

Año de implementación: 2013



Libreta de Salud del niño y la niña

Nombre y Apellido:

C.I.Nº:

Certificado de Vacunación y del estado de salud. Ley Nº 4621



TESÁ HATEKO
PORAVE
MATENONGENIA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL



PROGRAMA AMPLIADO
DE INMUNIZACIONES
PARAGUAY

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Jajapo hãnde rapera ko'ãga guive
Construyendo el futuro hoy

Protegiendo el futuro entre todos!

CÓMO CUIDAR A TU BEBÉ EN EL PRIMER MES DE VIDA

Recomendaciones para la mamá, el papá y la familia

Cuidados del/la recién nacido/a en el hogar:

- Lavate siempre las manos con agua y jabón antes de tocar a tu bebé.
- Para dormir acostale boca arriba o de costado. No cubrirle la cara porque puede asfixiarse.

Alimentación:

- Dale el pecho a libre demanda, es decir, cada vez que tu bebé te lo pida, al menos 8 a 10 veces al día.
- Para crecer tu bebé no necesita agua, té u otro tipo de leche hasta los 6 meses de vida.

Estimulación:

- Mirale a los ojos, acarícialo y hablale cariñosamente sobre todo al darle el pecho materno.
- Colgar objetos de colores (pelotitas, juguetitos, globos) donde tu bebé pueda mirar.
- Ponele música suave.
- EVITÁ PONERLE FRENTE AL TELEVISOR.

Cuidados del cordón y baño:

- No es necesario bañarle todos los días, para preservar la grasa natural que protege la piel.
- Mantenele siempre seca la zona del pañal para evitar la aparición de irritaciones e infecciones.
- Para limpiarle la zona del pañal podés usar aceite vegetal de cocina cada vez que le cambias el pañal.
- No uses esponjas, perfumes, talcos.
- Para limpiar el cordón, lavate las manos, utilizá agua y jabón o alcohol rectificado.
- No uses ombliguero, gasa, polvos, ni cubras el cordón con el pañal.

Ambiente y Vestimenta:

- Ponele ropa liviana, preferentemente de algodón.
- Si hace frío colocale gorros y medias.
- La mejor forma de mantener la temperatura de tu bebé es colocarle en contacto piel a piel sobre tu pecho.
- Evitá el contacto con personas enfermas.
- Mantené el ambiente limpio y ventilado, libre de polvo casero y humo.

NO FUMAR DENTRO DE LA CASA NI CERCA DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS PARA EVITAR ENFERMEDADES RESPITARORIAS

Esquema de controles para tu bebé

Al nacer	Primer control	Segundo control	Tercer control
Controles diarios hasta el alta	A las 48 a 72 horas	A los 10 días	A los 28 días

Antes del alta de tu bebé ASEGURATE:

- Que la libreta de Salud de tu bebé esté completa.
- Que le hayan aplicado la vacuna BCG (para prevenir la tuberculosis).
- Que le hayan realizado el Test del Piecito o te hayan explicado cuándo y dónde realizarlo y/o retirarlo.
- Que te hayan explicado cómo te vas a dar cuenta si tu bebé tiene alguna enfermedad grave.
- Que te hayan entregado el Certificado de Nacido Vivo.

C.I N° o Código provisorio:	
Nombres:	
Apellidos:	
Fecha de nacimiento:	
Lugar de nacimiento:	
Sexo:	
Nacionalidad:	
Dirección:	
Departamento:	
Municipio:	
Barrio o Cñía.:	
Referencia para ubicar el domicilio:	
Nombre de la madre. Padre o responsable:	
Tel. del contacto:	
Seguro médico:	
Alergia o contraindicación:	



	Madre	Padre	Tutor
Nombre			
Apellidos			
Fecha de nacimiento			
Lugar de nacimiento			
Cédula de identidad			



DATOS DEL EMBARAZO Y PARTO

Complete los datos de acuerdo a los puntos señalados a continuación:

Embarazo

Número de embarazo	<input type="text"/>	N° de controles prenatales	<input type="text"/>
Embarazo único	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
VDRL	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Valor <input type="text"/>	Tratamiento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Grupo sanguíneo	<input type="text"/>		
Parto espontáneo	<input type="checkbox"/>	Cesárea	<input type="checkbox"/>
Institucional	<input type="checkbox"/>	en domicilio/otro	<input type="checkbox"/>
Patología en el embarazo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuál	<input type="text"/>
Patología en el parto	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuál	<input type="text"/>
Patología en el puerperio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuál	<input type="text"/>

Vacunas de la embarazada

Td Tdpa Otras

Recién nacido (RN)

Peso	<input type="text"/> gr.	Talla	<input type="text"/> cm.	Perímetro cefálico	<input type="text"/> cm.
Edad gestacional	<input type="text"/> semanas	Apgar	1° <input type="text"/>	5° <input type="text"/>	
Reanimación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Grupo sanguíneo	<input type="text"/>	RH	<input type="checkbox"/>	Test de COOMBS	<input type="checkbox"/>
VDRL	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Valor	<input type="text"/>	Tratamiento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Tamizaje neonatal

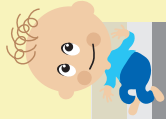
Test del Piecito	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
TSH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fenilalanina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Inspección física

Malformaciones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Otros	<input type="text"/> Peso de egreso <input type="text"/> gr.

Alimentación al alta

Lactancia materna exclusiva Fórmula Mixta



PARAGUAY ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTUALIZADA AÑO 2015

Vacunas	Enfermedad que previene	Meses de edad												Años de edad			
		al nacer	1	2	4	6	12	15	18	35	4	10	11				
BCG	tuberculosis	BCG															
anti Rotavirus	Rotavirus			ROTA	ROTA												
OPV / IPV	Poliomielitis			IPV	OPV	OPV											OPV
Pentavalente	Difteria, tétanos, tos convulsa, neumonía, meningitis y otras			PENTA	PENTA	PENTA											
Neumococo	meningitis, neumonías, otitis, otros			PCV10	PCV10												PCV10
SPR	sarampión, paperas, rubéola																SPR
anti Varicela	varicela																VARI
anti Hepatitis A	hepatitis A																HEPAT A
AA	fiebre amarilla																AA
DTP	difteria, tétanos, tos convulsa																DTP 1
anti Influenza	influenza																INFLUENZA 2
anti VPH	cáncer por virus papiloma humano																VPH ³
Tdpa	tos convulsa																Tdpa ⁴

Ref: 1- DPT: Refuerzos a los 18 meses y cuatro años / **2- Influenza:** además será aplicada a poblaciones de riesgo, embarazadas; independientemente a la edad gestacional y personas de 60 y más años. **3- VPH:** durante el año 2015, una cohorte (las que cumplirán 10años) **4- Tdpa:** a parte de la población señalada varones y niñas de 10 años, también será aplicada a la embarazada a partir de las 20 semanas de gestación o puerperas que no recibieron esta vacuna y el personal de blanco con atención de salas de neonatología y pediatría. **5- Transición OPV/IPV:** en la fase final de eliminación mundial de la poliomielitis Paraguay iniciará en diciembre 2015, aplicando una dosis de IPV seguidas de 4 dosis de OPV, de acuerdo a lineamientos de OMS/OPS. A partir del 18 de abril del 2016 el Paraguay irá implementando más dosis de IPV, siguiendo los pasos en dicha radicación que culminarán en el 2020.

REGISTRO DE VACUNAS

D O S I S A	BCG (TUBERCULOSIS)				
	EDAD	DOSIS	FECHA	LOTE	RESPONSABLE (Institución/Profesional)

1 T R E S D O S I S A	ESQUEMA IDEAL: 2 MESES (8 SEMANAS)				
	VACUNA	EDAD	FECHA	LOTE	RESPONSABLE (Institución/Profesional)
	ROTAVIRUS				
	IPV				
	PCV 10 VALENTE				
	PENTAVALENTE				

2 D O S D O S I S A	ESQUEMA IDEAL: 4 MESES (16 SEMANAS)				
	VACUNA	EDAD	FECHA	LOTE	RESPONSABLE (Institución/Profesional)
	OPV /IPV				
	ROTAVIRUS				
	PCV 10 VALENTE				
	PENTAVALENTE				

3 T R E S D O S I S A	ESQUEMA IDEAL: 6 MESES (18 SEMANAS)				
	VACUNA	EDAD	FECHA	LOTE	RESPONSABLE (Institución/Profesional)
	OPV/IPV				
	PENTAVALENTE				
	INFLUENZA 1RA				
	INFLUENZA 2RA				

Ley Nacional de Vacunas N° 4621- Art. 14 - Certificado de vacunación

REGISTRO DE VACUNAS

A L A N O D E E D A D	ESQUEMA IDEAL: 1 AÑO (12 MESES)					
	VACUNA	EDAD	DOSIS	FECHA	LOTE	RESPONSABLE (Institución/Profesional)
	SPR					
	PCV 10 REF.					
	AA					
INFLUENZA						

AA: VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

1 5 M E S E S	ESQUEMA IDEAL: (15 MESES)					
	VACUNA	EDAD	DOSIS	FECHA	LOTE	RESPONSABLE (Institución/Profesional)
	V.V.Z.					
V.H.A.						

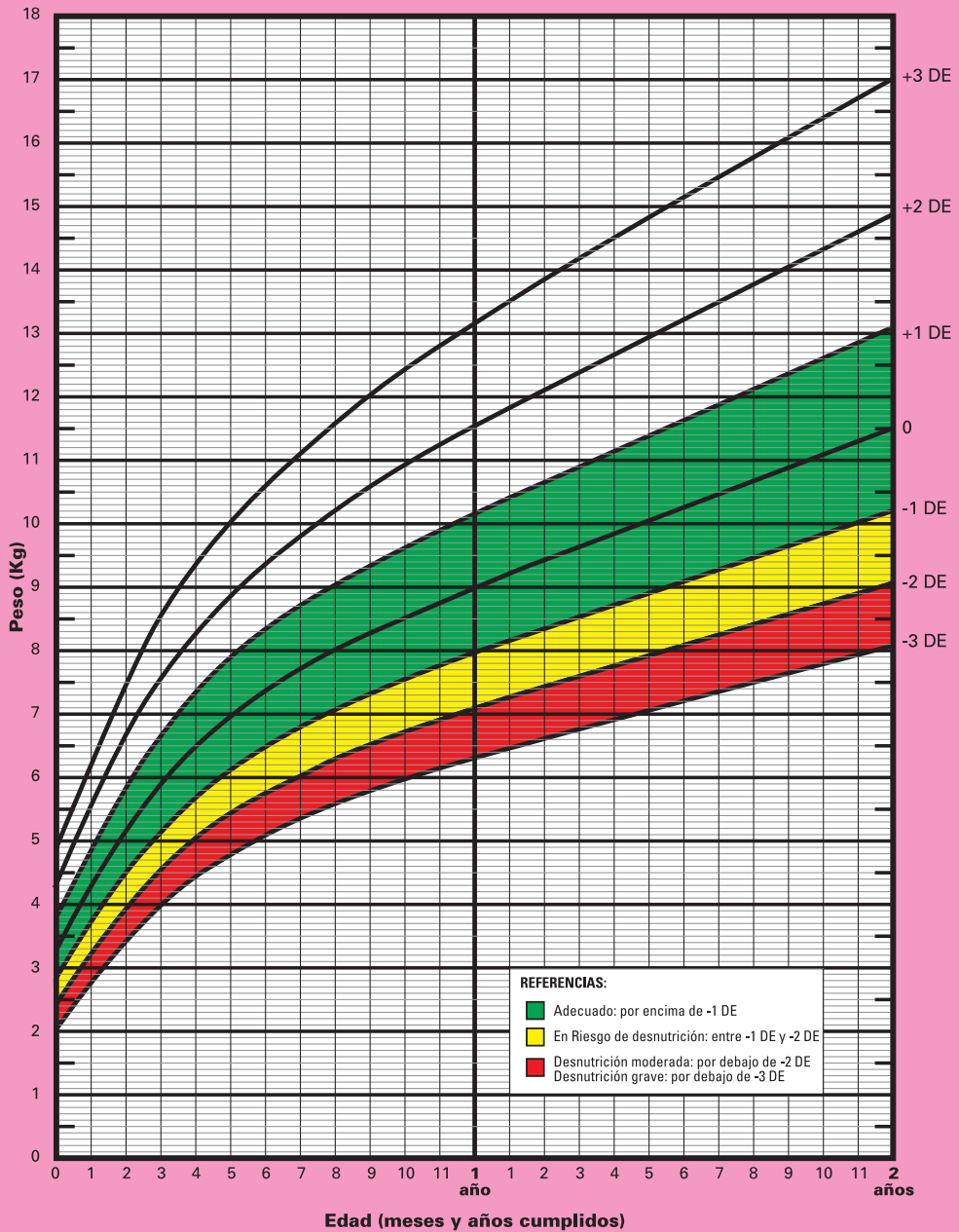
VVZ: VACUNA CONTRA VARICELA // VHA: VACUNA CONTRA HEPATITIS A

1º R E F E R E R E N C I A	ESQUEMA IDEAL: (18 MESES)					
	VACUNA	EDAD	DOSIS	FECHA	LOTE	RESPONSABLE (Institución/Profesional)
	OPV/IPV					
D.P.T.						

