



ENCUESTA A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO, DESARROLLO Y VACUNAS EN MENORES DE UN AÑO – 2015

Decreto Legislativo N° 604 Ley de Organización de Funciones del INEI
Decreto Supremo N° 043-2001-PCM del Secreto Estadístico
y Confidencialidad de la Información



Código RENAES

ENCRE01

I. LOCALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA		B. UBICACIÓN CENSAL		GPS	
1. REGIÓN		6. ÁREA	Urbana 1 Rural..... 2	LONGITUD	LATITUD
2. DEPARTAMENTO		7. ZONA			
3. PROVINCIA		8. MANZANA			
4. DISTRITO		9. FRENTE			
5. CENTRO POBLADO		10. AER N°	Inicial: Final:		

11. Dirección del establecimiento de salud: *(para tipo de vía seleccione solo un código)*

Tipo de vía: Avenida.....1 Jirón.....2 Calle.....3 Pasaje.....4 Carretera.....5 Prolongación.....6 Otro.....7

Nombre de vía	Puerta N°	Block	Int.	Piso	Mz.	Lote	Km.	Teléfono

Referencia de la dirección

II. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. Nombre oficial del establecimiento de salud: *(verifique la Resolución de Categorización respectiva)*

Tipo de establecimiento: Puesto de salud.....1 Centro de salud.....2 Hospital.....3 *(según el tipo de establecimiento, seleccione un código)*

Nombre:

2. Dirección Regional de Salud (DIRESA), Dirección de Salud (DISA) o Gerencia Regional de Salud (GERESA):

3. Red:

4. Micro Red:

5. ¿El establecimiento de salud es centro base de:

Red?1 Micro Red?2 NO ES CENTRO BASE3

6. Categoría del establecimiento de salud *(según reciente evaluación):*

I - 1.....1 I - 2.....2 I - 3.....3 I - 4.....4 II - I.....5

III. ENTREVISTA

Visitas al establecimiento de salud	Evaluador/a Externo/a					
	Fecha	Hora		Próxima visita		Resultado de la visita (*)
		De	A	Fecha	Hora	
1º						
2º						
3º						
4º						
5º						
6º						

RESULTADO FINAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Fecha:

Resultado:

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO

1. Completa 2. Incompleta 3. Otro
 (Especifique)

IV. FUNCIONARIOS/AS DE LA ENCUESTA

Cargo	DNI	Nombre y apellidos
Evaluador/a Externo/a		
Coordinador/a Departamental		
Supervisor/a Nacional		

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>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Médico cirujano..... 1</td> <td>Odontólogo/a..... 4</td> </tr> <tr> <td>Obstetra..... 2</td> <td>Técnico/a en enfermería..... 5</td> </tr> <tr> <td>Enfermero/a..... 3</td> <td>Otra..... 6</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"><i>(Especifique)</i></td> </tr> </table>	Médico cirujano..... 1	Odontólogo/a..... 4	Obstetra..... 2	Técnico/a en enfermería..... 5	Enfermero/a..... 3	Otra..... 6	<i>(Especifique)</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>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Nombrado/a..... 1</td> <td>SERUMS..... 3</td> </tr> <tr> <td>Contratado/a..... 2</td> <td>Otra..... 4</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"><i>(Especifique)</i></td> </tr> </table>	Nombrado/a..... 1	SERUMS..... 3	Contratado/a..... 2	Otra..... 4	<i>(Especifique)</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 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 Nominado 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 Nominado:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Criterios del Padrón Nominado</th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Nombre del establecimiento de salud.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>b. Código RENAES.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>c. Apellidos y nombres del/de la menor.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>d. Fecha de nacimiento.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>e. N° de DNI o CUI.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>f. Sexo.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>g. Tipo de seguro.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>h. Número de afiliación.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>i. Dirección de domicilio.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Si tiene los 9 criterios CONTINÚE con pregunta 4. Conteo del padrón nominado, caso contrario PASE A 5</p> </div>	Criterios del Padrón Nominado	Sí	No	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
Criterios del Padrón Nominado	Sí	No																														
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																														

