|  |
| --- |
| **INFORME DEL EVENTO** |
| **UPGD notificadora** |  |
| **Nombre del evento** |  |
| **Fuente** | Sivigila |  | **Fecha notificación IPS** | Dia | Mes | Año |
| Entidad territorial |  | **Semana notificación IPS** |  |
| BAI - BAC |  | **Fecha notificación DLS** | Dia | Mes | Año |
| Otros |  | **Semana notificación DLS** |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO** |
| **Primer nombre** | **Segundo nombre** | **Primer apellido** | **Segundo apellido** |
| **Tipo de documento** | CC | TI | RC | PA | CE | MS | AS | PEP | OTRO | **Edad** |   |
| **Numero documento** |  | **Sexo** | **F M** | **FEC. NAC.** | Dia | Mes | Año |
| **Régimen afiliación** | CONT | SUBS | EXCEP | ESPEC | NO ASEG | INDET | **EPS** |  |
| **Dirección** |   | **Estrato** |  |
| **Área** | **Urbana** |  | **Rural** |  | **Barrio/vereda** |  |
| **Teléfonos** |   |
| **Nombre suministra la información** |  | **Parentesco** |  |

|  |
| --- |
| **SITUACIÓN ENCONTRADA** |
| **Fecha visita domiciliaria**  | Dia | Mes | Año | **Hora visita** |  |
| **Visita efectiva** | **Si** |  | **No** |  | **Se realiza seguimiento telefónico** | **Si** |  | **No** |  |
| **Motivo de no efectiva** |

|  |  |
| --- | --- |
| **GRUPOS POBLACIONALES** |  |
| DISCAPACITADO |  | HABITANTE EN CALLE |  | POBLACION ICBF |  |
| DESPLAZADO |  | MADRE COMUNITARIA |  | DESMOVILIZADO |  |
| MIGRANTE |  | POBLACION PSIQUIATRICA |  | VICTIMA DE VIOLENCIA ARMADA |  |
| CARCELARIO |  | GESTANTE |  | SEMANAS DE GESTACION |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO** |
| **Nombre de la Madre** |  |
| **Hubo controles prenatales** | O 1. Si O 2. No | **Edad gestacional al primer control prenatal** |  **\_\_\_\_\_\_\_\_ semanas** |
| **Número de controles prenatales** |  | **Cuantos embarazos ha tenido** |
| **Consumió micronutrientes durante el embarazo****Hierro**  O 1. Si O 2. No O 3. No sabe**Calcio**  O 1. Si O 2. No O 3. No sabe**Ácido fólico** O 1. Si O 2. No O 3. No sabe | **Cuantos hijos menores de 5 años** |

|  |  |
| --- | --- |
| Ha tenido algún hijo con bajo peso al nacer? | O 1. Si O 2. No |
| ¿Consumió bebidas alcohólicas, tabaco u otras sustancias durante el embarazo? | O 1. Si O 2. No  |
| ¿Presentó amenaza de parto pre término?  | O 1. Si O 2. No  |
| Se le diagnosticó desnutrición durante el embarazo | O 1. Si O 2. No  |
| **Nivel Educativo de la madre** |  |
| **Edad de la Madre** |  | **Estrato socioeconómico** |  |

|  |
| --- |
| **ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO** |
| Recibió lactancia materna exclusivaO 1. Sí O 2. No | ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (incluido leche de vaca)O 1. Sí O 2. No | Recibe leche de fórmulaO 1. Sí O 2. No |
| ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna?O 1. Sí O 2. No | ¿Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo?O 1. Sí O 2. No O 3. No sabe, no responde |
| **SEGUIMIENTO INDIVIDUAL** |
| **Peso Actual** |  | **Perímetro Cefálico** |  |
| **Talla Actual** |  | **Perímetro Braquial** |  |
| **Estado nutricional actual** |  |
| **Recibió tratamiento con FTLC** |  | **Fecha de entrega de FTLC** |  |
| **PLAN DE INTERVENCIÓN** |
| ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional?O 1. Sí O 2. No | ¿Se remite a servicios de salud?O 1. Sí O 2. No | ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios?O 1. Sí O 2. No |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES FINALES – EXAMEN FISICO** |
|   |
|   |
|  |
|   |
|  |
|   |
|  |
| **FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR:**  |
| **FIRMA DEL FUNCIONARIO:** |
| **NOMBRE:** |
| **CARGO:** |

*Con la firma del presente formato usted autoriza a la Administración Municipal para que utilice la información consignada en el mismo con fines “estadísticos y/o académicos”. En cumplimiento del artículo 7 del decreto 1377 de 2013 por medio de la cual se reglamenta la Ley 1581 de 2012 en la que se expidió el régimen general de la protección de datos personales.*