2º R E F E R E N C I A	ESQUEMA IDEAL: 4 AÑOS (48 MESES)					
	VACUNA	EDAD	DOSIS	FECHA	LOTE	RESPONSABLE (Institución/Profesional)
	OPV/IPV					
	D.P.T.					
S.P.R.						

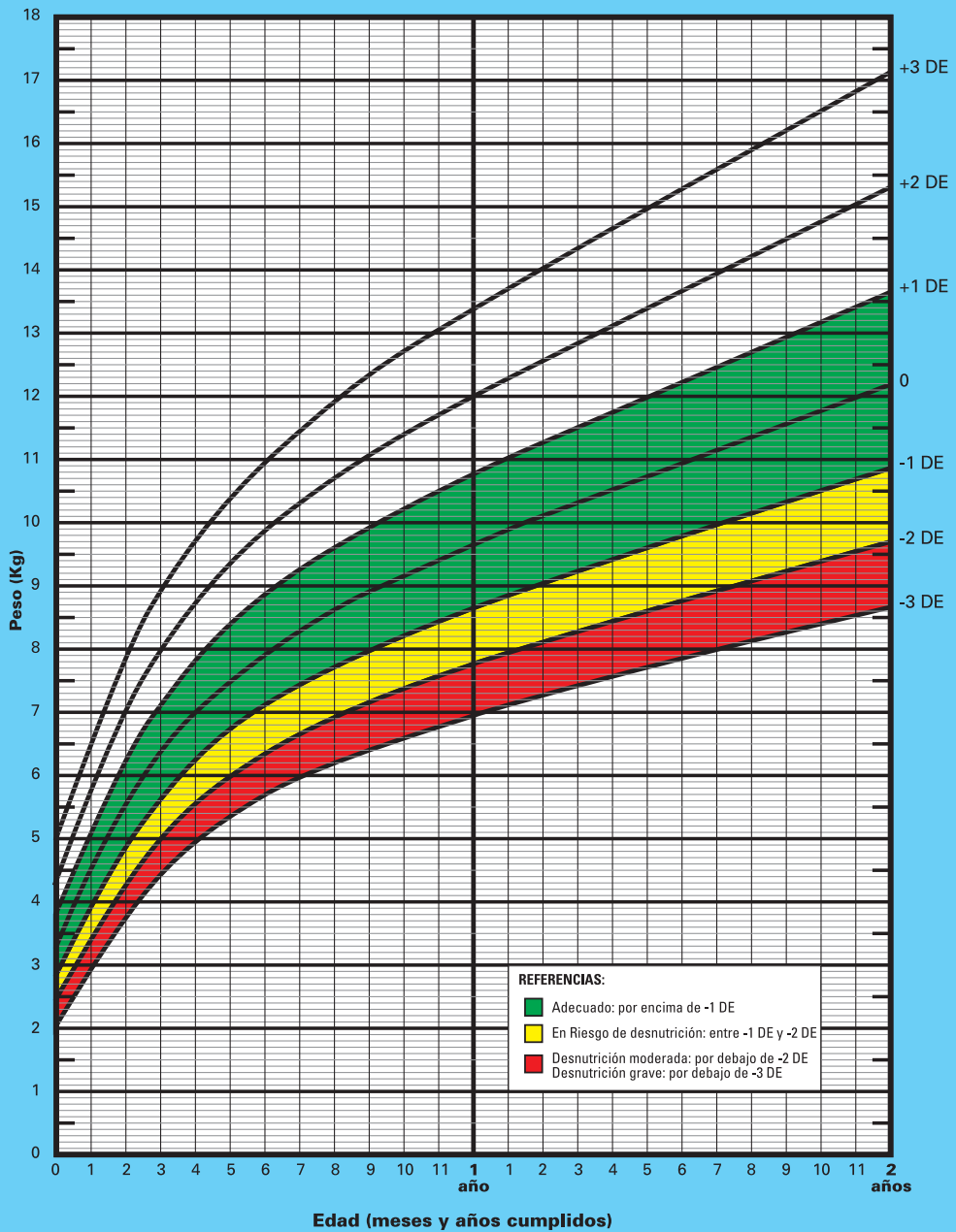
Ley Nacional de Vacunas N° 4621- Art. 14 - Certificado de vacunación

PESO/EDAD DE 0 A 2 AÑOS (NIÑAS)



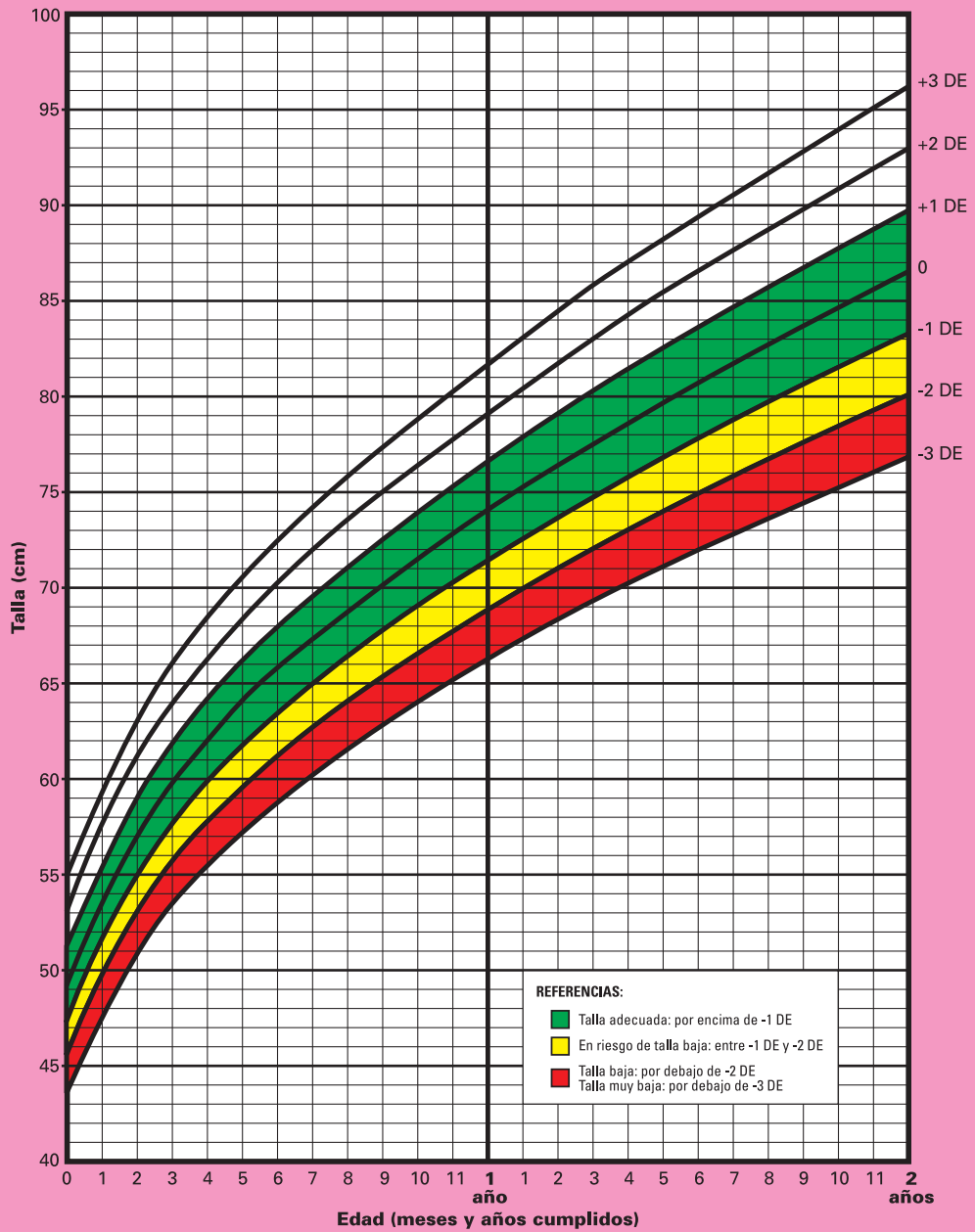
OMS Estándares de crecimiento infantil

PESO/EDAD DE 0 A 2 AÑOS (NIÑOS)



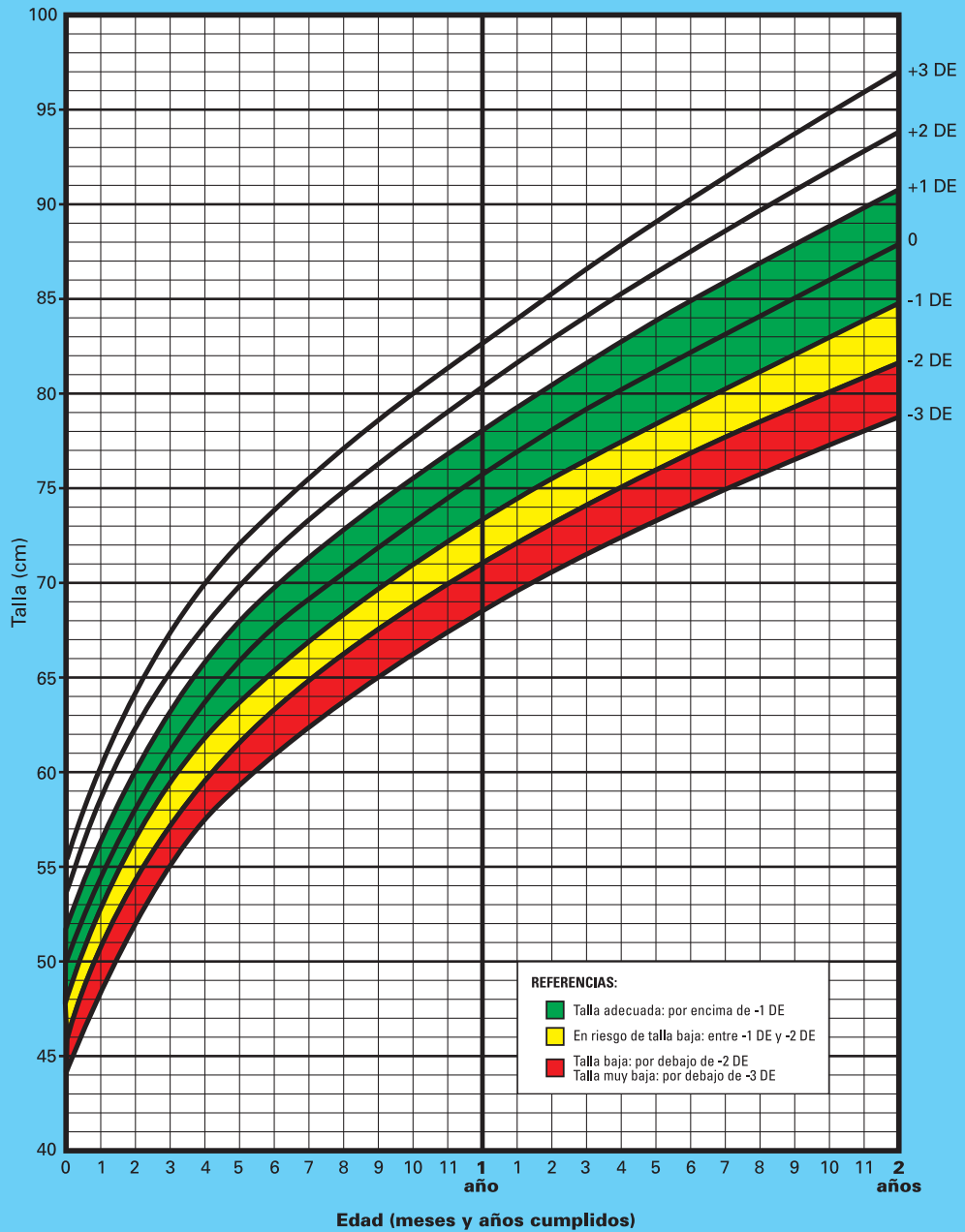
OMS Estándares de crecimiento infantil

TALLA/EDAD DE 0 A 2 AÑOS (NIÑAS)