<p>4. Realice el conteo de menores de 5 años registrados en el Padrón Nominado, desde/...../..... hasta/...../.....: <small>mes año mes año</small></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Años Meses</th> <th colspan="6">N° de nacimientos</th> </tr> <tr> <th>2010</th> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>2015</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 Meses	N° de nacimientos						2010	2011	2012	2013	2014	2015	ENERO							FEBRERO							MARZO							ABRIL							MAYO							JUNIO							JULIO							AGOSTO							SEPTIEMBRE							OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE							<p>4.A Total de nacimientos según periodo de referencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Periodo de referencia</th> <th style="text-align: center;">N° de nacimientos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">a. Total de niñas y niños que nacieron en los últimos 5 años, de/...../..... a/...../..... <small>mes año mes año</small></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">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 style="padding: 5px;">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 Meses		N° de nacimientos																																																																																																								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015																																																																																																				
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" Refrigerador a 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	Semestral?..... 5
	Mensual?..... 2	Otra?..... 6
	Bimestral? 3	(Especifique)
	Trimestral? 4	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	Personal de salud..... 4
	Establecimiento de salud..... 2	Participantes..... 5
	Municipalidad..... 3	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

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

A. 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	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: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td></tr> <tr><td>dd</td><td>/</td><td>mm</td><td>/</td><td>aa</td></tr> </table>					dd	/	mm	/	aa	_____	Masculino.....1 Femenino.....2	Nº DNI o CUI <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 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> <tr><td colspan="8">Nº DNI</td></tr> </table> NO TIENE.....1									Nº DNI								<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td></tr> <tr><td>dd</td><td>/</td><td>mm</td><td>/</td><td>aa</td></tr> </table>					dd	/	mm	/	aa	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td></tr> <tr><td>años</td><td>/</td><td>meses</td><td>/</td><td>días</td></tr> </table>					años	/	meses	/	días	_____ NO TIENE.....1
Nº DNI																																					
dd	/	mm	/	aa																																	
años	/	meses	/	días																																	

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																										
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </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 style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </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 style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </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 style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </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 style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </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. Observación 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:		
a.	ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN
1.	Realiza el lavado de manos antes de atender a la niña o el niño	Sí.....1 No.....2

	ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN		
	2. Saluda a la madre o cuidador/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Saluda a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	4. Verifica si la niña o niño tiene su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Código Único de Identificación (CUI)	Sí.....1	No.....2	
	5. Verifica si la niña o niño tiene seguro de salud	Sí.....1	No.....2	
	6. Pregunta a la madre o cuidador/a sobre el estado de salud de la niña o niño desde su último control	Sí.....1	No.....2	
	7. Pregunta a la madre o cuidador/a si la niña o niño presenta señales generales de peligro (no puede lactar, presenta vómitos, convulsiones, estado letárgico o comatoso, según la edad del/de la menor)	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 a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	2. Realiza el control de frecuencia respiratoria a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de temperatura a la niña o niño	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 a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de talla a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	4. Realiza el control de perímetro cefálico a la niña o niño	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 del/de la menor	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) a la niña o niño	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 a la niña o niño (sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas", etc.)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	14. Monitorea suplementación de micronutrientes a la niña o niño (sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas", etc.)	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 a la niña o niño (a partir de un año de edad: examen de heces seriado, test de Graham)	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 a la niña o niño (a partir de los dos años de edad: mebendazol o albendazol)	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 céfalocaudal a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	2. Registra el resultado del examen físico céfalocaudal a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Evalúa el desarrollo psicomotor de la niña o niño (utilizando el test peruano de evaluación del desarrollo del niño, según la edad del/de la menor)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	4. Registra el desarrollo psicomotor de la niña o niño en el test peruano de la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	5. Registra el diagnóstico del desarrollo psicomotor de la niña o niño	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3

