

# CARTILLA DE SALUD INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Nombre: .....

Primer apellido: .....

Segundo apellido: .....



# Instrucciones a los padres

Este libro tiene tres objetivos primordiales para mantener y reforzar la salud su hijo. El primero consiste en un registro continuo de todo aquello que pueda afectar a la salud desde el nacimiento a la finalización de la adolescencia. El segundo es prestar una demostrada ayuda a cualquier profesional que deba tratar a su hijo. El tercero es promover e incrementar la educación para la salud.

Cuando así se requiera, alguna información contenida en esta cartilla puede fotocoparse.

Por ello este libro está abierto a que puedan escribir en él los padres y todos profesionales que tratan al niño. Los padres pueden ofrecer como nadie podría hacerlo una información fundamental del desarrollo físico y madurativo del niño. A lo largo de este libro encontrará unas páginas y apartados que debe usted rellenar.

Se pretende que cualquier enfermedad leve o grave quede consignada de forma escueta en el apartado correspondiente. Sólo así se dispondrá de un historial completo. Ponga al día esta cartilla tras cada visita.

Por último lea detenidamente la información sobre educación relativa a la edad de su hijo. Conforme éste se vaya haciendo mayor, releala y estudie con detenimiento los consejos y normas propias, ello tendrá efectos beneficiosos más allá de su propio entorno familiar. No olvide que las actividades preventivas son tan importantes más para la salud de su hijo, como el tratamiento cuando éste está enfermo.

# Índice

Programa de salud .....	5
Historia familiar .....	6
Historia neonatal .....	7
Nutrición e introducción de alimentos .....	8
Desarrollo del niño y joven .....	9
Exámenes de salud 0-2 años .....	10
Calendario de vacunación infantil .....	11
Vacunaciones recibidas .....	12
Reacciones tuberculínicas .....	13
Registro de incidencias y enfermedades detectadas .....	14-20



# PROGRAMA DE SALUD

Los exámenes de salud son un objetivo primordial de esta cartilla.

Procure que se realicen a su tiempo y que queden consignados.

# Historia familiar (A rellenar por usted)

Nombre del niño/a .....

Apellidos .....

Dirección *(consigne en las líneas siguientes los cambios de la misma):*

1) ..... Tfno. ....

2) ..... Tfno. ....

3) ..... Tfno. ....

## PADRE

Nombre .....

Año de nacimiento ..... Profesión .....

Estado de salud .....

## MADRE

Nombre .....

Año de nacimiento ..... Profesión .....

Estado de salud .....

## OTROS HERMANOS

Nombre	Año nacimiento	Salud
--------	----------------	-------

.....

.....

.....

.....

## ALERGIAS SEVERAS A MEDICAMENTOS O ALIMENTOS

*(A rellenar por el pediatra y por usted)*

.....

.....

## ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DATOS CRÍTICOS *(Subraye o escriba)*

Alergias (rinitis, conjuntivitis, eczema, asma), intolerancias digestivas, convulsiones (febriles, patológicas), deficiencia neuropsíquica o psiquiátrica, nefropatía, hepatopatía, cardiopatía, hemopatía o inmunodéficit, neoplasia, diabetes. Problema congénito o quirúrgico relevante, otros.

.....

.....

.....

.....

# Historia neonatal (A rellenar en el hospital y por usted)

Fecha de nacimiento .....

Ciudad .....

Hospital/clínica .....

**Embarazo:** Normal  Controlado

Problemas: .....

**Parto:** Término  EG ..... sem

Normal  Apgar (1/5 min) ..... / .....

Problemas: .....

Sexo (Masc; Fem) .....

Peso nacer ..... Kg. Talla ..... cm. P. cef ..... cm

Fecha de estas mediciones .....

Peso al alta ..... Fecha .....

## EXPLORACIÓN GENERAL

CADERAS

N P O R

CUELLO/CLAVÍCULAS

N P O R

TESTÍCULOS

N P O R

PIES

N P O R

N P O R

**(N)** : Normal

**(P)** : Patología

**(O)** : Observación

**(R)** : Referido otro  
especialista

*(Rodear la inicial que corresponda)*

## OTROS:

.....  
.....

Vitamina K Si:  No:

Profilaxis ocular Si:  No:

Hep B: Si:  No:

Fenilcetonuria Si:  No:

Hipotiroidismo Si:  No:

Emisión de meconio .....

Otros: .....

Toma Resultado

Fecha .....

Fecha .....

Fecha .....

## Lactancia: Materna, Fórmula, Mixta

.....