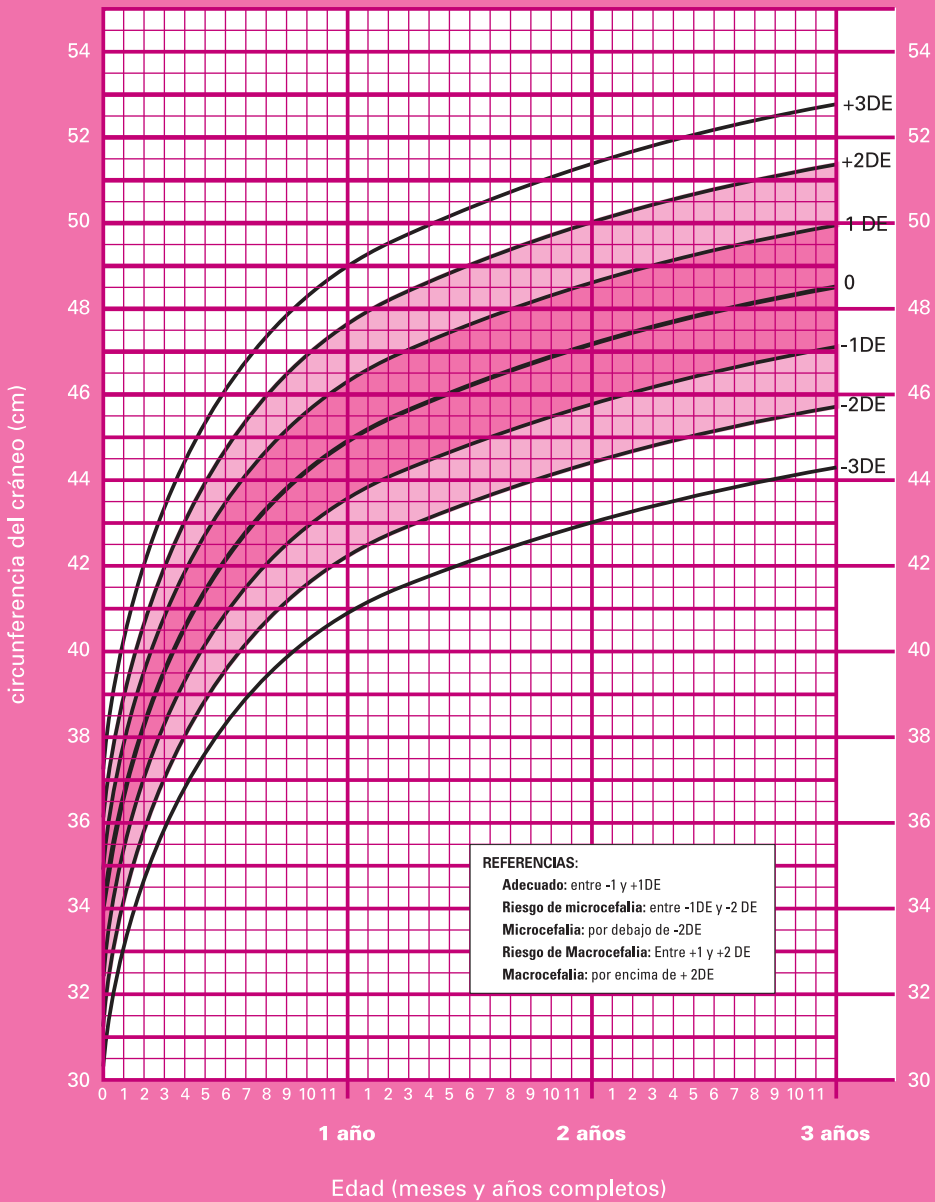
OMS Estándares de crecimiento infantil

TALLA/EDAD DE 0 A 2 AÑOS (NIÑOS)



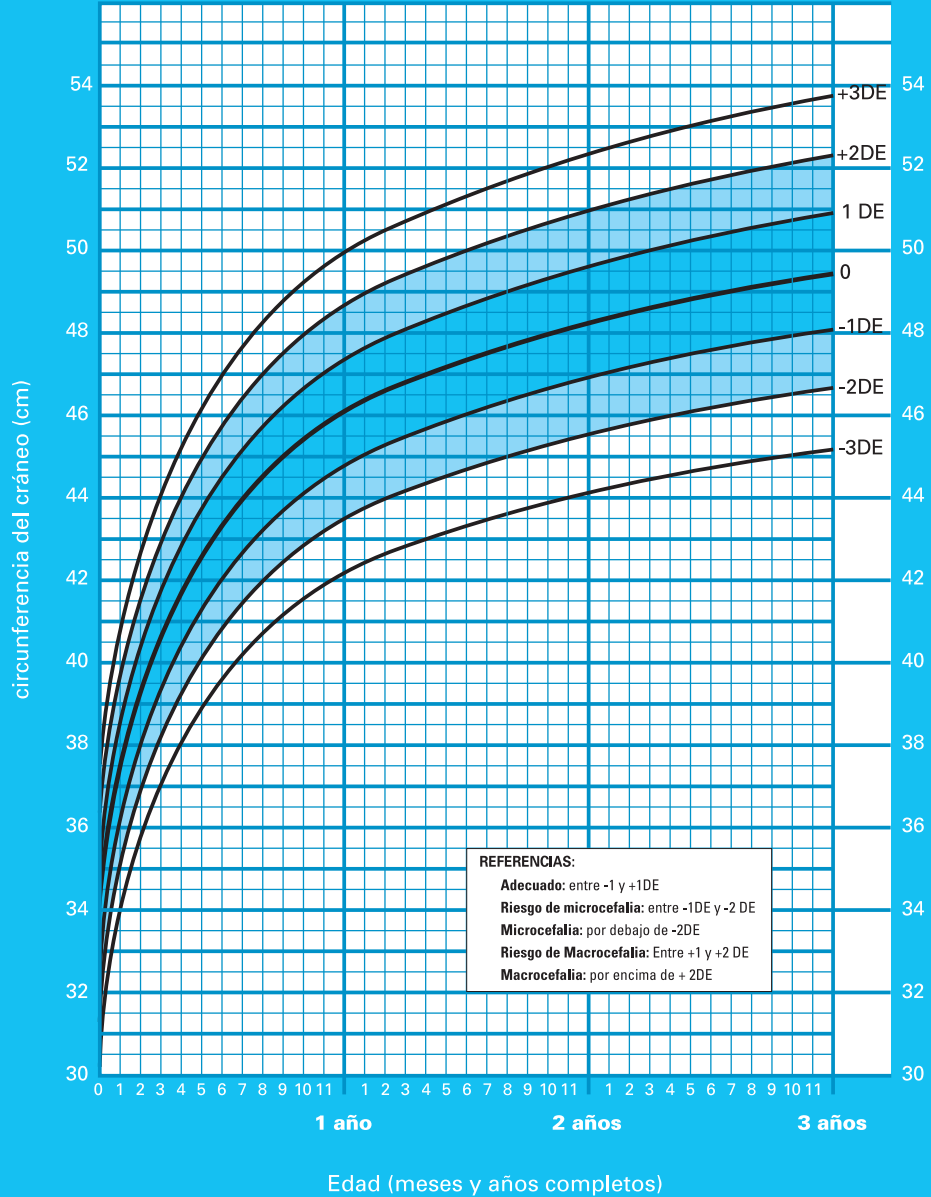
OMS Estándares de crecimiento infantil

CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA DE 0 A 3 AÑOS (NIÑAS)



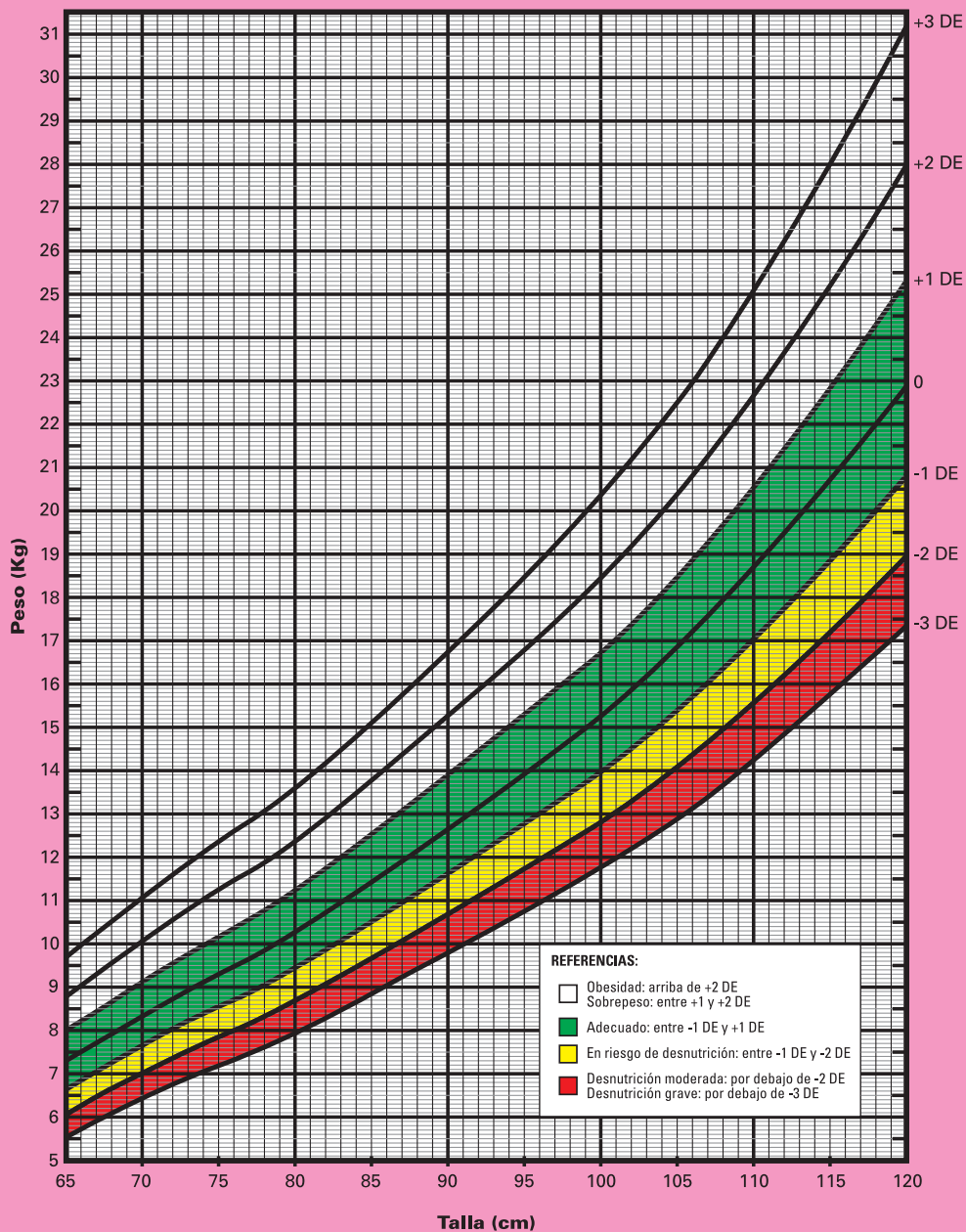
OMS Estándares de crecimiento infantil

CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA DE 0 A 3 AÑOS (NIÑOS)



