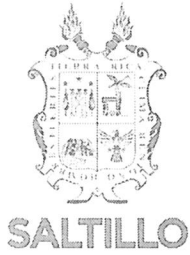
11. REFERENCIAS / MARCO JURÍDICO.

Código	Nombre
S/C	Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación, actualizada el 07 febrero 2003
S/C	Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993. Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.
S/C	Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994. Para la prevención y control de las enfermedades bucales.
S/C	Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994. Para la vigilancia epidemiológica.
S/C	Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA2-1994. Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud.
S/C	Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño.
S/C	Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA2-1997. Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.
S/C	Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA2-1998. Del expediente clínico.

12. CONTROL DE CAMBIOS.

Núm. de revisión	Fecha	Sección Modificada	Descripción del Cambio
3.0	18-04-2016	Código	Cambio de DGSP-PR-CESS-01 se modifica a DSP-PR-CESS-01
04	01-05-2018	3.2.2	Se agrega actividad de elaborar programas de trabajo de la Coordinación de Extensión de Servicios de Salud, específicamente Control Animal
04	01-05-2018	8.0	Se cambia de Ley Estatal de Protección Animal del Estado a Ley de Protección y Trato Digno a los Animales para el Estado de Coahuila de Zaragoza
04	01-05-2018	Código	Modificación y Actualización General, cambio





Procedimiento de Servicio Médico en Estancias Infantiles

Código:	TM-PR-SP-15
Emisión:	23/03/2010
Ultima Rev.:	08/06/2022
Revisión No.:	05
Dirección Emisora:	Salud Publica

05	08/06/2022	5.0	de código por modificación de Estructura Organizacional de DGRH-PR-DSP-12 a TES-PR-DSP-12 Se agrega nuevo punto de políticas y/ o lineamientos
05	08/06/2022	6.0	Revisión General se actualiza todo el punto 6.0. y se agrega responsable que genera las acciones.
05	08/06/2022	7.0	Se agrega nuevo punto de diagrama de flujo
05	08/06/2022	8.0	Se agrega nuevo punto de Riesgos Inherentes Modificación y Actualización General, cambio de código por modificación de Estructura Organizacional de TES-PR-DSP-12 a TM-PR-SP-15
05	08/06/2022	Código	

CONTRALORÍA MUNICIPAL DE SALTILLO. CM-FO-DMA-OI Rev. 05, fecha Rev. 02 de febrero de 2022.





REGLAMENTO DEL SERVICIO MEDICO CENTROS INFANTILES

1. La admisión del niño o niña en el Centro Infantil dependerá de un filtro sanitario que deberá realizar la enfermera, verificando
 - El estado de Salud.
 - El informe del Estado de Salud durante las doce horas anteriores, proporcionado por el Padre de Familia.
 - Se encuentre aseado, es decir, bañado, peinado, con ropa limpia, uñas cortas, aseo bucal, zapato cerrado.
 - En caso de que el niño se haya encontrado enfermo el día anterior, la enfermera valorará el ingreso del niño.

2. El Padre de Familia deberá asegurarse que el Niño (a) no lleve consigo alimentos, juguetes, joyería, dinero, broches de cabello, diademas, pasadores, cinturones o cualquier otro objeto que pueda causar alguna lesión en ellos.

3. Durante el Filtro Sanitario el Padre de Familia deberá permanecer en todo momento hasta que el Niño(a) sea autorizado para ingresar al Centro Infantil.

4. Como parte del proceso de inscripción es necesario cumplir con una valoración Médica por parte del Médico del Niño(a) en donde indique que el menor se encuentra *Clínicamente Sano* para su ingreso, así como sus respectivos Exámenes de Laboratorio (Copro Seriado, Exudado Faríngeo, Grupo y RH).

5. La Enfermera de la Estancia podrá regresar al Niño(a) cuando al realizar el Filtro, se detecten síntomas a través de los cuales se presuma la existencia de alguna enfermedad que constituya riesgo para la salud de los demás, los síntomas por los cuales serán motivo de Valoración Médica son:
 - Fiebre
 - Conjuntivitis
 - Pediculosis
 - Flujo nasal
 - Dermatitis
 - Tos con flema
 - Otras condiciones de salud que pongan en riesgo su integridad.

Para que el Niño(a) pueda ser recibido nuevamente se requiere la autorización del Médico tratante, presentando ante el personal de Enfermería la valoración donde avale que el niño se encuentra Clínicamente Sano, para reincorporarse a sus actividades.

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser una inicial o un nombre abreviado, ubicada en la parte inferior derecha del documento.



HISTORIA CLINICA PEDIATRICA

1. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellidos y nombres			
Sexo Mas <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento Día Mes Año	
Lugar de nacimiento		Edad completa A M D H	
Nombre del padre		Informante	
Nombre de la madre			
Servicio Médico <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> MAGISTERIO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> Otro Cuál? <input type="checkbox"/>			
Fecha de elaboración de la historia Día Mes Año		Hora de elaboración Hora Min	

2. ANTECEDENTES FAMILIARES (Marque con X e indique el parentesco)

Edad <input type="checkbox"/> ——— <input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Congénitos
	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Epilepsia
	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Tabaquismo
	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Alcoholismo
	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Drogadicción
	<input type="checkbox"/> Otros	

3. ANTECEDENTES PERINATALES

Embarazo controlado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	Embarazo normal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	Parto normal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>
Peso al nacer gr	Talla al nacer cm	Neonato sano Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>
Observaciones		