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

A. 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>(Selecciones 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">a. Total de niñas y niños a evaluar</th> <th style="background-color: #cccccc;">b. Muestra de niñas y niños</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px; text-align: center;"> <input style="width: 80%; height: 30px;" type="text"/> </td> <td style="height: 40px; text-align: center;"> <input style="width: 80%; height: 30px;" type="text"/> </td> </tr> </table>	a. Total de niñas y niños a evaluar	b. Muestra de niñas y niños	<input style="width: 80%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 80%; height: 30px;" type="text"/>
a. Total de niñas y niños a evaluar	b. Muestra de niñas y niños				
<input style="width: 80%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 80%; height: 30px;" type="text"/>				

4. Datos de la historia clínica <i>(Transcriba de la historia clínica)</i>																																											
a. Fecha de la atención <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dd</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">mm</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">aa</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				dd	/	mm				aa			b. Nombre del/de la menor _____	c. Sexo del/de la menor Masculino.....1 Femenino.....2	d. Número de DNI o CUI del/de la menor N° DNI o CUI <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> NO TIENE.....1																												
dd	/	mm																																									
aa																																											
d. Número de DNI de la madre/tutor del/de la menor <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">N° DNI</td> </tr> </table> NO TIENE.....1									N° DNI								f. Fecha de nacimiento del/de la menor <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dd</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">mm</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">aa</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				dd	/	mm				aa			g. Edad del/de la menor <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">años</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">meses</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">días</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				años	/	meses				días			h. Número de control de Crecimiento y Desarrollo _____ NO TIENE.....1
N° DNI																																											
dd	/	mm																																									
aa																																											
años	/	meses																																									
días																																											

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	
hh / mm	hh / mm	hh / mm	hh / mm	hh / mm

6. Observación 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="background-color: #cccccc;">ACTIVIDADES</th> <th style="background-color: #cccccc;">CÓDIGO DE CALIFICACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">a. Atención previa</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1. Realiza el lavado de manos antes de atender a la niña o el niño</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 a la niña o el niño	Sí.....1 No.....2	
ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN						
a. Atención previa							
1. Realiza el lavado de manos antes de atender a la niña o el niño	Sí.....1 No.....2						

	ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN		
	2. Saluda a la madre o cuidador/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Saluda a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	4. Verifica si la niña o niño tiene su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Código Único de Identificación (CUI)	Sí.....1	No.....2	
	5. Verifica si la niña o niño tiene seguro de salud	Sí.....1	No.....2	
	6. Pregunta a la madre o cuidador/a sobre el estado de salud de la niña o niño desde su último control	Sí.....1	No.....2	
	7. Pregunta a la madre o cuidador/a si la niña o niño presenta señales generales de peligro (no puede lactar, presenta vómitos, convulsiones, estado letárgico o comatoso, según la edad del/de la menor)	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 cardiaca a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	2. Realiza el control de frecuencia respiratoria a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de temperatura a la niña o niño	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 a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de talla a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	4. Realiza el control de perímetro cefálico a la niña o niño	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 del/de la menor	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) a la niña o niño	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 a la niña o niño (sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas, etc.")	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	14. Monitorea suplementación de micronutrientes a la niña o niño (sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas, etc.")	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 a la niña o niño (a partir de un año de edad: examen de heces seriado, test de Graham)	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 a la niña o niño (a partir de los dos años de edad: mebendazol o albendazol)	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 céfalocaudal a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	2. Registra el resultado del examen físico céfalocaudal a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Evalúa el desarrollo psicomotor de la niña o niño (utilizando el test peruano de evaluación del desarrollo del niño, según la edad del/de la menor)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	4. Registra el desarrollo psicomotor de la niña o niño en el test peruano de la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	5. Registra el diagnóstico del desarrollo psicomotor de la niña o niño	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3

