SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SIS-SS-18-P

TARJETA DE CONTROL DEL ESTADO DE NUTRICIÓN DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	LOCALIDAD	MUNICIPIO	JURISDICCIÓN	ENTIDAD

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

EXPEDIENTE _____

NOMBRE _____
Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)

CURP|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

FECHA DE NACIMIENTO: |___|___||___|___||___|___|
año mes día

AL NACER: Peso: _____ g. Talla _____ cm.

EDAD: _____ semanas de gestación SEXO: | M | | F |

NOMBRE DE LA MADRE: _____

DOMICILIO: _____

_____

FECHA DE INGRESO: |___|___||___|___||___|___|
año mes día

Abreviaturas del diagnóstico nutricional

Peso para Edad, Peso para la Talla e Índice de Masa Corporal (IMC)

Obesidad _____	OB
Sobrepeso _____	SBP
Normal _____	N
Desnutrición (P/E) _____	D
Desnutrición leve (P/T) _____	DL
Desnutrición moderada (P/T) _____	DM
Desnutrición grave (P/T) _____	DG
Bajo Peso (IMC) _____	BP

Talla para la Edad

Talla alta _____	TA
Talla normal _____	TN
Talla baja _____	TB

INTEGRANTE DE FAMILIA PROSPERA

No. Tarjeta

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

FECHA DE INGRESO:

|___|___||___|___||___|___|
año mes día

LA FAMILIA DECLARA PERTENECER A UN PUEBLO INDÍGENA
SI |__| NO |__|

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

CONTROL DE CITAS

FECHA	PESO gramos	TALLA centí-metros	EDAD años/ meses	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL				EN VÍAS DE RECUPERACIÓN			RECUPERADO			REFERIDO	VISITA DOMICILIARIA	LACTANCIA MATERNA		ORIENTACIÓN ALIMENTARIA *	AYUDA ALIMENTARIA < 5 años	OBSERVACIONES
				< de 5 años			De 5 a 19 años	< de 5 años		De 5 a 9 años	< de 5 años		De 5 a 19 años			EXCLUSIVA Menores de 6 meses	De 6 meses a menores de 3 años			
				Peso para la Edad	Peso para la Talla	Talla para la Edad	IMC	Peso para la Edad	Peso para la Talla	IMC	Peso para la Edad	Peso para la Talla	IMC							

* 1.- LACTANCIA MATERNA de 0 a 6 meses; 2.- ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA de 6 meses a 1 año; 3.- INTEGRACIÓN A LA DIETA FAMILIAR al primer año de edad; 4.- ALIMENTACIÓN CORRECTA en mayores de un año de edad y hasta los 19.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SIS-SS-18-P

TARJETA DE CONTROL DEL ESTADO DE NUTRICIÓN DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	LOCALIDAD	MUNICIPIO	JURISDICCIÓN	ENTIDAD

EXPEDIENTE _____ NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO: |___|___||___|___||___|___|
Apellido paterno, apellido materno, nombre(s) — año mes día

CONTROL DE CITAS

FECHA	PESO gramos	TALLA centí-metros	EDAD años/ meses	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL				EN VÍAS DE RECUPERACIÓN			RECUPERADO			REFERIDO	VISITA DOMICILIARIA	LACTANCIA MATERNA		ORIENTACIÓN ALIMENTARIA *	AYUDA ALIMENTARIA < 5 años	OBSERVACIONES
				< de 5 años			De 5 a 19 años	< de 5 años		De 5 a 9 años	< de 5 años		De 5 a 19 años			EXCLUSIVA Menores de 6 meses	De 6 meses a menores de 3 años			
				Peso para la Edad	Peso para la Talla	Talla para la Edad	IMC	Peso para la Edad	Peso para la Talla	IMC	Peso para la Edad	Peso para la Talla	IMC							

* 1.- LACTANCIA MATERNA de 0 a 6 meses; 2.- ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA de 6 meses a 1 año; 3.- INTEGRACIÓN A LA DIETA FAMILIAR al primer año de edad; 4.- ALIMENTACIÓN CORRECTA en mayores de un año de edad y hasta los 19.

BAJA: MOTIVO Y FECHA _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO _____