

V. DATOS GENERALES DEL/DE LA JEFE/A DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Nombres y apellidos del/de la informante:	¿Es el/la jefe/a del establecimiento de salud?	Sí.....1 →	PASE A 2
		No.....2	

1.	¿Cuáles son los nombres y apellidos del/de la jefe/a del establecimiento de salud?	
2.	¿Cuál es su profesión? <i>(Seleccione solo un código)</i>	Médico cirujano..... 1	Odontólogo/a..... 4
		Obstetra..... 2	Técnico/a en enfermería..... 5
		Enfermero/a..... 3	Otra..... 6 <i>(Especifique)</i>
3.	¿Cuál es su condición laboral? <i>(Seleccione solo un código)</i>	Nombrado/a..... 1	SERUMS..... 3
		Contratado/a..... 2	Otra..... 4 <i>(Especifique)</i>

VI. CAPACIDAD RESOLUTIVA PARA EL CONTROL DE CRECIMIENTO, DESARROLLO, VACUNAS Y SESIONES DEMOSTRATIVAS EN PREPARACIÓN DE ALIMENTOS EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE UN AÑO

A. CONSULTORIO DE LA NIÑA Y EL NIÑO

Nombre y apellido del/de la informante del servicio:	¿Es responsable del servicio?	Sí.....1 No.....2	Consultorio N°
--	-------------------------------	-------------------	----------------

1.	¿El establecimiento de salud cuenta con un ambiente exclusivo para el control de crecimiento, desarrollo y vacunas de la niña y el niño? <i>(Verifique el lugar físico)</i>	Sí..... 1	No..... 2
----	--	-----------	-----------

2.	¿El establecimiento de salud cuenta con el Padrón Nominal de menores de 5 años? <i>(Verifique la existencia del documento físico o digital)</i>	Sí..... 1	No..... 2 → PASE A 5
----	--	-----------	---

3.	Evaluador/a Externo/a: Identifique y seleccione los criterios con que cuenta el Padrón Nominal:	Criterios del Padrón Nominal	Sí	No	Si tiene los 9 criterios CONTINÚE con pregunta 4. Conteo del padrón nominal, caso contrario PASE A 5
		a. Nombre del establecimiento de salud.....	1	2	
		b. Código RENAES.....	1	2	
		c. Apellidos y nombres del/de la menor.....	1	2	
		d. Fecha de nacimiento.....	1	2	
		e. N° de DNI o CUI.....	1	2	
		f. Sexo.....	1	2	
		g. Tipo de seguro.....	1	2	
		h. Número de afiliación.....	1	2	
		i. Dirección de domicilio.....	1	2	

4.	Realice el conteo de niñas y niños menores de 5 años registrados en el Padrón Nominal, desde/...../..... hasta/...../..... <small>mes año mes año</small>	4.A Total de nacimientos según periodo de referencia																																																																																																										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Años</th> <th colspan="6">N° de nacimientos</th> </tr> <tr> <th>Meses</th> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ENERO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FEBRERO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MARZO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ABRIL</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MAYO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>JUNIO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>JULIO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AGOSTO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SEPTIEMBRE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OCTUBRE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NOVIEMBRE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DICIEMBRE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Años	N° de nacimientos						Meses	2011	2012	2013	2014	2015	2016	ENERO							FEBRERO							MARZO							ABRIL							MAYO							JUNIO							JULIO							AGOSTO							SEPTIEMBRE							OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Periodo de referencia</th> <th>N° de nacimientos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 5 años, de/...../..... a/...../..... <small>mes año mes año</small></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 12 meses, de/...../..... a/...../..... <small>mes año mes año</small></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 3 meses, de/...../..... a/...../..... <small>mes año mes año</small></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Periodo de referencia	N° de nacimientos	a. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 5 años, de/...../..... a/...../..... <small>mes año mes año</small>		b. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 12 meses, de/...../..... a/...../..... <small>mes año mes año</small>		c. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 3 meses, de/...../..... a/...../..... <small>mes año mes año</small>	
Años	N° de nacimientos																																																																																																											
Meses	2011	2012	2013	2014	2015	2016																																																																																																						
ENERO																																																																																																												
FEBRERO																																																																																																												
MARZO																																																																																																												
ABRIL																																																																																																												
MAYO																																																																																																												
JUNIO																																																																																																												
JULIO																																																																																																												
AGOSTO																																																																																																												
SEPTIEMBRE																																																																																																												
OCTUBRE																																																																																																												
NOVIEMBRE																																																																																																												
DICIEMBRE																																																																																																												
Periodo de referencia	N° de nacimientos																																																																																																											
a. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 5 años, de/...../..... a/...../..... <small>mes año mes año</small>																																																																																																												
b. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 12 meses, de/...../..... a/...../..... <small>mes año mes año</small>																																																																																																												
c. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 3 meses, de/...../..... a/...../..... <small>mes año mes año</small>																																																																																																												