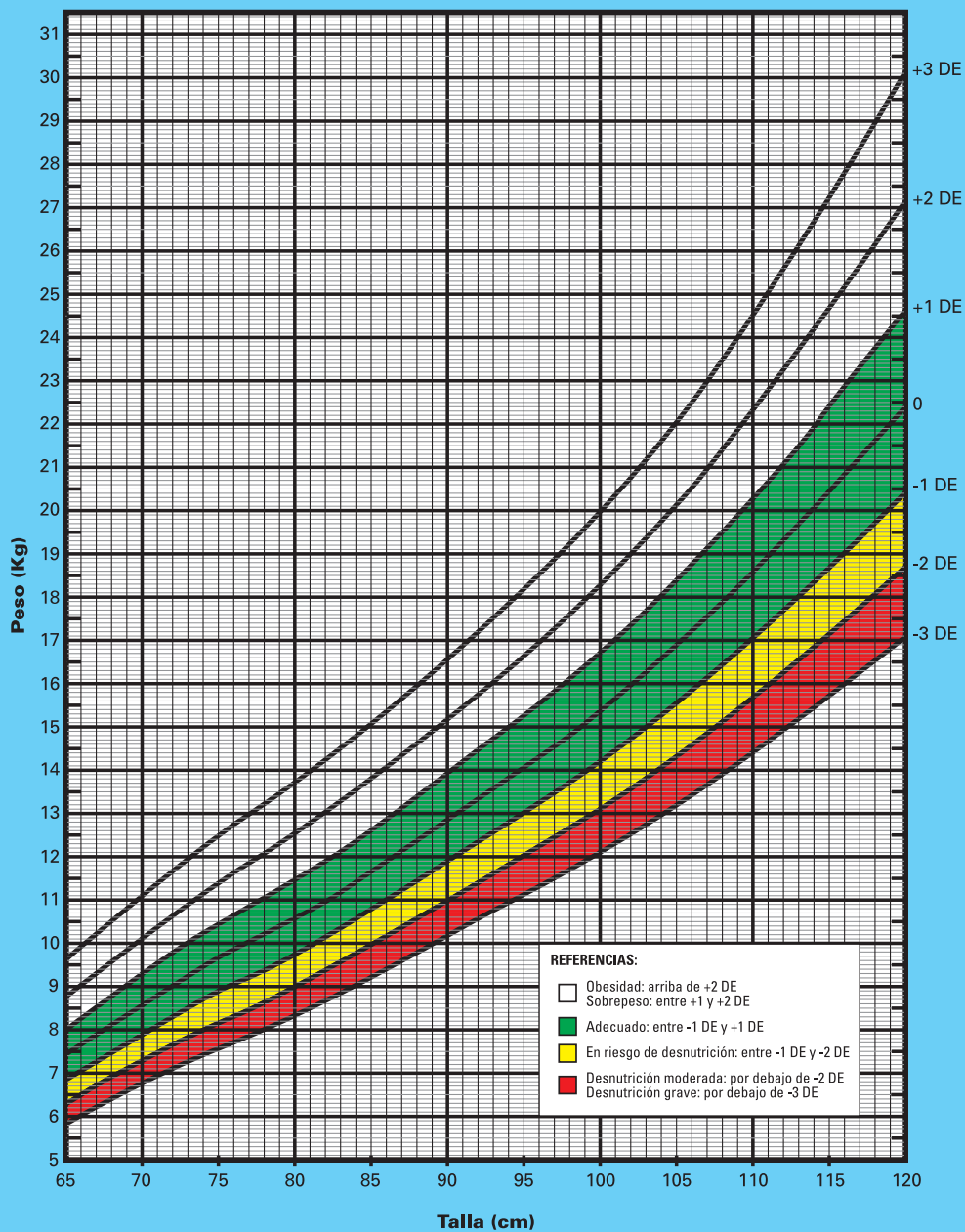
OMS Estándares de crecimiento infantil

PESO/TALLA DE 2 A 5 AÑOS (NIÑAS)



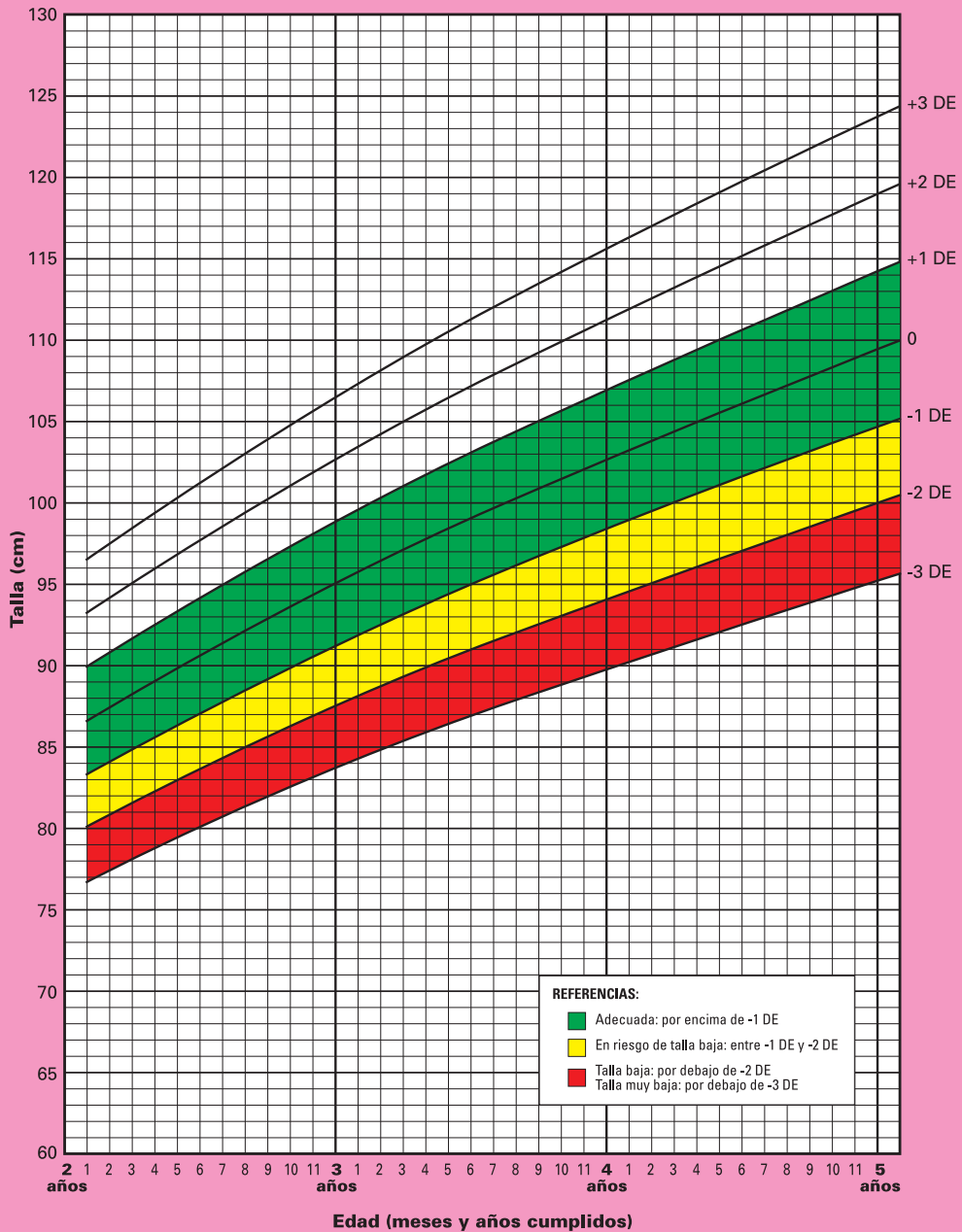
OMS Estándares de crecimiento infantil

PESO/TALLA DE 2 A 5 AÑOS (NIÑOS)



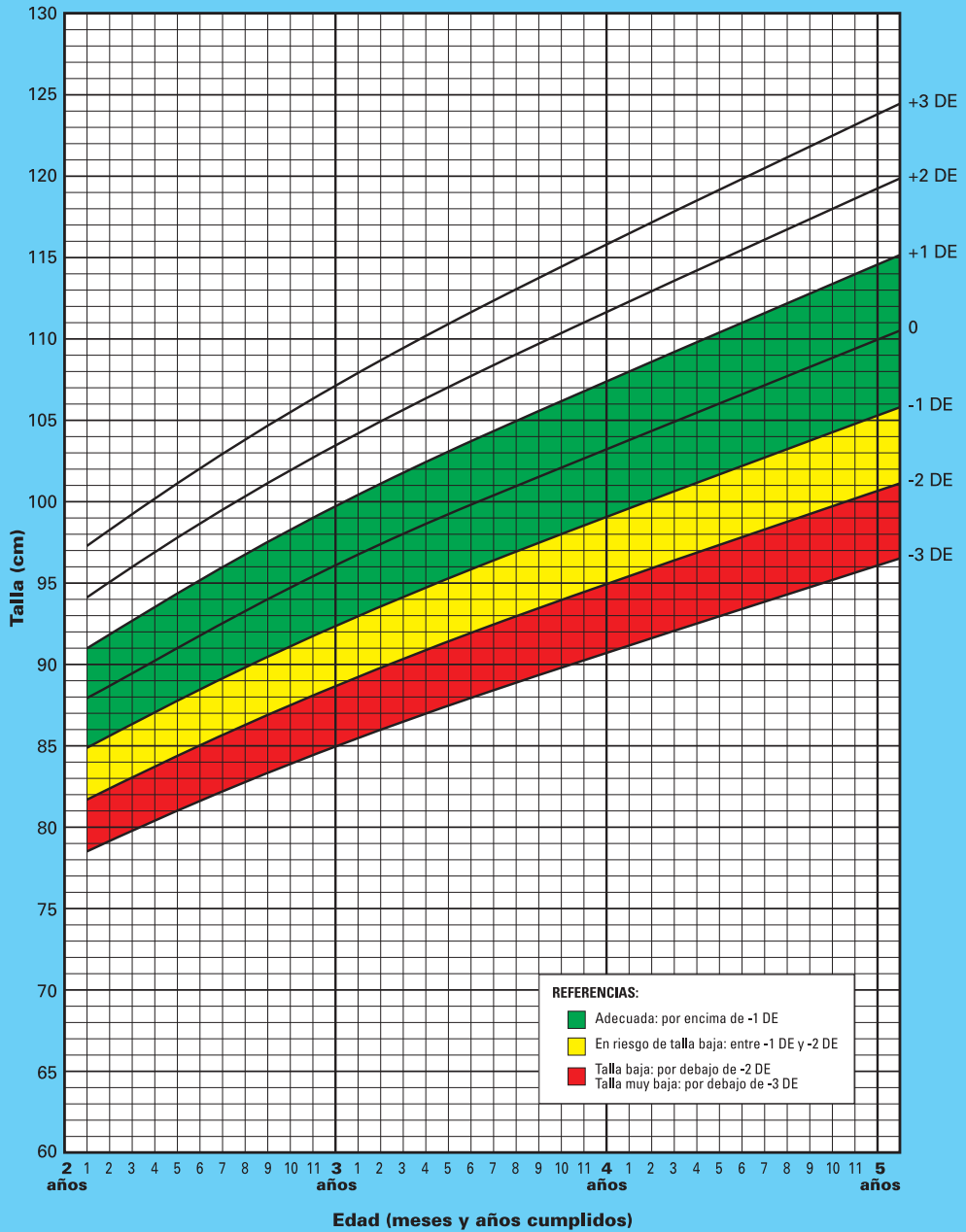
OMS Estándares de crecimiento infantil

TALLA/EDAD DE 2 A 5 AÑOS (NIÑAS)



