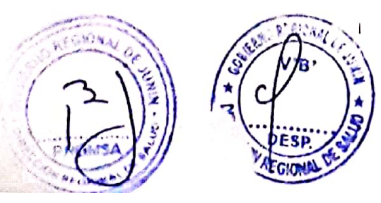


CERTIFICADO DE TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA

(INCLUYE CONSTANCIA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DEL NIÑO / NIÑA)

CONSTANCIA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD DEL NIÑO / NIÑA										
IPRESS		DISTRITO:				FECHA				
IIEE.		GRADO:	SECCION / AULA:	TURNO:	H.C					
DATOS DEL ESTUDIANTE										
Nombres y Apellidos	DNI	Código de matrícula	Asegurado				Sexo		Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Edad (años y meses)
			N° Afiliación SIS	ESSALUD		Otro Seguro		F		
				SI	NO	SI	NO			
Dirección (Av., Calle, Jirón, Psje.)					Referencia de ubicación del domicilio					
ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO / NIÑA										
TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA										
Hemoglobina	<input type="text"/>	g/dl	<input type="text"/>	g/dl	CON ANEMIA:	Si el niño / niña tiene menos de 2 meses de edad y su hemoglobina es menor a 13.5 g/dl				
Diagnóstico (Del valor corregido)	Con Anemia		Sin Anemia			Si el niño / niña tiene de 2 a 5.9 meses de edad y su hemoglobina es menor a 9.5 g/dl				
(marcar con x)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		CON ANEMIA SEVERA	Si Niño/a tiene de 6 a 35.9 meses de edad y su hemoglobina es menor a 11g/dl				
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			Si la Hemoglobina es menor a 7 g/dl ¡URGENTE avisar y cumplir con el tratamiento!				
VACUNAS SEGÚN LA EDAD										
1). RECIEN NACIDO		2). MENOR DE UN AÑO			3). DE 12 A 18 MESES			4). DE 4 AÑO		
Vacuna completa: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Vacuna completa: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Vacuna completa: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Vacuna completa: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO SEGÚN LA EDAD										
1). RECIEN NACIDO		2). MENOR DE UN AÑO			3). DE UN AÑO			4). DE 2 A 4 AÑOS		
CRED completo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CRED completo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			CRED completo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			CRED completo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
SUPLEMENTACION CON HIERRO										
1). DE 4 A 5 MESES		2). DE 6 A 11 MESES			3). 12 A 35 MESES			4). 3 A 4 AÑOS		
Suplementado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Suplementado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Suplementado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Suplementado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
NOTA: EL PERSONAL DE SALUD DEBERA CORROBORAR LA INFORMACION CON EL CARNE CRED O HISTORIA CLINICA OBLIGATORIAMENTE.										
Firma (madre/ padre o apoderado)					<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> Huella digital					
Nombre y Apellido:.....										
N° Celular:.....										
DNI										
					Firma y sello del personal de salud DNI					



Formato de consentimiento informado madre/padre o apoderado para las prestaciones de tamizaje, aplicación de vacunas, entrega de medicamentos y atenciones similares a las y los estudiantes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo , identificada/o

Con DNI:mamá () , papá () , apoderada/o () ,de

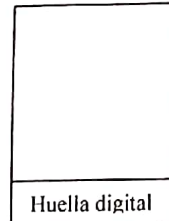
.....estudiante de la IE.

.....de inicial () ,

Primaria () , secundaria () , grado/aula.....Sección.....del turno mañana () ,tarde () declaro haber recibido y entendido la información brindada sobre los procedimientos que se le realizará a mi hija/o hijo: autorizo aplicarles las vacunas que le corresponde según edad, de acuerdo al calendario nacional de vacunación y en las fechas programadas de vacunación en la Institución Educativa Así mismo la administración del antiparasitario y suplementación preventiva de la anemia de acuerdo a la edad, dosis que le corresponde.

Firmo el presente consentimiento informado.

Fecha : _____



Nombre y firma madre/padre/apoderado
DNI/ CE

Información importante que debe ser de conocimiento del docente y padre de familia.

PAQUETE DE VACUNAS QUE DEBE RECIBIR el niño, niña y/o estudiante SEGÚN CALENDARIO:
Inicial: vacuna (DPT 2da.Dosis de refuerzo- previene de las Enfermedades de la Difteria, Tétanos), (APO antipolio 2da de refuerzo, previene de poliomielitis), (Influenza, previene las Enf. Influenza AH1N1, Influenza tipo B, Influenza AH3N2. 1 dosis) (AMA antiamarilica, esta vacuna previene de la Enf. De la fiebre amarilla) se aplicará si nunca recibió esta vacuna.
Primaria: se vacunará en las IIEE. (VPH. ésta vacuna previene la infección por virus del papiloma Humano que es responsable del cáncer (CA.) de cuello uterino, verrugas genitales y otros tipos de CA. Genital. - para alumnas (niñas) del 5º grado - 1era. dosis en los meses de (marzo y Abril) y 2da. Dosis en los meses de (septiembre y Octubre.), (AMA. es la vacuna que previene la enfermedad de la fiebre Amarilla se vacuna en caso que la alumna y/ o alumno que nunca fue vacunado), (Influenza una sola dosis en distritos priorizados)
Secundaria: se vacunará en las IIEE (iniciar o completar el esquema de vacunación (DTa.Diflotétano - 3 dosis) es la vacuna contra el tétanos, mujeres: desde los 12 años (03 dosis) de 16 a 45 años (03 dosis) iniciar y completar esquema. Varones: desde los 12 años (02 dosis) iniciar y completar esquema de vacunación. (HVB, 3 dosis) de 15 a 59 años. Previene las enfermedades de hepatitis B, cáncer de Hígado y cirrosis hepática por hepatitis B. (Influenza (01 dosis por año), (AMA antiamarilica- desde los 2 años (01 dosis) si nunca fue vacunado.)
DESPARASITACIÓN: La Administración del antiparasitario se realizará en la IIEE. : 1º dosis es entre (marzo y abril) 2º dosis entre (septiembre y Octubre) alumnos y alumnas entre las edades de 3 a 5 años y de 6 a 17 años.
SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA DE ANEMIA : la administración se realizará en la IIEE. Única dosis durante el año escolar. Dirigido a estudiantes mujeres de 12 a 17 años 11meses 29 días)



Compromiso de la madre / padre o apoderado de estudiantes del ciclo I y II para la entrega del certificado de tamizaje de hemoglobina (incluye constancia de atención integral de salud del niño / niña) la copia del carné CRED y formato de consentimiento informado

COMPROMISO DE LAS FAMILIAS EN LA LUCHA CONTRA LA ANEMIA

Yo, , mamá () papá ()
Apoderado () de , estudiante, de la institución
educativa **DECLARO** que no
he entregado a la IIEE; el certificado de tamizaje de hemoglobina (Constancia de Atención Integral de Salud del
Niño / Niña) y la copia del Carné CRED de mi hijo/a.

La IIEE. me ha proporcionado información de lo importante que es para mi hijo/a atender su salud y en especial
que no tenga anemia. Por ello, me comprometo a realizar el descarte de anemia y la atención integral de mi niño
/ niña en los siguientes tres meses y ponerlo en conocimiento de la directora o el director de la institución
educativa, para lo cual, entregaré los documentos correspondientes.

Fecha:.....

Firmo en señal de compromiso

.....

N° DNI