# Nutrición e introducción de alimentos

(A rellenar por usted)

## ALIMENTACIÓN

Alimentos vitaminas y minerales	Edad	Observaciones
Tomó pecho hasta		
Comenzó a tomar biberón		
Toma harina sin gluten desde		
Comenzó a tomar frutas		
Toma puré de verduras y carne		
Toma harina con gluten desde		
Toma pescado desde		
Toma huevo desde		
Toma legumbres desde		
Toma leche de vaca desde		
Tomó vitamina D		desde, hasta ..... .....
Tomó flúor		desde, hasta ..... .....
Comenzó con alimentos troceados		

# Desarrollo del niño y joven

(A rellenar por usted. Es muy importante la objetividad al consignar las edades de aparición de estos hitos)

## DESARROLLO DEL NIÑO

Hitos	Edad	Observaciones
Reacciona a la voz y al ruido desde		
Sonríe cuando le hablan desde		
Sigue objetos con la mirada desde		
Sostiene la cabeza al sentarlo desde		
Coge el sonajero u otros objetos desde		
Se mantiene sentado sin ayuda desde		
Se mantiene de pie sin ayuda desde		
Duerme solo desde		
Gatea desde		
Camina solo desde		
Bisílabos con sentido desde		
Hace frases de tres o más palabras desde		
Sube escaleras desde		
Control de orina durante el día desde		
Control de la defecación diurna desde		
Control nocturno de la orina desde		
Comenzó la Guardería		
Comenzó el Colegio		
Comienza a tener vello en el pubis		
Comienzan a crecer las mamas (niñas)		
Edad de la primera regla		
Otros		

# Exámenes de salud 0-2 años

Nombre .....

Fecha de nacimiento .....

Edad	Fecha	Peso (kg)	Talla (cm)	P. Cefál (cm)	Piel	Cardio pulmonar	Abdomen	Genito Urinario	Locomotor	Ojos visión	Oídos Audición	Desarrollo psicomotor	Observaciones
15 días													
1 Mes													
2-3 Meses													
4-5 Meses													
6-7 Meses													
9 Meses													
12 Meses													
15 Meses													
18 Meses													
2 Años													

**N:** Normal **P:** Patología **O:** Observación **R:** Referido a otro especialista

*El pediatra o facultativo deberá consignar en las casillas correspondientes la inicial que resuma el estado de los órganos o sistemas explora-*

# CALENDARIO DE VACUNACIÓN INFANTIL

Asociación Española de Pediatría

0 meses	VHB <sup>(1)</sup>		
2 meses	VHB <sup>(2)</sup>	DTP (DTP-Hib) <sup>(3)</sup>	Polio oral
4 meses		DTP (DTP-Hib) <sup>(3)</sup>	Polio oral
6 meses	VHB	DTP (DTP-Hib) <sup>(3)</sup>	Polio oral
12-15 meses		Triple vírica <sup>(4)</sup>	
15-18 meses		DTP (DTP-Hib) <sup>(3)</sup>	Polio oral
6 años		DT	Polio oral
11-12 años	VHB <sup>(5)*</sup>	Triple vírica	
14-16 años		Td <sup>(6)</sup>	

(1) Dosis al nacimiento.

(2) Puede ponerse entre 1 y 2 meses.

(3) La recomendación universal debe valorarse de acuerdo con la situación epidemiológica y/o introducción de vacunas combinadas.

(4) Si la situación epidemiológica aconseja la vacunación antes de los 12 meses, es necesario revacunar a los 15 meses.

(5) La pauta de inmunización sería 0, 1, 6, meses. Si no ha sido vacunado previamente

(6) Revacunar cada 10 años.

VHB: *Virus Hepatitis B*

DTP-Hib: *Difteria, Tétanos, Tosferina-Haemophilus influenzae b (Hib)*

Triple vírica: *Sarampión, Parotiditis, Rubeola*

DT: *Difteria, Tétanos*

Td: *Tétanos, Difteria adultos*

*El presente calendario es dinámico y puede verse alterado por situaciones epidemiológicas especiales, por la disponibilidad de nuevas vacunas (varicela) vacunas combinadas (DTP-Hib) penta-vacunas o por otros motivos.*

# VACUNACIONES RECIBIDAS

Fecha	Vacuna	Edad recom.	Laboratorio	Lote	Reacción	Administrada por
	DTP 1ª / DTP-Hib *	2 meses				
	DTP 2ª / DTP-Hib	4 meses				
	DTP 3ª / DTP-Hib	6 meses				
	DTP R / DTP-Hib	15-18 meses				
	DT (Difteria, tétanos)	4-6 años				
	Td (Tétanos, Difteria adulto)	14-16 años				
	Polio oral 1ª	2 meses				
	Polio oral 2ª	4 meses				
	Polio oral 3ª	6 meses				
	Polio oral R	15-18 meses				
	Polio oral R	6 años				
	Triple vírica 1ª	12-15 meses				
	Triple vírica R	11-12 años				
	<i>Haemophilus influenzae</i> 1ª	2 meses				
	<i>Haemophilus influenzae</i> 2ª	4 meses				
	<i>Haemophilus influenzae</i> 3ª	6 meses				
	<i>Haemophilus influenzae</i> 4ª	12-15 meses				
	Hepatitis B 1ª	Nacimiento				
	Hepatitis B 2ª	1-2 meses				
	Hepatitis B 3ª	6 meses				
	Otras					
	Otras					
	Otras					
	Otras					
	Otras					

\* Tachar lo que no proceda

# REACCIONES TUBERCULÍNICAS

Edad	Resultado (mm)	Observaciones

# REGISTRO DE INCIDENCIAS Y ENFERMEDADES DETECTADAS