5.	El mes de ^{mes anterior} , ¿el personal de salud que realizó la atención de crecimiento, desarrollo y vacunas, registró en el Formato HIS (Sistema de Información en Salud) las actividades diarias realizadas? (Verifique el formato HIS)	Sí..... 1	No..... 2
6.	El mes de ^{mes anterior} , ¿el personal de salud que realizó la atención de crecimiento, desarrollo y vacunas, registró en el Formato Único de Atención del Seguro Integral de Salud, las actividades diarias realizadas? (Verifique el FUA)	Sí..... 1	No..... 2
7.	¿El consultorio de la niña y el niño tiene:		
	RECURSO	CÓDIGO SIGA	DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO SIGA
a.	Equipos e instrumentales (Verifique)		
1.	1 Balanza pediátrica	602208560005	"1" Balanza pediátrica mecánica sobremesa?
		602208560023	"1" Balanza pediátrica de mesa digital?
2.	1 Estetoscopio pediátrico	495100060021	"1" Estetoscopio "pediátrico" de dos cambios?
3.	1 Cinta métrica para medidas antropométricas	497000020267	"1" Cinta métrica para medidas antropométricas de 2 cm x 1.50 m?
4.	1 Infantómetro	602250000001	"1" Infantómetro? (de 85 a 110 cm)
5.	1 Tallímetro de madera	64620005	"1" Tallímetro de madera? (máximo 2.0 metros)
6.	1 Campanilla de bronce	317500100331	"1" Campanilla de bronce?
7.	1 Termómetro clínico	49510010	"1" Termómetro clínico?
b.	Insumos y materiales fungibles (Verifique)		
1.	Algodón	49570007	Algodón hidrófilo?
2.	Jabón antiséptico	58360022	Jabón clorhexidina 0.05 g/100 ml (0.05%)?
		58360022	Jabón clorhexidina gluconato 2g/100 ml (2%)?
		58360022	Jabón clorhexidina 5 g/100 ml (5%)?
		58330073	Jabón líquido triclosan?
3.	2 Bajalenguas de madera	495700110002	"2" Bajalenguas de madera?
4.	Carné de atención	475100050283	Carné de atención integral de salud de la niña?
		475100050284	Carné de atención integral de salud del niño?
5.	Plan de atención e historia clínica	475100051886	"Formato plan de atención integral e historia clínica completa de la niña/niño?
c.	Implementos para el lavado de manos (Verifique)		
1.	Lavamanos, balde o bidón de plástico		Lavamanos?
		64610006	Balde de plástico "de 8 litros o más"?
		64610007	Bidón de plástico "de 8 litros o más"?
2.	Jabón	13920010	Jabón?
3.	Papel toalla	13920016	Papel toalla?

B. CADENA DE FRÍO

Nombre y apellido del/de la informante del servicio:	¿Es responsable del servicio? Sí.....1 No.....2
--	--

1.	¿El establecimiento de salud cuenta con un ambiente exclusivo para cadena de frío? <i>(Verifique el lugar físico)</i>	Sí.....1 No.....2	
2.	¿El área de cadena de frío dispone de:		
a.	Sistema de refrigeración y elementos complementarios <i>(Verifique)</i>		
	RECURSO	CÓDIGO SIGA	DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO SIGA
			CÓDIGO DE CALIFICACIÓN
1.	1 Refrigeradora o refrigeradora y congeladora para vacunas		
		11226039	"1" Refrigeradora "eléctrica a compresión" para vacunas tipo ICE LINED "horizontal?" Sí 1 No... 2 No operativo 3
		11226039	"1" Refrigeradora y congeladora "eléctrica a compresión" para vacunas tipo ICE LINED "horizontal?" Sí 1 No... 2 No operativo 3
		112261880011	"1" Refrigeradora y congeladora de absorción a gas propano o resistencia eléctrica para vacunas "horizontal /vertical?" Sí 1 No... 2 No operativo 3
		11225557	"1" Refrigeradora y congeladora fotovoltaica (solar) para vacunas "horizontal?" Sí 1 No... 2 No operativo 3
2.	1 Termo porta vacunas	536498310001	"1" Termo para transporte de biológicos y vacunas? Sí 1 No... 2 No operativo 3
3.	1 Juego de paquetes fríos para termo porta vacunas	512000281055	Paquetes fríos para termo? Sí 1 No... 2 No operativo 3
4.	1 Caja transportadora	53221074	"1" Caja transportadora de vacunas? Sí 1 No... 2 No operativo 3
5.	Juego de paquetes fríos para caja transportadora	512000281407	Paquetes fríos para caja transportadora de vacunas? Sí 1 No... 2 No operativo 3
6.	1 Termómetro para termo porta vacunas	511000110099	"1" Termómetro de alcohol vertical de rango -20°C a +50°C? Sí 1 No... 2 No operativo 3
7.	1 Data logger	672288020001	"1" Registrador de datos data logger? Sí 1 No... 2 No operativo 3
b.	Inmunobiológicos <i>(Verifique)</i>		
1.	Vacuna Pentavalente	584300120003	Vacuna "Pentavalente" (DPT, HIB y VHB) inyectable por 1 dosis? Sí 1 No... 2 No operativo 3
2.	Vacuna contra Neumococo	584300010004	Vacuna contra Neumococo inyectable por 1 dosis? Sí 1 No... 2 No operativo 3
3.	Vacuna contra Rotavirus	584300220001	Vacuna contra Rotavirus PLV por 1 dosis? Sí 1 No... 2 No operativo 3

C. FARMACIA GENERAL O CENTRAL

Nombre y apellido del/de la informante del servicio:	¿Es responsable del servicio? Sí.....1 No.....2
--	--

1.	¿La farmacia general o central para la atención integral de la niña y el niño tiene: <i>(Verifique)</i>		
	RECURSO	CÓDIGO SIGA	DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO SIGA
			CÓDIGO DE CALIFICACIÓN
a.	Sulfato ferroso oral		
		582800230013	"Sulfato ferroso" heptahidrato "equivalente hierro elemental" 15 mg de Fe/5 ml jarabe 180 ml? <i>(Sulfato ferroso 75 mg/5 ml jarabe 180 ml)</i> Sí 1 No... 2 No operativo 3
		582800230005	"Sulfato ferroso" heptahidrato 25 mg/ml solución "gotas" 30 ml? Sí 1 No... 2 No operativo 3

D. PROMOCIÓN DE LA SALUD
(Sesiones demostrativas en preparación de alimentos)

Nombre y apellido del/de la informante del servicio:	¿Es responsable del servicio? Sí 1 No 2
---	---