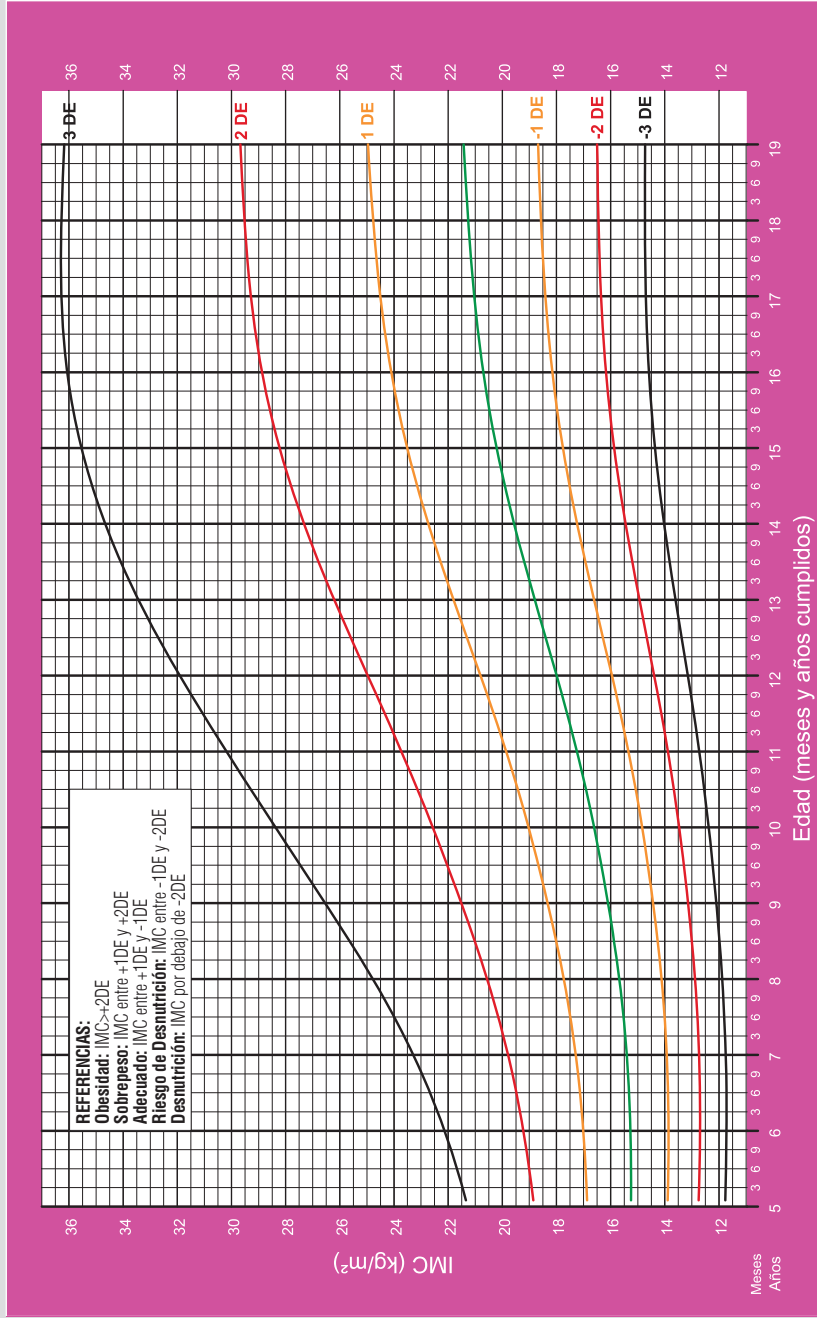
OMS Estándares de crecimiento infantil

TALLA/EDAD DE 2 A 5 AÑOS (NIÑOS)



OMS Estándares de crecimiento infantil

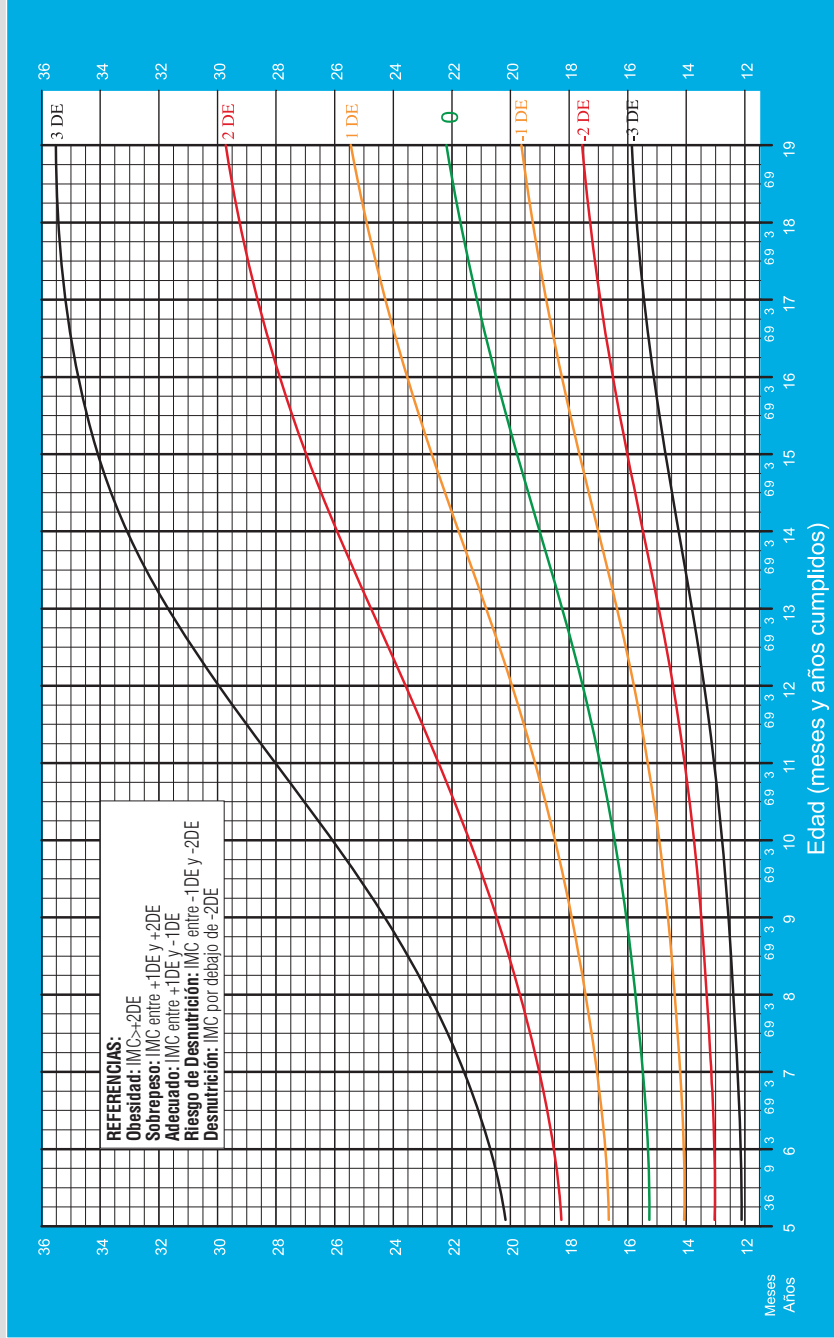
IMC/EDAD DE 5 A 19 AÑOS (MUJERES)



2007 Referencia WHO

Para evaluar el estado nutricional se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el Peso (en Kg.) por la Estatura (en metros al cuadrado): **IMC=kg/m²**

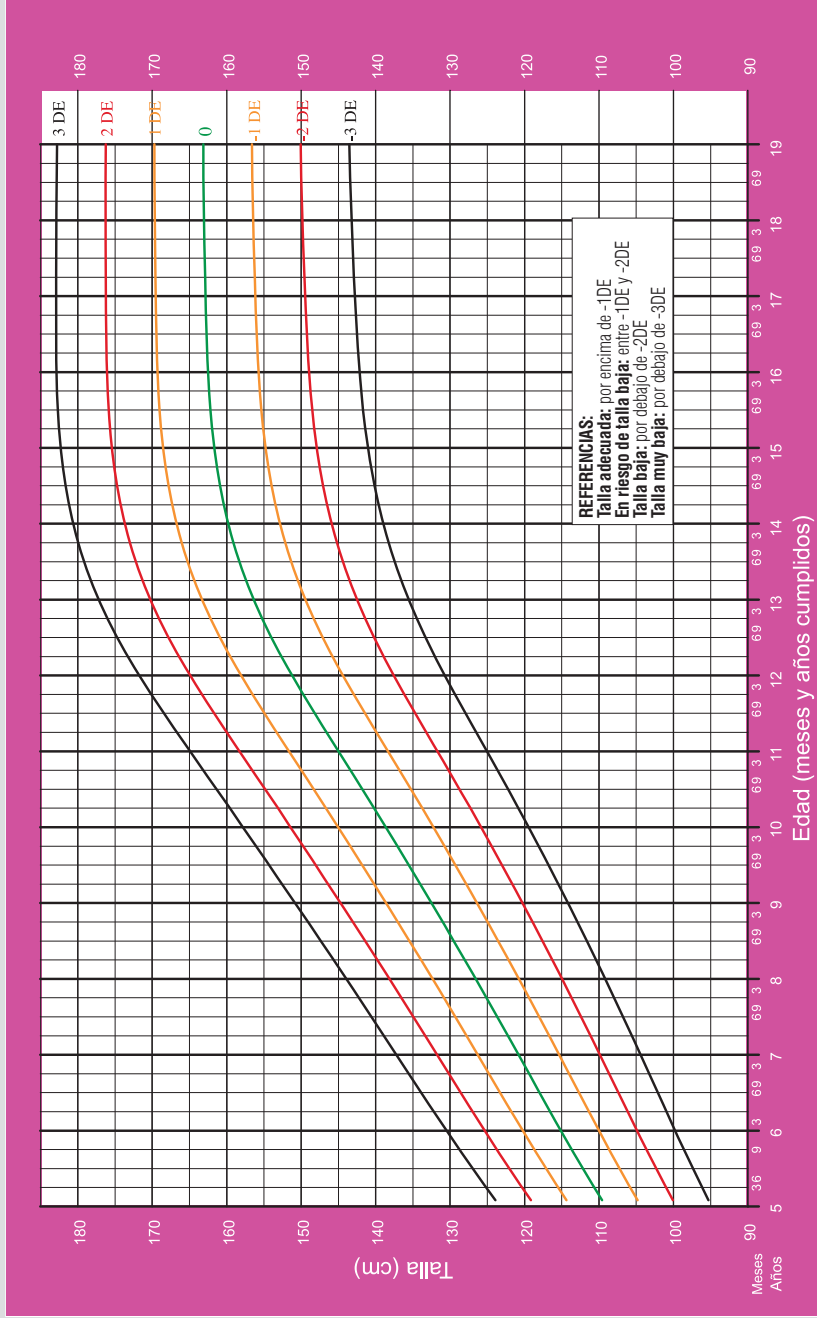
IMC/EDAD DE 5 A 19 AÑOS (VARONES)