4. ANTECEDENTES NUTRICIONALES

Lactancia materna Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	Duración lactancia materna meses	Edad ablactación Meses
Biberón actualmente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	Fórmula actualmente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Cuál	
Alimentación actual:		

5. DESARROLLO

Control cefálico meses	Sonrisa social meses	Girar (supino-prono) meses	Sedestación sin apoyo meses
Gateo meses	Marcha sin apoyo meses	Primeros dientes meses	Control esfínteres meses
Sonidos guturales meses	Disílabos meses	Palabras completas meses	Frases completas meses
Comportamiento		Escolaridad / rendimiento	



Observaciones:

6. VACUNACION (Marque y escriba la fecha. Utilice para actualizar la información en nuevas consultas)

<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 1ª. DPT – Po	<input type="checkbox"/> 1ª. Hib	<input type="checkbox"/> Sarampión
<input type="checkbox"/> 1ª. Hep. B	<input type="checkbox"/> 2ª. DPT – Po	<input type="checkbox"/> 2ª. Hib	<input type="checkbox"/> Paperas
<input type="checkbox"/> 2ª. Hep. B	<input type="checkbox"/> 3ª. DPT – Po	<input type="checkbox"/> 3ª. Hib	<input type="checkbox"/> Rubeola
<input type="checkbox"/> 3ª. Hep. B	<input type="checkbox"/> 1º. Ref. DPT – Po	<input type="checkbox"/> Ref. Hib	<input type="checkbox"/> 1ª. Triple viral
	<input type="checkbox"/> 2º. Ref. DPT – Po		<input type="checkbox"/> Ref. triple viral
<input type="checkbox"/> Otras			

7. ANTECEDENTES (En caso positivo, escriba el número a la derecha y describa)

1. Patológicos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2. Hospitalarios	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3. Quirúrgicos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4. Traumáticos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5. Tóxicos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
6. Alérgicos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7. Farmacológicos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
8. Transfusionales	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
9. GO: Menarquia	años	Ciclos: FUR: Día Mes Año
10. Observaciones:		

8. INFORMACION SOCIOECONOMICA

Ocupación padre		Ocupación madre		Persona que cuida al niño	
Padres viven juntos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>		Tipo de vivienda Casa <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Otro		No. dormitorios	Cama individual? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Acueducto Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Electricidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alcantarillado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Teléfono Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Animales Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál	
Observaciones					

9. REVISION POR SISTEMAS (Si anormal marque con X y describa a la derecha)

<input type="checkbox"/> Ojos
<input type="checkbox"/> ORL
<input type="checkbox"/> Cardiovascular
<input type="checkbox"/> Respiratorio
<input type="checkbox"/> Digestivo
<input type="checkbox"/> Genito-urinario
<input type="checkbox"/> Endocrino
<input type="checkbox"/> Hematológico - inmunológico
<input type="checkbox"/> Piel
<input type="checkbox"/> Neurológico - mental



10. EXAMEN FISICO

Peso	kg	Perc.	Talla	cm	Perc.	PC	cm	PA	cm
FC	/ min	FR	/ min	TA	/ -	mmHg	Temp. °C Axi	Rec	Or
Aspecto general (hidratación, nutrición, estado de conciencia, etc.)									

SISTEMA	Normal	Anormal	DESCRIPCION (Si anormal, escriba el número del sistema y describa los hallazgos)
1. Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Orofaringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Genitourinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Periné / ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Osteoarticular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Caderas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Piel y faneras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS EFECTUADOS

12. IMPRESIONES DIAGNOSTICAS

1.
2.
3.
4.

13. PLAN DE ESTUDIO Y DE MANEJO

Declaro bajo protesta decir la verdad, que los datos asentados en el presente documento son verídicos, y que se me ha explicado que la certeza de los mismos son importantes para la atención que se le proporcionara a mi hijo dentro del Centro Infantil.

Nombre y firma del Padre o Tutor	Hora y fecha
----------------------------------	--------------

Nombre del Médico DRA. ELIZABETH MELLADO MOYA	Firma y cédula 947995
--	--------------------------



CARTA RESPONSIVA

Saltillo, Coah., a _____ de _____ del 201__

Nombre del Padre o Tutor: _____

Nombre del Niño: _____

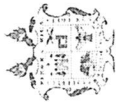
Por medio de la presente, me comprometo a informar al personal médico correspondiente de ésta Estancia Infantil, sobre cualquier padecimiento de salud que mi hijo (a) presente, además de realizar cualquier actualización sobre su estado de salud si así fuera necesario, así mismo presentaré los documentos oficiales (copia) expedidos por el médico tratante, que avalen el diagnóstico y tratamiento en curso a no más de 10 días hábiles de recibido este documento y en caso de padecimientos eventuales y/o estacionales posterior a la atención médica, para su archivo y justificación de suspensión que aplique.

Es de mi conocimiento que ésta medida se efectúa solo con fines informativos y de prevención, cualquier tratamiento médico será administrado únicamente por los padres o persona autorizada para realizarlo.

DRA. ELIZABETH MELLADO MOYA
COORDINADORA SALUD COMUNITARIA

LIC. MARÍA LUCÍA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ
DIRECTORA ESTANCIA LANDIN

NOMBRE Y FIRMA
PADRE O TUTOR



DIAGNOSTICO NUTRICIONAL

ESTANCIA:	
GRADO:	
	FECHA:

No.	NOMBRE	EDAD		PESO	TALLA	PA	IMC	PERCENTIL	NORMO PESO	BAJO PESO	SOBRE PESO	OBESID	RECOMENDACIONES
		F	M										
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													