1. ¿El establecimiento de salud realiza sesiones demostrativas en preparación de alimentos, de manera: (Seleccione solo un código)	Quincenal? 1 Mensual? 2 Bimestral? 3 Trimestral? 4	Semestral? 5 Otra? 6 (Especifique) NO REALIZA 7 →	PASE A 4
--	---	--	---------------------

2. ¿Quién financió la compra de los alimentos perecibles utilizados en la última sesión demostrativa en preparación de alimentos? (Seleccione uno o más códigos)	DIRESA/DISA/RED/MICRO RED... 1 Establecimiento de salud 2 Municipalidad 3	Personal de salud 4 Participantes 5 Otro 6 (Especifique)	
--	---	---	--

3. ¿Cuenta con el formato lista de participantes de la última sesión demostrativa en preparación de alimentos? (Verifique la lista de participantes)	Sí 1 No 2
---	-----------------------

4. ¿El establecimiento de salud para el desarrollo de las sesiones demostrativas en preparación de alimentos, cuenta con:
--

RECURSO	CÓDIGO SIGA	DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO SIGA	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN
a. Documento técnico (Verifique)			
1. Documento Técnico de Sesiones Demostrativas		Documento Técnico de Sesiones Demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
b. Materiales (Verifique)			
1. Recetario de las preparaciones de alimentos para menores de un año		Recetario de las preparaciones de alimentos para menores de un año?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
2. Set de platos	169900180070	"04" Platos tendidos de plástico (23 cm)?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
	169900180073	"12" Platos de postre de plástico (19 cm)?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
3. Set de cubiertos	169400010009	"06" Cucharas de acero inoxidable?	Sí 1 No ... 2 No operativo ... 3
	169400070001	"03" Tenedores de acero inoxidable de mesa?	Sí 1 No ... 2 No operativo ... 3
4. Set de tapers	503700100014	"10" Envases con tapa tipo taper x 1 litro?	Sí 1 No ... 2 No operativo ... 3
5. 1 Tabla de picar	16940025	"1" Tabla de picar?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
6. 1 Cuchillo de cocina	16940005	"1" Cuchillo de acero inoxidable para cocina?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
7. Lavamanos, balde o bidón de plástico		Lavamanos?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
	64610006	Balde de plástico "de 8 litros o más"?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
	64610007	Bidón de plástico "de 8 litros o más"?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
8. Jabón para lavado de manos	13920010	Jabón?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
9. Toalla de mano o papel toalla para el secado de manos	135000370002	Toalla de mano?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3
	13920016	Papel toalla?	Sí 1 No .. 2 No operativo 3

OBSERVACIONES	

E. RECURSOS HUMANOS

Nombre y apellido del/de la informante del área:

¿Es responsable del área?
 Sí.....1 No.....2

1. El establecimiento de salud, ¿cuántas plazas de personal profesional asistencial nombrado, contratado y SERUMS tiene, en cuanto a:
 (Verifique el registro de personal u otra fuente oficial)

- a. Médicos?.....
- b. Obstetras?
- c. Enfermeros/as?.....
- d. Técnicos/as en enfermería?
- e. Técnicos/as en farmacia?
- f. Técnicos/as en laboratorio?.....

TOTAL	Condición laboral		
	Nombrados/as	Contratados/as	SERUMS

1.1. Evaluador/a Externo/a, ¿Se verificó esta información? Sí..... 1 No.....2

OBSERVACIONES

E3. DETALLE DEL PERSONAL OBSTETRA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

No existe personal obstetra en el establecimiento de salud.....1

Solo para los códigos del 1 al 5 de la pregunta 4.

6.
Las últimas dos semanas del mes anterior,
del lunes día mes al domingo día mes

¿En qué turnos y días laboró?
(Marque "X" o "-", según corresponda)

X : Programado - : No programado

Seleccione los códigos de servicio según periodo de referencia: últimas dos semanas del mes anterior

CRED.....	2
Vacunas.....	3
PROMSA.....	4
Consultorio externo en atención prenatal...	5
NINGUNO.....	6

Pase al ingreso del siguiente profesional

N° Ord.	1. ¿Cuáles son los nombres y apellidos de cada uno/a de los/as obstetras que trabajan en el establecimiento de salud? <i>(Mes anterior)</i>	2. ¿Cuál es el número de su Documento Nacional de Identidad (DNI)? <i>(Verifique)</i> <i>(Ingrese en los recuadros correspondientes)</i>	3. ¿Cuál es su condición laboral? <i>(Mes anterior)</i> Nombrado/a..... 1 Contratado/a..... 2 SERUMS..... 3 Otra 4 <i>(Especifique)</i> <i>(Seleccione solo un código)</i>	4. En el mes de..... ¿en qué servicios o áreas ha laborado: <i>(Mes anterior)</i> Consultorio de la niña y el niño?..... 1 Consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED)?..... 2 Consultorio de vacunas?..... 3 Promoción de la salud (PROMSA)?..... 4 Consultorio externo en atención prenatal?..... 5 Consultorio externo de medicina? .. 6 Sala de partos?..... 7 Emergencia general?..... 8 Hospitalización general?..... 9 Consultorio externo en atención en Planificación familiar /consejería? .. 10 Otro servicio?..... 11 <i>(Especifique)</i> NINGUNO..... 12 <i>(Seleccione uno o más códigos)</i>	5. ¿Qué tipo de atención realizó: <i>(Mes anterior)</i> Control de crecimiento y desarrollo (CRED)?.....1 Vacunas?.....2 Consejería en lactancia materna exclusiva y/o alimentación complementaria?.....3 Sesiones demostrativas en preparación de alimentos?.....4 Sesiones demostrativas en lavado de manos?.....5 Control prenatal?.....6 Otra atención?.....7 <i>(Especifique)</i> <i>(Seleccione uno o más códigos)</i>
------------	---	---	--	---	---