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

A. 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? (Seleccione solo un código)	Enfermero/a.....1 Obstetra.....4 Técnico/a en enfermería.....2 Otra.....5 Médico cirujano.....3 (Especifique)	
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	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0e0e0; margin-bottom: 5px;"> a. Total de niñas y niños a evaluar </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0e0e0; margin-bottom: 5px;"> b. Muestra de niñas y niños </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto; position: relative;"> </div>

4. Datos de la historia clínica (Transcriba de la historia clínica)			
a. Fecha de la atención <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> dd / mm / aa </div>	b. Nombre del/de la menor _____	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; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> NO TIENE.....1
e. Número de DNI de la madre/tutor del/de la menor <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> Nº DNI NO TIENE.....1	f. Fecha de nacimiento del/de la menor <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> dd / mm / aa	g. Edad del/de la menor <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> años / meses / días	h. Número de control de crecimiento y desarrollo _____ NO TIENE.....1

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	
hh / mm	hh / mm	hh / mm	hh / mm	hh / mm

6. Observación 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:	
ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN
a. Atención previa	
1. Realiza el lavado de manos antes de atender a la niña o el niño	Sí.....1 No.....2

	ACTIVIDADES	CÓDIGO DE CALIFICACIÓN		
	2. Saluda a la madre o cuidador/a	Sí.....1	No.....2	
	3. Saluda a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	4. Verifica si la niña o niño tiene su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Código Único de Identificación (CUI)	Sí.....1	No.....2	
	5. Verifica si la niña o niño tiene seguro de salud	Sí.....1	No.....2	
	6. Pregunta a la madre o cuidador/a sobre el estado de salud de la niña o niño desde su último control	Sí.....1	No.....2	
	7. Pregunta a la madre o cuidador/a si la niña o niño presenta señales generales de peligro (no puede lactar, presenta vómitos, convulsiones, estado letárgico o comatoso, según la edad del/de la menor)	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 a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	2. Realiza el control de frecuencia respiratoria a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de temperatura a la niña o niño	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 a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Realiza el control de talla a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	4. Realiza el control de perímetro cefálico a la niña o niño	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 del/de la menor	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) a la niña o niño	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 a la niña o niño (sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas", etc.)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	14. Monitorea suplementación de micronutrientes a la niña o niño (sulfato ferroso, vitamina A, nutricece, "chispitas", "lucecitas", etc.)	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 a la niña o niño (a partir de un año de edad: examen de heces seriado, test de Graham)	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 a la niña o niño (a partir de los dos años de edad: mebendazol o albendazol)	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 a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	2. Registra el resultado del examen físico cefalocaudal a la niña o niño	Sí.....1	No.....2	
	3. Evalúa el desarrollo psicomotor de la niña o niño (utilizando el test peruano de evaluación del desarrollo del niño, según la edad del/de la menor)	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	4. Registra el desarrollo psicomotor de la niña o niño en el test peruano de la historia clínica	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3
	5. Registra el diagnóstico del desarrollo psicomotor de la niña o niño	Sí.....1	No.....2	No aplica.....3

VIII. VERIFICACIÓN TÉCNICA DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIONES COMPLETAS EN EL SERVICIO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A. CONTROL CRED COMPLETO PARA SU EDAD

Evaluador/a Externo/a:		3. Información de la muestra de historias clínicas	
1. ¿La historia clínica SIS a verificar se encuentra en el establecimiento de salud? Sí.....1 No.....2	2. ¿La historia clínica a verificar es estandarizada? Sí.....1 No.....2	a. Número de ID del/de la asegurado/a <input style="width: 100%;" type="text"/> Número de ID	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 menores

PASE A LA SIGUIENTE HISTORIA CLÍNICA

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. 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

1

Código de dato faltante
No existe información.....1 Registro sin fecha2 Registro con letra ilegible.....3