2007 Referencia WHO

Para evaluar el estado nutricional se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el Peso (en Kg.) por la Estatura (en metros al cuadrado): **IMC=kg/m²**

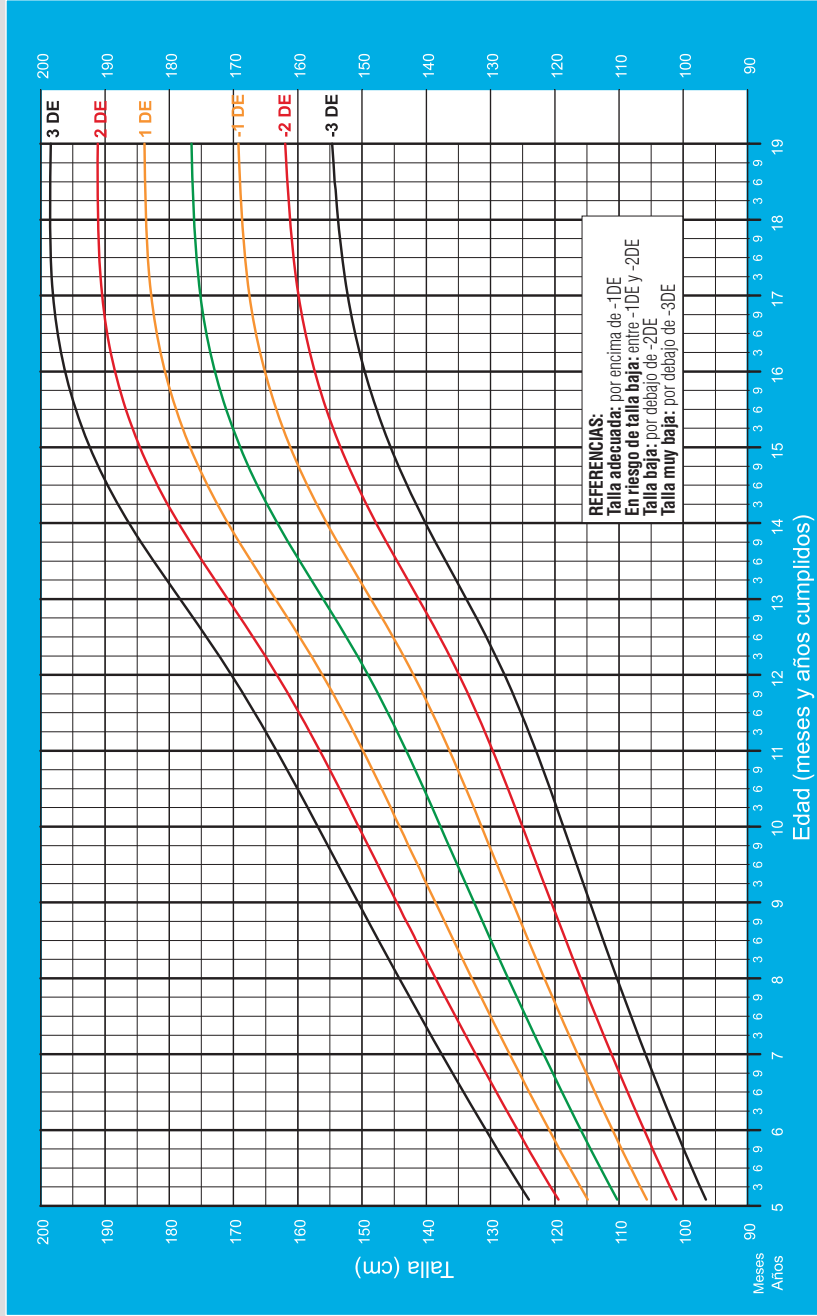
TALLA/EDAD DE 5 A 19 AÑOS (MUJERES)



2007 Referencia WHO

Para evaluar el estado nutricional se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el Peso (en Kg.) por la Estatura (en metros al cuadrado): **IMC=kg/m²**

TALLA/EDAD DE 5 A 19 AÑOS (VARONES)



2007 Referencia WHO

Para evaluar el estado nutricional se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el Peso (en Kg.) por la Estatura (en metros al cuadrado): **IMC=kg/m²**

LACTANCIA MATERNA: UN REGALO PARA TODA LA VIDA

La leche materna es el alimento natural y suficiente para tu bebé hasta los 6 meses de vida. No es necesario darle otra comida o líquidos ni siquiera agua, té o infusiones durante los 6 primeros meses de vida, dale solo leche materna en forma exclusiva. Evitá darle a tu bebé chupete y biberón.

Porqué es importante la lactancia?

Porque disminuye riesgos de enfermedad como diarrea, resfrío, neumonía, alérgias, desnutrición y otras enfermedades.

Evita el cólico y el estreñimiento de tu bebé.

Se puede trabajar y dar de mamar a la vez?

En Paraguay, el código laboral (LEY 213/93 Art. 133/136) protege a la mujer trabajadora que decide dar de mamar con dos permisos diarios de 30 minutos durante su jornada laboral.

RECORDÁ: Dar de mamar es la mejor decisión para que tu bebé reciba el mejor alimento. Solicitá ayuda y consejo a los trabajadores de salud para lograr una buena lactancia.

Para asegurar que tu bebé siga tomando tu leche mientras estás fuera de casa, puedes sacarte la leche en forma manual o con un extractor especial y conservarla en envases limpios, bien tapados y refrigerados según como te indique el trabajador de salud.

Extracción manual de leche materna

A. PREPARACIÓN:

Lavate las manos con agua y jabón.

B. ESTIMULACIÓN:

Presioná firme y cuidadosamente tu pecho hacia el tórax y realizá movimientos circulares con los dedos en diferentes puntos, desde la base de la mama hacia el pezón.

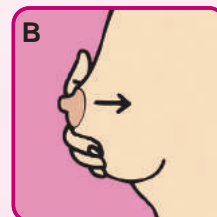
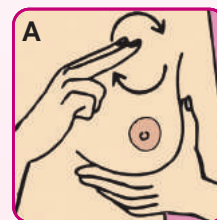
C. EXTRACCIÓN:

Con el pulgar por arriba y los dedos índice y medios por debajo del pezón con la areola entre ellos, empujá tu pecho hacia las costillas y mediante movimientos giratorios hacia el pezón, presioná y vacía la mama suavemente sin deslizar los dedos.

D. CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA:

Tiempo de Conservación de la leche cruda

Leche cruda	Tiempo
A temperatura ambiente	Consumo inmediato
En refrigerador	Dura 12 horas
En congeladora o freezer	Un poco mas de 15 días



TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO

Para el éxito de la lactancia materna es importante considerar los siguientes pasos:

1 Buena posición de la mamá



Sentada clásica.



Posición en "caballito".



Posición invertida.



Acostada clásica.

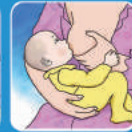
2 Buena posición del bebé

- **La cabeza del bebé** debe estar en el ángulo del codo materno, y la mano de la mamá sosteniendo el cuerpo del bebé.
- **El cuerpo del bebé** debe estar hacia la panza de la madre, quedando en contacto ambos (panza con panza).
- **Para cambiar de una mamá a otra**, se debe introducir gradualmente el dedo meñique entre la boca del bebé y el pezón ayudando de esta manera a separar la mamá de la boca del bebé y así prevenir que se produzcan las grietas del pezón.



3 Agarre correcto

Para que tu bebé tenga un buen agarre, es bueno que roces tu pezón con sus labios hasta que abra bien la boca y luego introduci tu mama abarcando la mayor parte posible de la areola.



Se dice que un bebé tiene un buen agarre cuando:

- Su mentón toca la mamá,
- Se ve más areola por arriba que por debajo,
- Tiene la boca bien abierta y,
- Su labio inferior esta volteado hacia afuera.

¡DALE LO MEJOR A TU BEBÉ DESDE QUE NACE!

LA VIOLENCIA EN EL ENTORNO DEL NIÑO Y LA NIÑA

La violencia puede ser física, psicológica, emocional o sexual y en muchos casos se da en el entorno cercano del niño o la niña (familia, escuela o comunidad). Los padres o responsables y los profesionales de salud están especialmente obligados por la ley a protegerlos contra toda forma de violencia y a denunciar los casos de violencia que lleguen a su conocimiento llamando al **911** de la **Policia Nacional** o al **Fono Ayuda 147**

CONSEJOS PARA LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO Y LA NIÑA (SANO O ENFERMO)

- *En todo momento evitar peleas familiares, la hora de comer debe ser agradable.*
- *Permitile que se sirva con la mano o cuchara, si se ensucia, no le reproches. Aplaudí su habilidad de comer solo o sola.*
- *Permitile compartir la mesa con los demás miembros de la familia.*



Los Primeros alimentos del bebé

A partir de 6 meses de edad

(Dale el pecho más comida)

Los primeros alimentos deben ser de una consistencia suave y puré, sin grumos.

Introducir un alimento nuevo a la vez.

Permita que su bebé se acostumbre a estos alimentos antes de iniciar otros.

Comience con una cucharadita por día, aumentando gradualmente a 2-3 cucharaditas por día.

Qué dar:

Carne (molida de pollo o vaca)

Cereales (polenta de maíz, arroz)

Frutas, banana, mamón, manzana, mango, pera

Verduras, mandioca, zanahoria, batata, zapallo y/o papa

Aceite vegetal crudo (de girasol, soja o maíz) 1 cucharadita de aceite vegetal



A partir de 9 meses de edad

Ofrécele alimentos, cortados en trocitos pequeños o molidos.

Dale por lo menos 1 plato pequeño en cada comida.

El bebé ya debe estar comiendo a la media mañana, luego el almuerzo y la cena.

Qué agregar:

Carne (carne de pescado, hígado)

Queso fresco o yogurt

Huevo duro entero (hasta 3 veces por semana)

Legumbres (poroto, arveja, poroto manteca, lentejas)

Sal yodada en pequeña cantidad.

Aceite vegetal crudo (de girasol, soja o maíz) 1 a 2 cucharaditas de aceite vegetal.





A partir de 12 meses de edad

A partir del año se integra a la mesa familiar evitando comidas con salsas picantes, embutidos, frituras, bebidas gaseosas.

Carne - 4 o 5 veces a la semana.

Legumbres 2 – 3 veces por semana

Huevo duro entero (hasta 3 veces por semana)

Leche y derivados: todos los días

Verduras y frutas: todos los días.

Aceite todos los días, poca cantidad.

Qué agregar:

Fideo, harina de trigo y hasta 2 pancitos por día

Azúcares o mieles: en pequeña cantidad.



Desde los 2 hasta los 9 años

Es importante que el niño o niña realice 5 comidas al día

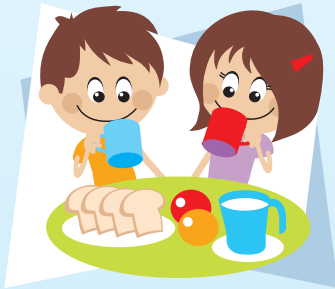
Incluir diariamente alimentos de los 7 grupos para mantener la salud

- 1- Cuidar la cantidad y tamaño de las porciones.
No sobrealimentar al niño/a.
- 2- En el desayuno incluir leche, pan y frutas y consumir medio litro de leche al día (2 tazas de leche y una taza de yogurt o 1 feta o trozo pequeño de queso)
- 3- Procurar el consumo de verduras y frutas de estación en todas las comidas.
- 4- Limitar estrictamente el consumo de bebidas azucaradas, gaseosas, golosinas, productos de repostería, galletitas dulces o saladas, fiambres, embutidos, salsas (mayonesa, ketchup), papas fritas y otras frituras.

NO UTILIZARLOS NUNCA COMO RECOMPENSA.

- 5- Disminuir el consumo de sal y de alimentos con alto contenido de ésta.
- 6- Cuidar la higiene de los alimentos desde la compra hasta el consumo.

Para el recreo, preferir: frutas o jugos de estación, yogurt o leche, barritas de cereal, sándwich de queso o huevo duro.