N° Ord.	NOMBRES	APELLIDOS	N° DNI	Código	Código	Código	Cód.	Turno	Penúltima semana							Última semana															
									L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D									
1	_____	_____					2	M																							
								T																							
								M																							
								T																							
								M																							
								T																							
2	_____	_____					2	M																							
								T																							
								M																							
								T																							
								M																							
								T																							

VII. VERIFICACIÓN DIRECTA DE LA ATENCIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A. OBSERVACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1. Evaluador/a Externo/a: ¿Se realizó atención del control de crecimiento y desarrollo durante su permanencia en el establecimiento de salud?	Sí.....1 No.....2 →	PASE A CAPÍTULO VIII
--	--------------------------	-----------------------------

2. Nombre y apellido del/de la responsable de la atención:		
a. ¿Cuál es su profesión? <i>(Seleccione solo un código)</i>	Enfermero/a.....1 Obstetra.....4 Técnico/a en enfermería.....2 Otra.....5 Médico cirujano.....3 <i>(Especifique)</i>	
b. ¿Asistió Ud. a alguna capacitación sobre control de crecimiento y desarrollo, en los últimos 12 meses, de a? <small>mes mes</small>	Sí.....1 → No.....2	b.1 ¿Recibió alguna constancia o certificado por la capacitación? Sí.....1 No.....2

3. Datos de la muestra	
a. Total de niñas y niños a evaluar <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 10px auto;"></div>	b. Muestra de niñas y niños <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 10px auto; position: relative;"> </div>

4. Datos de la historia clínica <i>(Transcriba de la historia clínica)</i>			
a. Fecha de la atención <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> <small>dd / mm / aa</small>	b. Nombre del/de la menor <hr style="width: 80%; margin: 5px 0;"/>	c. Sexo del/de la menor Masculino.....1 Femenino.....2	d. Número de DNI o CUI del/de la menor N° DNI o CUI <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NO TIENE.....1
e. Número de DNI de la madre/tutor del/de la menor <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; display: inline-block;"></div> N° DNI NO TIENE.....1	f. Fecha de nacimiento del/de la menor <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> <small>dd / mm / aa</small>	g. Edad del/de la menor <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> <small>años / meses / días</small>	h. Número de control de crecimiento y desarrollo <hr style="width: 80%; margin: 5px 0;"/> NO TIENE.....1

5. Tiempo de duración de la atención del control de crecimiento y desarrollo <i>(Utilice reloj)</i>				
a. Hora de inicio de la atención	b. Solo cuando se interrumpe la atención			c. Hora final de la atención
	b.1 Hora de inicio del corte	b.2 Hora final del corte	b.3 Hora de reinicio de la atención	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> <small>hh / mm</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> <small>hh / mm</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> <small>hh / mm</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> <small>hh / mm</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> <small>hh / mm</small>

6. Actividades de la Atención del control de crecimiento y desarrollo							
Evaluador/a Externo/a: OBSERVE DETALLADAMENTE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PERSONAL DE SALUD Y SELECCIONE EL CÓDIGO DE CALIFICACIÓN, SEGÚN CORRESPONDA:							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">ACTIVIDADES</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">CÓDIGO DE CALIFICACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">a. Atención previa</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1. Realiza el lavado de manos antes de atender al/a la niño/a</td> <td style="padding: 5px;">Sí.....1 No.....2</td> </tr> </tbody> </table>	ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN	a. Atención previa		1. Realiza el lavado de manos antes de atender al/a la niño/a	Sí.....1 No.....2	
ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN						
a. Atención previa							
1. Realiza el lavado de manos antes de atender al/a la niño/a	Sí.....1 No.....2						

	ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN		
	2. Saluda a la madre o cuidador/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Saluda al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	4. Verifica si el/la niño/a tiene su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Código Único de Identificación (CUI)	Sí.....1	No.....2	
	5. Verifica si el/la niño/a tiene seguro de salud	Sí.....1	No.....2	
	6. Pregunta a la madre o cuidador/a sobre el estado de salud del/de la niño/a desde su último control	Sí.....1	No.....2	
	7. Pregunta a la madre o cuidador/a si el/la niño/a presenta señales generales de peligro (<i>no puede lactar, presenta vómitos, convulsiones, estado letárgico o comatoso, según la edad del/de la menor</i>)	Sí.....1	No.....2	
	8. Indaga signos de maltrato infantil aplicando la ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil	Sí.....1	No.....2	
	9. Registra los hallazgos de maltrato infantil en la ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil de la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
b.	Funciones vitales:			
	1. Realiza el control de frecuencia cardíaca al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	2. Realiza el control de frecuencia respiratoria al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de temperatura al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	4. Registra el control de funciones vitales en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
c.	Evaluación nutricional:			
	1. Realiza la nivelación de la balanza	Sí.....1	No.....2	
	2. Realiza el control de peso al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de talla al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	4. Realiza el control de perímetro cefálico al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	5. Registra las medidas antropométricas en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	6. Grafica las medidas peso y talla en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	7. Evalúa el crecimiento y estado nutricional (evaluación y monitoreo del crecimiento) registrando los datos en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	8. Evalúa el crecimiento y estado nutricional (evaluación y monitoreo del crecimiento) registrando los datos en el carné de atención integral de la niña o niño según la edad	Sí.....1	No.....2	
	9. Interroga según la guía para la evaluación de la alimentación	Sí.....1	No.....2	
	10. Registra la condición del crecimiento y estado nutricional en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	11. Indica la realización de descarte de anemia (dosaje de hemoglobina) al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	12. Registra la indicación de descarte de anemia (dosaje de hemoglobina) en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	13. Indica la suplementación de micronutrientes al/a la niño/a (<i>sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas, etc."</i>)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	14. Monitorea suplementación de micronutrientes al/a la niño/a (<i>sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas, etc."</i>)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	15. Registra la suplementación de micronutrientes en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	16. Indica la realización de descarte de parasitosis al/a la niño/a (<i>a partir de un año de edad: examen de heces seriado, test de Graham</i>)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	17. Registra la indicación de descarte de parasitosis en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	18. Indica desparasitación profiláctica al/a la niño/a (<i>a partir de los dos años de edad: mebendazol o albendazol</i>)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	19. Registra la desparasitación profiláctica en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
d.	Evaluación física:			
	1. Realiza el examen físico cefalocaudal al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	2. Registra el resultado del examen físico cefalocaudal del/de la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Evalúa el desarrollo psicomotor del/de la niño/a	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	4. Registra el desarrollo psicomotor del/de la niño/a en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	5. Registra el diagnóstico del desarrollo psicomotor del/de la niño/a	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3