VIII. VERIFICACIÓN TÉCNICA DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIONES COMPLETAS EN EL SERVICIO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A. CONTROL CRED COMPLETO PARA SU EDAD

Evaluador/a Externo/a:		3. Información de la muestra de historias clínicas	
1. ¿La historia clínica SIS a verificar se encuentra en el establecimiento de salud?	2. ¿La historia clínica a verificar es estandarizada?	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
Sí.....1 No.....2	Sí.....1 No.....2	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Número de ID	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Número de menores

**PASE A LA SIGUIENTE
HISTORIA CLÍNICA**

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: 100px; height: 20px;" type="text"/> Número de historia clínica	Nº DNI o CUI <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> NO TIENE.....1	Masculino.....1 Femenino.....2	Nº DNI o CUI <input style="width: 100px; height: 20px;" 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: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> dd / mm / aa	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> dd / mm / aa	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> dd / mm / aa	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> meses / días

6. 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	
----------------------	--



Código de dato faltante
No existe información.....1 Registro sin fecha2 Registro con letra ilegible.....3

VIII. VERIFICACIÓN TÉCNICA DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIONES COMPLETAS EN EL SERVICIO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

A. CONTROL CRED COMPLETO PARA SU EDAD

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? Sí.....1 No.....2 </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> 2. ¿La historia clínica a verificar es estandarizada? Sí.....1 No.....2 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 10px;"> <div style="border: 2px solid black; display: inline-block; padding: 5px 15px;">PASE A LA SIGUIENTE HISTORIA CLÍNICA</div> </td> </tr> </table>	1. ¿La historia clínica SIS a verificar se encuentra en el establecimiento de salud? Sí.....1 No.....2	2. ¿La historia clínica a verificar es estandarizada? Sí.....1 No.....2	<div style="border: 2px solid black; display: inline-block; padding: 5px 15px;">PASE A LA SIGUIENTE HISTORIA CLÍNICA</div>		<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 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Número de ID</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> b. Número de niños y niñas menores de 12 meses que se encuentran afiliados/as al SIS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Número de menores</p> </td> </tr> </table>		a. Número de ID del/de la asegurado/a <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Número de ID</p>	b. Número de niños y niñas menores de 12 meses que se encuentran afiliados/as al SIS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Número de menores</p>
1. ¿La historia clínica SIS a verificar se encuentra en el establecimiento de salud? Sí.....1 No.....2	2. ¿La historia clínica a verificar es estandarizada? Sí.....1 No.....2							
<div style="border: 2px solid black; display: inline-block; padding: 5px 15px;">PASE A LA SIGUIENTE HISTORIA CLÍNICA</div>								
a. Número de ID del/de la asegurado/a <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Número de ID</p>	b. Número de niños y niñas menores de 12 meses que se encuentran afiliados/as al SIS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Número de menores</p>							

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
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Número de historia clínica</p>	Nº DNI o CUI <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> </div> NO TIENE.....1	Masculino.....1 Femenino.....2	Nº DNI o CUI <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> </div> 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																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <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> <td>/</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>aa</td> <td> </td> </tr> </table>					dd	/	mm	/			aa		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <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> <td>/</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>aa</td> <td> </td> </tr> </table>					dd	/	mm	/			aa		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <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> <td>/</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>aa</td> <td> </td> </tr> </table>					dd	/	mm	/			aa		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>meses</td> <td>/</td> <td>días</td> <td> </td> </tr> </table>					meses	/	días	
dd	/	mm	/																																												
		aa																																													
dd	/	mm	/																																												
		aa																																													
dd	/	mm	/																																												
		aa																																													
meses	/	días																																													

6. 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



Código de dato faltante
No existe información.....1 Registro sin fecha2 Registro con letra ilegible.....3

Calendario 2015

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	

MARZO						
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

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
				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

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
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

SEPTIEMBRE						
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				

SEPTIEMBRE						
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 2015, dando conformidad de la misma.

Sello y firma