OBSERVACIÓN: Un grupo especial de niños y niñas son aquellos con antecedentes de enfermedad celiaca o alergia alimentaria familiar en los que se sugiere introducir cereales, como trigo, avena, cebada y centeno, huevos y pescado más tardíamente, recién al año de edad.

RECORDÁ: Tu niño o niña esta comiendo lo suficiente si sube de peso en cada control con el trabajador de salud.

VALORAR EL DESARROLLO DEL NIÑO Y LA NIÑA PAUTAS DEL DESARROLLO

Lo que el niño y la niña pueden realizar:	Mamá, Papá, cuidador/a, hermano/a, podés ayudar a adquirir habilidades al niño/a así:
<p>0 a 1 MES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Succiona vigorosamente. • Brazos y piernas flexionadas. • Hace puño sin incluir pulgar. • Responde a sonidos. • Mira el rostro. • Mueve las extremidades ante estímulos sonoros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mirale a los ojos, acarícialo, hablale con cariño en todo momento, y sobre todo, mientras le das el pecho materno.
<p>1 MES A MENOS DE 2 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vocaliza (uuu) (aaa). • Movimiento de piernas, alternado (pedaleo). • Manos abiertas. • Sonrisa social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llamale por su nombre, tu hijo o hija tiene identidad propia. • Ponele boca abajo para ejercitarse levantando la cabeza, sólo cuando está despierto y acompañado de un adulto. • Ejercitá al niño o niña extendiendo suavemente sus brazos y piernas.
<p>2 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mira el rostro de la otra persona. • Sigue con la mirada un objeto en la línea media. • Reacciona al sonido. • Eleva la cabeza estando boca abajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cantale o ponele música suave. • No utilices la TV como compañía de tu hijo o hija. • Leele o contale un cuento sosteniéndole en tus brazos.
<p>4 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responde al examinador. • Agarra objetos. • Emite sonidos. • Sostiene la cabeza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dale objetos no peligrosos y enseñale los nombres, color y temperatura.
<p>6 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intenta alcanzar un juguete. • Lleva objetos a la boca. • Localiza un sonido. • Gira sobre su abdomen (pasa de boca arriba a boca abajo). • Empieza a sentarse solo/a 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpiale los dientes desde que salen, con el cepillo dental o gasita húmeda. • Ponele boca arriba y levántale hasta quedar sentado.

Lo que el niño y la niña pueden realizar:	Mamá, Papá, cuidador/a, hermano/a, podés ayudar a adquirir habilidades al niño/a así:
<p>9 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juega a taparse y descubrirse (koreko - guá). • Transfiere objetos de una mano a otra. • Duplica las sílabas. • Se sienta sin apoyo. • Gatea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dale los alimentos con taza y cuchara en la mesa familiar. • Háblale mucho con palabras sencillas y bien pronunciadas para ayudarlo a desarrollar bien su lenguaje. • Permite gatear sin preocuparte de él o ella. • Ayúdalo a ponerse de pie y caminar, no uses andador, es peligroso. • Jugá con él o ella devolviéndole los juguetes que tira.
<p>12 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imita gestos (Ej.: Aplaudir) • Utiliza el dedo pulgar y el índice como pinza. • Repite palabras. • Camina con apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Dale una pelota y jugá con él o ella. • Permite descubrir su entorno pero sin dejarlo solo o sola. • Mostrale figuras y decíle sus nombres.
<p>15 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza gestos a pedido. • Coloca cubos en un recipiente. • Dice 1 palabra. • Camina sin apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayúdalo a dar pasos solito o solita. • Enseñale partes del cuerpo, ropas y colores. • Acompañalo con cariño y paciencia en el momento en que realiza sus necesidades fisiológicas. • Permite jugar con libros, revistas y juguetes adecuados a su edad (sonajeros, carritos, pelota, etc.)
<p>18 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica dos objetos. • Garabatea espontáneamente. • Dice 3 palabras. • Camina para atrás. • Usa cuchara y tenedor. • Construye torre con 2 cubos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite jugar con agua y arena sin dejarlo solo o sola. • Aplaudí su habilidad de comer solo o sola. • Leele cuentos y comentá con el o ella. • Permite ayudar a vestirse y desvestirse.
<p>24 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se saca la ropa. • Construye torre con 3 cubos. • Señala 2 figuras. • Patea una pelota. • Señala partes de su cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite que ayude en las tareas de la casa. • Escuchale cuando te cuenta historias, cuentos. • Estimulá su imaginación. • Pedile que haga tiritas o pelotitas de papel.

Lo que el niño y la niña pueden realizar:

Mamá, Papá, cuidador/a, hermano/a, podés ayudar a adquirir habilidades al niño/a así:

3 AÑOS

- Se para solo en un pie.
- Copia y/o traza un círculo.
- Contesta 2 o más preguntas.
- Forma oraciones con 3 o 4 palabras, construyendo frases, usa verbos.
- Controla esfínteres de día.
- Viste una ropa.



- Enseñale a cruzar la calle. Dale ejemplo de respetar las reglas de tránsito y tomale de la mano siempre para cruzar la calle.
- Enseñale a cantar y a repetir canciones de juegos.
- Escuchale atentamente y respondele en forma sencilla y con la verdad.

4 AÑOS

- Salta en un pie.
- Baja escaleras alternando ambos pies.
- Utiliza botones y cierres.
- Sigue 3 ó 4 órdenes consecutivas.
- Copia una cruz.
- Se cepilla los dientes solo/a.



- Enseñale a doblar hojas de papel en forma diagonal o varias veces seguidas para hacer un abanico.
- Muéstrale como pasar y atar los cordones.
- Ayudale a hacer juguetes de materiales reciclables. Ej.: muebles, casitas de cartón o cartulina, pandorga, etc.
- Enseñale el peligro de subir a los árboles y techos.

5 A 9 AÑOS

- Es capaz de recortar y colorear áreas limitadas de las figuras.
- Juega en equipo, distribuye su tiempo.
- Comprende las reglas de los juegos.
- Necesita privacidad para vestirse y bañarse.
- Monta bicicleta sin caerse.



- Ayudale dándole ejemplos de justicia, solidaridad, respeto, disciplina y honestidad.
- Ayudale a adquirir hábitos higiénicos: baño diario, cepillado de dientes, ejercicios físicos, alimentación adecuada y a cuidar el medio ambiente.
- Dale confianza para que denuncie si alguien intenta manosearle o es maltratado o maltratada.
- Anímale a realizar tareas de la casa de acuerdo a su capacidad, independientemente de sexo. Ej.: arreglar la cama, la mesa, ordenar sus juguetes y los cuadernos.

SALUD BUCODENTAL

Edad (años)	Enfermedad bucal	Pérdidas dentales
6		
9		
12		

Sellado del 1º molar	Si		No	
----------------------	----	--	----	--



CUIDÁ LOS DIENTES DE TUS HIJOS O HIJAS

- Se recomienda control con odontólogo cada 6 meses desde el nacimiento hasta que cumpla 3 años y luego cada año.
- A los 6 años aparecen los primeros molares permanentes. Es el momento de llevar a tu niño/a al servicio odontológico para que le realicen el sellado de fosas y fisuras, para prevenir la aparición de caries. (Programa Salvemos al Primer Molar).
- Desde el primer momento límpiale la boca con el dedo índice envuelto en una gasa humedecida con agua.

Quando aparezca el primer diente, utilízalo un agua y cepillo dental pequeño y blando. alrededor de los 3 años, puede incorporar el uso de pasta de dientes.

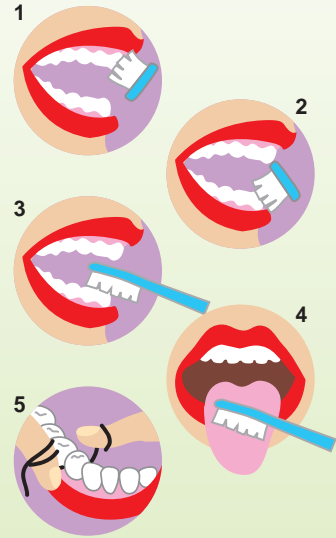
- Recuerde que el niño necesita ayuda con el cepillado de los dientes hasta al menos los 8 años de edad.
- No limpiar el chupete con la boca del adulto, ni agregar miel u otros dulces.
- Evite acostumbrar al bebé a quedarse dormido con la mamadera en la boca, especialmente si el líquido que bebe está preparado con azúcar.
- Ayudale a realizar una buena higiene bucal, inmediatamente después de comer. Insistile en el último cepillado nocturno y luego de consumir alimentos azucarados.
- La utilización del Flúor de acuerdo a la indicación de tu odontólogo es importante para el cuidado de los dientes.



CEPILLADO CORRECTO DE LOS DIENTES

Cepillarse los dientes después de cada comida durante 3 minutos, siguiendo estos pasos:

1. Colocá las cerdas del cepillo dirigida hacia las raíces de los dientes. Gira el cepillo de modo que las cerdas barran las encías y los dientes hacia las superficies masticatorias.
2. Cepillá las superficies de afuera de todos los dientes superiores e inferiores.
3. Cepillá las superficies de adentro de las muelas de atrás superiores e inferiores y las caras masticatorias de los molares y premolares superiores e inferiores.
4. Cepillá también la lengua y luego enjuagá la boca con mucho agua.
5. La limpieza bucal se concluye con el uso del hilo dental así ayudará a limpiar las carasproximales (de los costados), entre los dientes.



RECORDÁ: que además debés llevarle de inmediato cuando:

- Se golpean, se fracturan o caen los dientes.
- Presentan cambios de color, caries o inflamación de las encías.

SALUD OCULAR

Edad / años		OD	OI
3 años	SC		
	CC		
5 años	SC		
	CC		
12 años	SC		
	CC		

° OD - ojo derecho / OI - ojo izquierdo/ CC - con corrección/ SC - sin corrección

Signos que requieren consulta con el Oftalmólogo:

- Párpados caídos • Desviación de la mirada permanente y transitoria
- Ojo colorado • Ojo con secreciones • Pupila blanca • Cornea grande
- Prematuro menor de 28 semanas de edad gestacional o peso menor de 1500 g debe iniciar control de retina a las 31 semanas de edad corregida.
- Prematuro nacido entre 28 y 32 semanas de edad gestacional debe iniciar control de la retina a partir del primer mes de vida.

Fechas	Diagnostico y tratamiento

Programa Nacional de Salud Ocular

PREVENCIÓN DE LESIONES Y ACCIDENTES

El niño o niña a medida que va creciendo se moviliza de un lugar a otro, lo que hace que esté en peligro constante. Seguí estos consejos:



- No le dejes solo o sola, ni al cuidado de otro menor.
- Mantené altas las varillas de la cuna.
- Mantené fuera de su alcance todo objeto pequeño, cortante, con puntas o filoso, caliente.
- No uses sábanas sueltas, ni almohadas, ni colchones con forro plástico.
- Si viajas en automóvil (el niño o niña) debe ir en el asiento trasero en brazos de la madre o de ser posible en asientos especiales para él o ella.
- La temperatura del agua cuando le bañás debe ser templada (ni caliente ni fría).
- Si le ponés en la hamaca (kyha), no le dejes solo o sola. La hamaca debe estar colocada a poca altura del suelo y bien asegurada.



- Mantené fuera de su alcance cacerolas, braseros, calentadores, estufas, fósforos, encendedores u otros utensilios calientes.
- Guardá los medicamentos en un armario con llave.
- Mantené fuera de su alcance venenos, insecticidas, detergentes, bebidas alcohólicas.
- No pongas venenos ni productos tóxicos en botellas de gaseosas.
- Mantené en buena forma las instalaciones eléctricas.
- Protegé los enchufes.
- Mantené tapados y no los dejes solos cerca de pozos, tanques de agua, piscina, latonas y baldes etc.
- Dale alimentos en forma de puré o cortados en pequeños trocitos para evitar el atragantamiento, no le des caramelos, chicles, etc (en menores de 1 año)
- Evitá el uso de andador.