VII. VERIFICACIÓN DIRECTA DE LA ATENCIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A. OBSERVACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1. Evaluador/a Externo/a: ¿Se realizó atención del control de crecimiento y desarrollo durante su permanencia en el establecimiento de salud?	Sí.....1 No.....2 →	PASE A CAPÍTULO VIII
--	-------------------------------	-----------------------------

2. Nombre y apellido del/de la responsable de la atención:		
c. ¿Cuál es su profesión? <i>(Seleccione solo un código)</i>	Enfermero/a.....1 Obstetra.....4 Técnico/a en enfermería.....2 Otra.....5 Médico cirujano.....3 <i>(Especifique)</i>	
d. ¿Asistió Ud. a alguna capacitación sobre control de crecimiento y desarrollo, en los últimos 12 meses, de a? <small>mes mes</small>	Sí.....1 No.....2 →	b.1 ¿Recibió alguna constancia o certificado por la capacitación? Sí.....1 No.....2

3. Datos de la muestra	
a. Total de niñas y niños a evaluar <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 10px auto;"></div>	b. Muestra de niñas y niños <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 10px auto; position: relative;"> / </div>

4. Datos de la historia clínica <i>(Transcriba de la historia clínica)</i>			
a. Fecha de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> / / <small>dd / mm / aa</small> </div>	b. Nombre del/de la menor <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	c. Sexo del/de la menor Masculino.....1 Femenino.....2	d. Número de DNI o CUI del/de la menor Nº DNI o CUI <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> NO TIENE.....1
e. Número de DNI de la madre/tutor del/de la menor <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> </div> Nº DNI NO TIENE.....1	f. Fecha de nacimiento del/de la menor <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> / / <small>dd / mm / aa</small> </div>	g. Edad del/de la menor <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> / / <small>años / meses / días</small> </div>	h. Número de control de crecimiento y desarrollo <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> NO TIENE.....1

5. Tiempo de duración de la atención del control de crecimiento y desarrollo <i>(Utilice reloj)</i>				
a. Hora de inicio de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> / <small>hh / mm</small> </div>	b. Solo cuando se interrumpe la atención			c. Hora final de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> / <small>hh / mm</small> </div>
	b.1 Hora de inicio del corte <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> / </div>	b.2 Hora final del corte <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> / </div>	b.3 Hora de reinicio de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> / </div>	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> / </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> / </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> / </div>	

6. Actividades de la Atención del control de crecimiento y desarrollo							
Evaluador/a Externo/a: OBSERVE DETALLADAMENTE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PERSONAL DE SALUD Y SELECCIONE EL CÓDIGO DE CALIFICACIÓN, SEGÚN CORRESPONDA:							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">ACTIVIDADES</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">CÓDIGO DE CALIFICACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">a. Atención previa</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1. Realiza el lavado de manos antes de atender al/a la niño/a</td> <td style="padding: 5px;">Sí.....1 No.....2</td> </tr> </tbody> </table>	ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN	a. Atención previa		1. Realiza el lavado de manos antes de atender al/a la niño/a	Sí.....1 No.....2	
ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN						
a. Atención previa							
1. Realiza el lavado de manos antes de atender al/a la niño/a	Sí.....1 No.....2						

	ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN		
	2. Saluda a la madre o cuidador/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Saluda al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	4. Verifica si el/la niño/a tiene su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Código Único de Identificación (CUI)	Sí.....1	No.....2	
	5. Verifica si el/la niño/a tiene seguro de salud	Sí.....1	No.....2	
	6. Pregunta a la madre o cuidador/a sobre el estado de salud del/de la niño/a desde su último control	Sí.....1	No.....2	
	7. Pregunta a la madre o cuidador/a si el/la niño/a presenta señales generales de peligro (<i>no puede lactar, presenta vómitos, convulsiones, estado letárgico o comatoso, según la edad del/de la menor</i>)	Sí.....1	No.....2	
	8. Indaga signos de maltrato infantil aplicando la ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil	Sí.....1	No.....2	
	9. Registra los hallazgos de maltrato infantil en la ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil de la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
b.	Funciones vitales:			
	1. Realiza el control de frecuencia cardíaca al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	2. Realiza el control de frecuencia respiratoria al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de temperatura al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	4. Registra el control de funciones vitales en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
c.	Evaluación nutricional:			
	1. Realiza la nivelación de la balanza	Sí.....1	No.....2	
	2. Realiza el control de peso al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de talla al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	4. Realiza el control de perímetro cefálico al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	5. Registra las medidas antropométricas en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	6. Grafica las medidas peso y talla en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	7. Evalúa el crecimiento y estado nutricional (evaluación y monitoreo del crecimiento) registrando los datos en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	8. Evalúa el crecimiento y estado nutricional (evaluación y monitoreo del crecimiento) registrando los datos en el carné de atención integral de la niña o niño según la edad	Sí.....1	No.....2	
	9. Interroga según la guía para la evaluación de la alimentación	Sí.....1	No.....2	
	10. Registra la condición del crecimiento y estado nutricional en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	11. Indica la realización de descarte de anemia (dosaje de hemoglobina) al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	12. Registra la indicación de descarte de anemia (dosaje de hemoglobina) en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	13. Indica la suplementación de micronutrientes al/la niño/a (<i>sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas, etc."</i>)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	14. Monitorea suplementación de micronutrientes al/a la niño/a (<i>sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas", etc."</i>)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	15. Registra la suplementación de micronutrientes en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	16. Indica la realización de descarte de parasitosis al/a la niño/a (<i>a partir de un año de edad: examen de heces seriado, test de Graham</i>)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	17. Registra la indicación de descarte de parasitosis en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	18. Indica desparasitación profiláctica al/a la niño/a (<i>a partir de los dos años de edad: mebendazol o albendazol</i>)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	19. Registra la desparasitación profiláctica en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
d.	Evaluación física:			
	1. Realiza el examen físico cefalocaudal al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	2. Registra el resultado del examen físico cefalocaudal del/de la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Evalúa el desarrollo psicomotor del/de la niño/a	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	4. Registra el desarrollo psicomotor del/de la niño/a en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	5. Registra el diagnóstico del desarrollo psicomotor del/de la niño/a	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3

