1. IDENTIFICACIÓN DE LA IPS

101	Nombre o razón social de la IPS	
102	Número de registro especial de la IPS	_____- _____-_____
103	Nit IPS	_____
104	Dirección IPS	_____ Municipio: _____ Departamento: _____ Urbano 1 Rural 2
105	Teléfono	
106	E-mail	
107	Nombre del director de la IPS	
108	Persona suministra la información de la historia clínica	a. Nombres y apellidos _____ b. Documento de identidad _____ CC 1 Cédula de Extranjería 2 C. Cargo que desempeña _____ d. Tiempo de trabajo en la IPS _____ Días 1 Meses 2 Años 3

2. IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO

201	Nombre del niño	
202	Documento de identificación	RC __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
203	Fecha de Nacimiento	__ __ DD __ __ MM __ __ __ __ AAAA **NOTA: El registro debe corresponder a un niño nacido después del 1 de Enero de 2007**
204	Fecha de Inscripción en el programa de crecimiento y desarrollo	__ __ DD __ __ MM __ __ __ __ AAAA
205	Número de historia clínica	__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

3. EVALUACION HISTORIAS CLINICAS - CRECIMIENTO Y DESARROLLO - CERO A SIEMPRE

	CONSULTA														
Número de la Consulta	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
301.Profesional que hacer la consulta: Pediatra 1 Médico general 2 Enfermera 3															
302. Fecha de la Consulta: Día	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __
Mes	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __
Año	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __

Registra la HC información referente a:_____	NUMERO DE CONSULTA														
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2
ANTECEDENTES **Antecedentes Personales**															
303.Patológicos															
304.Quirúrgicos															
305.Traumáticos															
306.Alérgicos															
307.Farmacológicos															
308.Tóxicos															
309.Lactancia materna															
310.Alimentación															
311.Esquema de vacunación															
Antecedentes Perinatales															
312.**E**mbarazo deseado															
313.Patologías del embarazo															
314.Serología madre															
315.VIH madre															
316.Parto (normal, cesárea, traumático)															
317.Edad gestacional															
318.APGAR del Recién Nacido															
319.Antropometría del RN (P, T, PC)															
320.Hemoclasificación															
321.Tamizaje Hipotiroidismo															
Antecedentes socio familiares															
322.Composición y funcionalidad familiar															
323.Patologías familiares															
324.Condiciones de la vivienda															
325.Cuidador (a) del niño (a)															

Registra la HC información referente a:_____	NUMERO DE CONSULTA														
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2
326.Factores de riesgo biológicos (hepatitis, etc)															
327.Factores de riesgo ambientales															
328.Factores de riesgo psico-sociales															
EXAMEN FISICO															
329.Peso															
330.Talla															
331.Perímetro Cefálico															
332.Frecuencia Cardíaca															
333.Frecuencia Respiratoria															
334.Tensión Arterial															
335.Temperatura															
336.Estado Nutricional															
337.Visión															
338.Audición															
339.Cabeza y Cuello															
340.Tórax (cardio-pulmonar)															
341.Abdomen															
342.Extremidades															
343.Neurológico															
344.Registro Desarrollo Psicomotor en escala															
345.Registro de peso talla en curvas															
346.Evaluación riesgos bio-psico-sociales															

	NUMERO DE CONSULTA														
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
DIAGNOSTICOS – E: Anote código(s) correspondiente(s) RM															
347. Diagnóstico de salud: Niño Sano **1** Prevalente primera inf **2** Brotes y epidemias **3** Alteraciones cre y desa **4** Otros **7** No hay diagnostico/NR **9**															
348. Diagnóstico de estado nutricional: Bajo peso **1** Baja Talla **2** No hay diagnostico/NR **3**															
349. Diagnóstico de riesgos Maltrato **1** Abuso Sexual **2** Explotación **3** Conflicto Armado **4** Desplaz. O Recluta. **5** Otros **7** No hay diagnóstico/NR **9**															

Registra la HC información referente a:_____	NUMERO DE CONSULTA														
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2
PLAN DE MANEJO															
350.Formulación de hierro y ácido fólico															
351. Formulación de antiparasitarios															
352. Se remite a vacunación															
353. Cumple con el esquema de vacunación para la edad															
354.Consejería Lactancia Materna															

Registra la HC información referente a:_____	NUMERO DE CONSULTA														
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2
355.Consejería en factores protectores e identificación de factores de riesgo															
REMISIONES A:															
356.Educación en factores protectores e identificación de factores de riesgo															
357.Pediatría															
358.Nutrición															
359.Neurología															
360.Endocrinología															
361.Oftalmología															
362.Fonoaudiología															
363.Psicología															
364.Salud Oral															
365.Otra															
NOTIFICACIONES A:															
366.Secretaría municipal de salud (o encargada)															
367.ICBF															
368.Comisaría de Familia															
369.Fiscalía															
370.Otra institución															
SEGUIMIENTO															
371. ¿Hay registro de resultados de exámenes paraclínicos?															
372. ¿Hay registro de resultados de remisiones?															
373. ¿Hay registro de resultados de notificaciones?															

4. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

401	¿La historia clínica es legible?	Si 1 No 2		
402	La historia clínica está en	Papel 1 Digital 2 Papel y Digital 3		
			Si	**No**
403	Se registra en la historia clínica:	Nombre del Paciente Número de identificación EPS / EPSS a la que está afiliado Número de Afiliación Los médicos tratantes, con sus nombres y números de registro médico	1 1 1 1 1	2 2 2 2 2
404	Número de historias clínicas revisadas del paciente			____

5. OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____

Controles finales							
Fecha de la encuesta Día /____/____/ Mes /____/____/ Año /_____				Iniciación Hora /____/____/ minutos /____/____/ a.m. 1 p.m. 2 Finalización Hora /____/____/ minutos /____/____/ a.m. 1 p.m. 2			
Encuestador Cédula				Supervisor Cédula			
SUPERVISIÓN		**HALLAZGO**	**RESPONSABLE**	**ACCIÓN A TOMAR**	**RESPONSABLE**	**APRO**	**REC**
Monitorización (75%)	1					1	2
Re-contacto Presencial	2					1	2
Re-contacto Telefónico	3					1	2
Revisión en Campo	4					1	2
Revisión en Crítica	5					Código Codificador	
HALLAZGO: 1 Inconsistencia, 2 Datos Inconsistentes, 3 Pregunta faltante			**ACCIÓN**: 5 Anular, 6 Verificar, 7 Recuperar, 8 Devolver a Campo			**APRO**: Aprobado	**REC**: Rechazado