- Colocá rejas o un seguro en las ventanas.
- Enseñale a no tocar enchufes y electromésticos en general ni a introducir objetos puntiagudos en la boca.

- Enseñale el peligro de acercarse al fuego, salir a la calle, cruzar la ruta.
- Cuidale de los animales domésticos como gatos, perros y otros. Las mascotas deben ser vacunadas.
- Recordá bajar del transporte primero para luego ayudar a bajar a tu hijo o hija.
- Enseñale que no debe permitir que ninguna persona, aunque sean familiares, intente acariciarle sus partes íntimas y que cuente si alguien intenta hacerlo.



- Las bicicletas deben ser del tamaño adecuado y usar siempre el casco. Si la bicicleta es utilizada por la noche debe estar equipada con luces y espejos.
- Enseñale a conocer las reglas de tránsito, a ser prudente y atento.
- Preferentemente no tengas armas de fuego, escondelas y nunca las guardes cargadas.
- Enseñale a nadar y flotar.



La disciplina, orientación, las normas y pautas de comportamiento impartidas desde la familia son esenciales para el desenvolvimiento de tu hijo o hija. Por seguridad, es aconsejable acompañarles durante cada etapa.

ATENCIÓN A LAS ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN LA INFANCIA - LLEVALE INMEDIATAMENTE A TU NIÑO O NIÑA A UN SERVICIO DE SALUD SI PRESENTA SEÑALES DE PELIGRO

- No toma nada, no puede mamar.
- Vomita todo lo que toma.
- Tiene convulsiones o ataques.
- No despierta o es difícil de despertar.
- Está muy desnutrido.
- Su piel se pone azulada o muy pálida o amarilla.
- El ombligo sangra o tiene secreción amarilla o tiene olor desagradable o la piel que lo rodea está enrojecida o hinchada o no cae.
- Tiene secreción en sus ojos.
- O te parece que tu niño/a “no se ve bien”.
- Respiración rápida o ruidos raros al respirar.
- Ojos hundidos.
- Diarrea líquida abundante o con sangre.
- Fiebre que no mejora.



EVALUACIÓN AUDITIVA

- Los estudios para su detección temprana del déficit de la audición son esenciales para el futuro del niño que va creciendo.
- Indicaciones para la evaluación audiológica.
- Cuidados intensivos neonatales.
- Peso al nacer 2500 g. en todos los casos.
- Peso al nacer 2500 g. sin complicaciones médicas (asfixia, convulsiones, circulación fetal persistente, hemorragia intracraneal, ventilación asistida, hiperbilirrubinemia, fármacos ototóxicos).
- Infección intrauterina demostrada o sospechada.
- Meningitis bacteriana.
- Anomalías del primero o segundo arco branquial (microotia, displasia auricular, micrognatina).
- Anomalías de la cresta neural o del ectodermo (separación amplia de los ojos, defectos de la pigmentación).
- Antecedentes familiares de sordera hereditaria o inexplicada.
- Preocupación paterna por la posibilidad de sordera.
- Retraso del habla o de lenguaje.
- Otras anomalías del desarrollo (retraso mental, parálisis cerebral, autismo, ceguera).
- **No olvidar que:**
 - A. Un lactante sordo puede parecer normal y confundir a padres y profesionales.
 - B. La evaluación de la audición en la consulta no puede descartar una pérdida de la audición, clínicamente significativa.
 - C. Existe una técnica de diagnóstico precoz: las **OTOEMISIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS**, es un método con la suficiente sensibilidad y especificidad, con aceptable relación costo beneficio, sin riesgos y puede ser usado en el 100% de los recién nacidos.
- Si se detectan otoemisiones acústicas: retestear al mes o solicitar Potenciales Evocados Auditivos de Tronco.

CLAP-OPS/OMS HISTORIA CLINICA DEL NIÑO O NIÑA - BASE										ESTABLECIMIENTO				H.C. N°			
APELLIDO Y NOMBRE - NIÑA/NIÑO _____ C.I. _____ MADRE _____ C.I. _____ PADRE _____ C.I. _____ DOMICILIO _____ URBANO <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> C.I. _____ domicilio <input type="checkbox"/> LOCALIDAD _____ REG. SANITARIA _____ TEL.: _____ mensaje <input type="checkbox"/>										FECHA DE NACIMIENTO día mes año				SEXO f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>			
ANTECEDENTES PERINATALES CARNÉ PERINATAL presentado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			LUGAR DEL PARTO DOMICILIO <input type="checkbox"/> INSTITUCIONAL <input type="checkbox"/>			Cód. _____ APGAR minuto 1° _____ 5° _____			N° H.C. PERINATAL _____ PATOLOGIAS RN No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>								
PTOLOGIA EMB. PARTO Y PUERP. No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			EDAD GESTAC. AL NACER menor 37 mayor 41			PESO AL NACER menor 2500 g mayor 4000 g			EGRESO RN sano <input type="checkbox"/> con patología <input type="checkbox"/>								
PATOLOGIA EMB. PARTO Y PUERP. No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			LONGITUD _____ cm PER. CEF. _____ cm			ASFIXIA No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			TEST DEL PIECITO Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
FAMILIA EDAD años _____ ALFABETA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			MADRE ESTUDIOS años aprobados _____ menos de 6 años <input type="checkbox"/>			PADRE EDAD años _____ ALFABETO sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			VIVIENDA INTEGRANTES DEL HOGAR madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>								
TRABAJA REMUNERADO Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			HORAS FUERA DE CASA horas por día _____ en esas horas el cuidado del niño es: Familiar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> adecuado <input type="checkbox"/> inadecuado <input type="checkbox"/>			ESTUDIOS años aprobados _____ menos de 6 años <input type="checkbox"/>			HERMANOS vivos <input type="checkbox"/> muertos <input type="checkbox"/>								
SIES REMUNERADO: FIJO Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			ESTADO CIVIL casada <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>			SIES REMUNERADO: HIJO Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			COMPARTIR LA CAMA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>								
ANTECEDENTES PATOLOGICOS ninguno <input type="checkbox"/> hereditarios <input type="checkbox"/> adquiridos <input type="checkbox"/>			LACTANCIA Duración en meses _____			SIES REMUNERADO: FIJO Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			exclusiva <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>								
OBSERVACIONES																	

Este color significa **ALERTA**

FECHA		EDAD (d) meses (m) años (a)	PESO kg. Entre -1 y -2 DE -2 y -3 DE	TALLA cm	PER. CR. eP 10 >P 90	DESARROLLO Probable o posible atraso en el desarrollo	EXAMEN		ALIMENTACION			VACU- NAS al día	PATOLOGIAS Y PROBLEMAS Códigos	REFE- RIDO
día	mes						año	FISICO	SENSORIAL	BUCAL	Pecho exclusivo			
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Responsable														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Fecha próxima visita														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Responsable														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Fecha próxima visita														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Responsable														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Fecha próxima visita														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Responsable														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Fecha próxima visita														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Responsable														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Fecha próxima visita														

 Este color significa ALERTA

FECHA		EDAD <small>(d) días <small>(m)</small> meses <small>(a)</small> años</small>	PESO kg. Entre -1 y -2 DE -2 y -3 DE	TALLA cm	PER. CR. <small><P 10</small> <small>>P 90</small>	DESARROLLO Probable o posible atraso en el desarrollo	EXAMEN		ALIMENTACION			VACU- NAS al día	PATOLOGIAS Y PROBLEMAS Códigos	REFE- RIDO	
día	mes						año	FISICO	SENSORIAL	BUCAL	Pecho exclusivo				Vit./Hierro
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Responsable															
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Fecha próxima visita															
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Responsable															
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Fecha próxima visita															
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Responsable															
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Fecha próxima visita															
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Responsable															
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Fecha próxima visita															
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Responsable															
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Fecha próxima visita															

 Este color significa ALERTA

FECHA		EDAD <small>(d) días (m) meses (a) años</small>	PESO kg. Entre -1 y +2 DE -2 y +3 DE	TALLA cm	PER. CR. <small><P 10 >P 90</small>	DESARROLLO Probable o posible atraso en el desarrollo	EXAMEN		ALIMENTACION			VACU- NAS al día	PATOLOGIAS Y PROBLEMAS Códigos	REFE- RIDO
día	mes						año	FISICO	SENSORIAL	BUCAL	Pecho exclusivo			
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Responsable														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Fecha próxima visita														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Responsable														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Fecha próxima visita														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Responsable														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Fecha próxima visita														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Responsable														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Fecha próxima visita														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Responsable														
						no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Fecha próxima visita														

 Este color significa ALERTA

FECHA		EDAD (d) meses (m) años (a)	PESO kg. Entre -1 y -2 DE -2 y -3 DE	TALLA cm PER. OR. P-10 >P-90	DESARROLLO Probable o posible atraso en el desarrollo	EXAMEN		ALIMENTACION			VACU- NAS al día	PATOLOGIAS Y PROBLEMAS Códigos	REFE- RIDO		
día	mes					año	FISICO	SENSORIAL	BUCAL	Pecho exclusivo				Vit./Hierro	Adecuada a Edad
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
						si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si			

LLEVALE A LA CONSULTA SI PRESENTA PROBLEMAS EN SU DESARROLLO

- No logra una o más habilidades adquiridas para la edad.
- No te mira a los ojos o no sonríe entre los 2 y 3 meses.
- No logra sostener la cabeza a los 4 meses.
- No puede agarrar objetos a partir de los 4 meses.
- No logra emitir vocales o sonidos guturales a los 6 meses.
- No se sienta sólo a los 9 meses.
- No camina con apoyo a los 12 meses.
- No avisa para orinar a los 3 años.
- No puede relacionarse: inhibición, timidez, pasividad, agresividad e impulsividad en exceso, ausencia del juego, miedo persistente.
- No logra el rendimiento escolar esperado para su edad.

Recordá que además debés llevarle de inmediato en los siguientes casos:

Si tiene tos o presenta dificultad para respirar:	Respiración rápida (juku'a). Quejidos (pyahe). La piel se hunde bajo las costillas (py'aho), tiraje. Ruidos raros al respirar.
Si tiene diarrea o presenta:	Los ojos hundidos. Al pelliscarle la piel vuelve lentamente a su lugar. Sangre en las heces. Heces líquidas y abundantes.
Si está enfermo/a:	Tiene fiebre. Empeora y no mejora.

Calendario de controles

Del recién nacido:

Días de vida	6°- 9°	20-23
Frecuencia de controles		

Del primer mes al año de vida

Meses de vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Control pediátrico												
Vacunación												
Control odontológico						✓						✓

Visitas al Servicio de Salud, recomendadas para la edad

✓ Marcar las visitas realizadas

Años de vida

Días de vida	1 a 2	2 a 3	4 años	a partir de los 5 años
Control pediátrico	cada 3 meses	cada 4 meses	cada 6 meses	anual
Vacunación				
Control odontológico	cada 6 meses	cada 6 meses	anual	anual



LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS TENEMOS DERECHO

- a la igualdad sin distinción de raza, credo o color.
- a un nombre y apellido y a una nacionalidad.
- a educación y cuidados especiales para niños y niñas con capacidades diferentes.
- a una educación gratuita y a disfrutar de los juegos.
- a recibir protección contra el abandono y la explotación en el trabajo.
- a una protección especial para nuestro pleno desarrollo físico, mental y social.
- a una alimentación, vivienda y atención médica adecuada.
- a comprensión y amor por parte de nuestra familia y la sociedad.
- a recibir ayuda en primer lugar en casos de desastres.
- a formarse en un espíritu de solidaridad, amistad, comprensión y justicia entre los pueblos.

RECORDÁ: Todos debemos ayudar a nuestros niños y niñas a conocer sus derechos y que sean cumplidos, como también enseñarles a tener pequeñas responsabilidades de acuerdo a su edad, que le permitan adquirir las capacidades necesarias en las diferentes etapas de la vida.