VII. VERIFICACIÓN DIRECTA DE LA ATENCIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A. OBSERVACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1. Evaluador/a Externo/a: ¿Se realizó atención del control de crecimiento y desarrollo durante su permanencia en el establecimiento de salud?	Sí.....1 No.....2 →	PASE A CAPÍTULO VIII
--	-------------------------------	----------------------

2. Nombre y apellido del/de la responsable de la atención:		
e. ¿Cuál es su profesión? (Seleccione solo un código)	Enfermero/a.....1 Técnico/a en enfermería.....2 Médico cirujano.....3	Obstetra.....4 Otra.....5 (Especifique)
f. ¿Asistió Ud. a alguna capacitación sobre control de crecimiento y desarrollo, en los últimos 12 meses, de a? <small>mes mes</small>	Sí.....1 No.....2	b.1 ¿Recibió alguna constancia o certificado por la capacitación? Sí.....1 No.....2

3. Datos de la muestra		
a. Total de niñas y niños a evaluar		b. Muestra de niñas y niños
<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>		<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

4. Datos de la historia clínica (Transcriba de la historia clínica)																													
a. Fecha de la atención	b. Nombre del/de la menor	c. Sexo del/de la menor	d. Número de DNI o CUI del/de la menor																										
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td>dd</td><td>/</td><td>mm</td></tr> <tr><td> </td><td>/</td><td>aa</td></tr> </table>				dd	/	mm		/	aa	_____	Masculino.....1 Femenino.....2	Nº DNI o CUI <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> NO TIENE.....1																	
dd	/	mm																											
	/	aa																											
e. Número de DNI de la madre/tutor del/de la menor	f. Fecha de nacimiento del/de la menor	g. Edad del/de la menor	h. Número de control de crecimiento y desarrollo																										
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Nº DNI NO TIENE.....1									<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>dd</td><td>/</td><td>mm</td></tr> <tr><td> </td><td>/</td><td>aa</td></tr> </table>				dd	/	mm		/	aa	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>años</td><td>/</td><td>meses</td></tr> <tr><td> </td><td>/</td><td>días</td></tr> </table>				años	/	meses		/	días	_____ NO TIENE.....1
dd	/	mm																											
	/	aa																											
años	/	meses																											
	/	días																											

5. Tiempo de duración de la atención del control de crecimiento y desarrollo (Utilice reloj)																													
a. Hora de inicio de la atención	b. Solo cuando se interrumpe la atención			c. Hora final de la atención																									
	b.1 Hora de inicio del corte	b.2 Hora final del corte	b.3 Hora de reinicio de la atención																										
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>hh</td><td>/</td><td>mm</td></tr> </table>			hh	/	mm	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>hh</td><td>/</td><td>mm</td></tr> </table>			hh	/	mm	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>hh</td><td>/</td><td>mm</td></tr> </table>			hh	/	mm	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>hh</td><td>/</td><td>mm</td></tr> </table>			hh	/	mm	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>hh</td><td>/</td><td>mm</td></tr> </table>			hh	/	mm
hh	/	mm																											
hh	/	mm																											
hh	/	mm																											
hh	/	mm																											
hh	/	mm																											

6. Actividades de la Atención del control de crecimiento y desarrollo							
Evaluador/a Externo/a: OBSERVE DETALLADAMENTE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PERSONAL DE SALUD Y SELECCIONE EL CÓDIGO DE CALIFICACIÓN, SEGÚN CORRESPONDA:							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">ACTIVIDADES</th> <th style="width: 50%;">CÓDIGO DE CALIFICACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">a. Atención previa</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1. Realiza el lavado de manos antes de atender al/a la niño/a</td> <td style="padding: 5px;">Sí.....1 No.....2</td> </tr> </tbody> </table>	ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN	a. Atención previa		1. Realiza el lavado de manos antes de atender al/a la niño/a	Sí.....1 No.....2	
ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN						
a. Atención previa							
1. Realiza el lavado de manos antes de atender al/a la niño/a	Sí.....1 No.....2						

	ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN		
	2. Saluda a la madre o cuidador/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Saluda al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	4. Verifica si el/la niño/a tiene su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Código Único de Identificación (CUI)	Sí.....1	No.....2	
	5. Verifica si el/la niño/a tiene seguro de salud	Sí.....1	No.....2	
	6. Pregunta a la madre o cuidador/a sobre el estado de salud del/de la niño/a desde su último control	Sí.....1	No.....2	
	7. Pregunta a la madre o cuidador/a si el/la niño/a presenta señales generales de peligro (<i>no puede lactar, presenta vómitos, convulsiones, estado letárgico o comatoso, según la edad del/de la menor</i>)	Sí.....1	No.....2	
	8. Indaga signos de maltrato infantil aplicando la ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil	Sí.....1	No.....2	
	9. Registra los hallazgos de maltrato infantil en la ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil de la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
b.	Funciones vitales:			
	1. Realiza el control de frecuencia cardíaca al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	2. Realiza el control de frecuencia respiratoria al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de temperatura al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	4. Registra el control de funciones vitales en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
c.	Evaluación nutricional:			
	1. Realiza la nivelación de la balanza	Sí.....1	No.....2	
	2. Realiza el control de peso al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de talla al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	4. Realiza el control de perímetro cefálico al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	5. Registra las medidas antropométricas en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	6. Grafica las medidas peso y talla en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	7. Evalúa el crecimiento y estado nutricional (evaluación y monitoreo del crecimiento) registrando los datos en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	8. Evalúa el crecimiento y estado nutricional (evaluación y monitoreo del crecimiento) registrando los datos en el carné de atención integral de la niña o niño según la edad	Sí.....1	No.....2	
	9. Interroga según la guía para la evaluación de la alimentación	Sí.....1	No.....2	
	10. Registra la condición del crecimiento y estado nutricional en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	
	11. Indica la realización de descarte de anemia (dosaje de hemoglobina) al/la niño/a	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	12. Registra la indicación de descarte de anemia (dosaje de hemoglobina) en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	13. Indica la suplementación de micronutrientes al/a la niño/a (<i>sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas, etc."</i>)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	14. Monitorea suplementación de micronutrientes al/a la niño/a (<i>sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas", etc.</i>)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	15. Registra la suplementación de micronutrientes en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	16. Indica la realización de descarte de parasitosis al/a la niño/a (<i>a partir de un año de edad: examen de heces seriado, test de Graham</i>)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	17. Registra la indicación de descarte de parasitosis en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	18. Indica desparasitación profiláctica al/a la niño/a (<i>a partir de los dos años de edad: mebendazol o albendazol</i>)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	19. Registra la desparasitación profiláctica en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
d.	Evaluación física:			
	1. Realiza el examen físico cefalocaudal al/a la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	2. Registra el resultado del examen físico cefalocaudal del/de la niño/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Evalúa el desarrollo psicomotor del/de la niño/a	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	4. Registra el desarrollo psicomotor del/de la niño/a en la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	5. Registra el diagnóstico del desarrollo psicomotor del/de la niño/a	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3

VIII. VERIFICACIÓN TÉCNICA DE REGISTROS DE ATENCIONES DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A. Historia clínica del seguro integral con registro del control de crecimiento y desarrollo

Evaluador/a Externo/a:		3. Información de la muestra de historias clínicas					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. ¿La historia clínica SIS a verificar se encuentra en el establecimiento de salud?</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">2. ¿La historia clínica a verificar es estandarizada?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Sí.....1 No.....2</td> <td style="padding: 5px;">Sí.....1 No.....2</td> </tr> </table>	1. ¿La historia clínica SIS a verificar se encuentra en el establecimiento de salud?	2. ¿La historia clínica a verificar es estandarizada?	Sí.....1 No.....2	Sí.....1 No.....2	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">PASE A LA SIGUIENTE HISTORIA CLÍNICA</div>		
1. ¿La historia clínica SIS a verificar se encuentra en el establecimiento de salud?	2. ¿La historia clínica a verificar es estandarizada?						
Sí.....1 No.....2	Sí.....1 No.....2						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">a. Número de ID del/de la asegurado/a</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">b. Número de niños y niñas menores de 12 meses que se encuentran afiliados/as al SIS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <input style="width: 80%;" type="text"/> Número de ID </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <input style="width: 80%;" type="text"/> Número de menores </td> </tr> </table>		a. Número de ID del/de la asegurado/a	b. Número de niños y niñas menores de 12 meses que se encuentran afiliados/as al SIS	<input style="width: 80%;" type="text"/> Número de ID	<input style="width: 80%;" type="text"/> Número de menores		
a. Número de ID del/de la asegurado/a	b. Número de niños y niñas menores de 12 meses que se encuentran afiliados/as al SIS						
<input style="width: 80%;" type="text"/> Número de ID	<input style="width: 80%;" type="text"/> Número de menores						

4. Identificación de la historia clínica del/de la menor en el establecimiento de salud			
a. Número de historia clínica en el establecimiento de salud	b. Número de DNI o CUI del/de la menor	c. Sexo del/de la menor	d. Número de DNI de la madre/tutor del/de la menor
<input style="width: 80%;" type="text"/> Número de historia clínica	N° DNI o CUI <input style="width: 80%;" type="text"/> NO TIENE.....1	Masculino.....1 Femenino.....2	N° DNI o CUI <input style="width: 80%;" type="text"/> NO TIENE.....1

5. Datos generales del/de la menor			
a. Fecha de verificación	b. Fecha de nacimiento del/de la menor	c. Fecha de corte (según fecha de nacimiento del/de la menor)	d. Edad del/de la menor a la fecha de corte
<input style="width: 80%;" type="text"/> dd / mm / aa	<input style="width: 80%;" type="text"/> dd / mm / aa	<input style="width: 80%;" type="text"/> dd / mm / aa	<input style="width: 80%;" type="text"/> meses / días

6. Historias Clínicas del Seguro Integral con registro de controles de crecimiento y desarrollo
Evaluador/a Externo/a: <i>Ingrese la fecha (dd/mm/aa), código y/o número del registro de la actividad realizada, de no estar registrada la información, digite el código que corresponda, según sea el caso.</i>

Edad	Atención del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)			
	Historia Clínica de Atención integral de la niña y el niño	Formato Único de Atención del Seguro Integral de Salud		
	Fecha en historia clínica	Fecha en FUA	Número de FUA	Código de prestación de servicio
Recién Nacido 7 días				
Recién Nacido 15 días				
1 mes				
2 meses				
3 meses				
4 meses				
5 meses				
6 meses				
7 meses				
8 meses				
9 meses				
10 meses				
11 meses				

OBSERVACIONES

VIII. VERIFICACIÓN TÉCNICA DE REGISTROS DE ATENCIONES DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A. HISTORIAS CLÍNICAS DEL SEGURO INTEGRAL CON REGISTRO DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Evaluador/a Externo/a:		3. Información de la muestra de historias clínicas					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. ¿La historia clínica SIS a verificar se encuentra en el establecimiento de salud?</td> <td style="width: 50%;">2. ¿La historia clínica a verificar es estandarizada?</td> </tr> <tr> <td>Sí.....1 No.....2</td> <td>Sí.....1 No.....2</td> </tr> </table>	1. ¿La historia clínica SIS a verificar se encuentra en el establecimiento de salud?	2. ¿La historia clínica a verificar es estandarizada?	Sí.....1 No.....2	Sí.....1 No.....2	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">PASE A LA SIGUIENTE HISTORIA CLÍNICA</div>		
1. ¿La historia clínica SIS a verificar se encuentra en el establecimiento de salud?	2. ¿La historia clínica a verificar es estandarizada?						
Sí.....1 No.....2	Sí.....1 No.....2						
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">a. Número de ID del/de la asegurado/a</td> <td style="background-color: #cccccc;">b. Número de niños y niñas menores de 12 meses que se encuentran afiliados/as al SIS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> Número de ID </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> Número de menores </td> </tr> </table>	a. Número de ID del/de la asegurado/a	b. Número de niños y niñas menores de 12 meses que se encuentran afiliados/as al SIS	<input style="width: 100%;" type="text"/> Número de ID	<input style="width: 100%;" type="text"/> Número de menores	
a. Número de ID del/de la asegurado/a	b. Número de niños y niñas menores de 12 meses que se encuentran afiliados/as al SIS						
<input style="width: 100%;" type="text"/> Número de ID	<input style="width: 100%;" type="text"/> Número de menores						

4. Identificación de la historia clínica del/de la menor en el establecimiento de salud			
a. Número de historia clínica en el establecimiento de salud	b. Número de DNI o CUI del/de la menor	c. Sexo del/de la menor	d. Número de DNI de la madre/tutor del/de la menor
<input style="width: 100%;" type="text"/> Número de historia clínica	Nº DNI o CUI <input style="width: 100%;" type="text"/> NO TIENE.....1	Masculino.....1 Femenino.....2	Nº DNI o CUI <input style="width: 100%;" type="text"/> NO TIENE.....1

5. Datos generales del/de la menor			
a. Fecha de verificación	b. Fecha de nacimiento del/de la menor	c. Fecha de corte (según fecha de nacimiento del/de la menor)	d. Edad del/de la menor a la fecha de corte
<input style="width: 100%;" type="text"/> dd / mm / aa	<input style="width: 100%;" type="text"/> dd / mm / aa	<input style="width: 100%;" type="text"/> dd / mm / aa	<input style="width: 100%;" type="text"/> meses / días

6. Historias Clínicas del Seguro Integral con registro de controles de crecimiento y desarrollo
Evaluador/a Externa: <i>Ingrese la fecha (dd/mm/aa), código y/o número del registro de la actividad realizada, de no estar registrada la información, digite el código que corresponda, según sea el caso.</i>

Edad	Atención del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)			
	Historia Clínica de Atención integral de la niña y el niño	Formato Único de Atención del Seguro Integral de Salud		
	Fecha en historia clínica	Fecha en FUA	Número de FUA	Código de prestación de servicio
Recién Nacido 7 días				
Recién Nacido 15 días				
1 mes				
2 meses				
3 meses				
4 meses				
5 meses				
6 meses				
7 meses				
8 meses				
9 meses				
10 meses				
11 meses				

OBSERVACIONES

Calendario 2015

SETIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	D
	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	26	27
28	29	30				

OCTUBRE						
L	M	M	J	V	S	D
			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
26	27	28	29	30	31	

NOVIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	D
30						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	26	27	28	29

DICIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	D
	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	26	27
28	29	30	31			

Calendario 2016

ENERO						
L	M	M	J	V	S	D
				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	26	27	28	29	30	31

FEBRERO						
L	M	M	J	V	S	D
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	26	27	28
29						

MARZO						
L	M	M	J	V	S	D
	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	26	27
28	29	30	31			

ABRIL						
L	M	M	J	V	S	D
				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	26	27	28	29	30	

MAYO						
L	M	M	J	V	S	D
30	31					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	26	27	28	29

JUNIO						
L	M	M	J	V	S	D
		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	26
27	28	29	30			

JULIO						
L	M	M	J	V	S	D
				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	26	27	28	29	30	31

AGOSTO						
L	M	M	J	V	S	D
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	26	27	28
29	30	31				

SETIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	D
			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
26	27	28	29	30		

OCTUBRE						
L	M	M	J	V	S	D
31					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	26	27	28	29	30

NOVIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	D
	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	26	27
28	29	30				

DICIEMBRE						
L	M	M	J	V	S	D
			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
26	27	28	29	30	31	

El/la jefe/a del establecimiento de salud deja constancia que toda la información registrada en este cuestionario ha sido recopilada por el/la Evaluador/a Externo/a responsable de la ENCREC 2016, dando conformidad de la misma.

Sello y firma