



## Investigación de campo bajo peso al nacer a término código INS: 110

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

FOR-R02.0000-033 V:03 AÑO 2017

1.1. Visita efectiva <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	1.2. Fecha de investigación (dd/mm/aaaa) <b>24/06/2021</b>	1.3. Entidad que realiza la investigación <input type="checkbox"/> 1. UPGD <input type="checkbox"/> 2. Asegurador <input checked="" type="checkbox"/> 3. Entidad territorial
1.4. Nombre de quien realiza la investigación de caso <b>Claudia Marcela Ortiz</b>		
1.5. Perfil o profesión de quien realiza la investigación <b>Enfermera</b>		

### 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

2.1. Apellidos y nombres de quien suministra la información <b>Leidy Tatiana Ramirez Correa</b>	2.3. Menor asegurado <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No
2.2. Parentesco con el recién nacido <b>Madre.</b>	

### 3. INFORMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

3.1. Nombres y apellidos del recién nacido <b>Martina Corvajal Ramirez</b>									
3.2. ¿Hubo controles prenatales? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	3.3. Edad gestacional al primer control prenatal <b>4</b> Semanas	3.4. Número de controles prenatales que tuvo la madre <b>9</b>	3.5. Consumió micronutrientes durante el embarazo <table border="1"> <tr> <td>Calcio</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD</td> </tr> <tr> <td>Hierro</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD</td> </tr> <tr> <td>Acido fólico</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD</td> </tr> </table>	Calcio	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD	Hierro	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD	Acido fólico	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD
Calcio	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD								
Hierro	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD								
Acido fólico	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD								
3.6. ¿Se le diagnosticó síndrome anémico durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe-SD	3.7. Registre el último valor de hemoglobina que tuvo la madre Centímetros <b>15</b> - <input type="checkbox"/> g/d		3.8. Trimestre de la gestación al que corresponde el valor de la hemoglobina <input type="checkbox"/> 1. primero <input type="checkbox"/> 2. segundo <input checked="" type="checkbox"/> 3. tercero						
3.9. ¿Intervalo intergenésico menor a dos años? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No									

### 4. ANTECEDENTES DE LA GESTACIÓN

4.1. ¿Ha tenido algún hijo con bajo peso al nacer? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	4.2. ¿Presentó hipertensión arterial durante el embarazo? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	4.3. ¿Presentó amenaza de parto pretérmino? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	4.4. ¿Consumió bebidas alcohólicas, tabaco u otras sustancias durante el embarazo? <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No
4.5. ¿En el último trimestre de la gestación, realizó actividades diarias que le implicaron esfuerzo físico? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	4.6. ¿Se le diagnosticó infección de vías urinarias durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	4.7. ¿Se le diagnosticó sobrepeso u obesidad durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No	4.8. ¿Se le diagnosticó desnutrición durante el embarazo? <input type="checkbox"/> 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No
4.9. ¿Cuál fue su peso pregestacional? <b>62</b> Kg	4.10. Talla de la madre <b>164</b> Metros	4.11. ¿Cuántos kilogramos de peso ganó durante el embarazo? <b>13.5</b> Kg	INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA MADRE 4.12. Estrato socioeconómico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

### 5. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

5.1. Agua potable <input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe, no responde	5.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias <input checked="" type="checkbox"/> 1. Buenas <input type="checkbox"/> 2. Regulares <input type="checkbox"/> 3. Malas
--	--



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

Subsistema de información SIVIGILA  
SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA



## Investigación de campo bajo peso al nacer a término código INS: 110

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1272/08 y 1286/09

### 6. ANTECEDENTES DE LA GESTACIÓN

FOR-R02.0000-033 V.03 2017/01/01

6.1. Institución de salud donde se realizaron los controles prenatales

Virey Sales Largo

### 7. ANTROPOMETRIA DEL RECIÉN NACIDO (Al momento de la visita)

7.1 Peso actual en gramos

5910

7.2 Talla en centímetros

61

7.3 Estado actual del peso

☒ 1. Subió de peso

☐ 2. Permanece igual

☐ 3. Bajó de peso

### 8. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

8.1. Recibe lactancia materna exclusiva

☒ 1. Si ☐ 2. No

8.2 ¿Ha recibido algún alimento o bebida diferente a la leche materna? (Incluido leche de vaca)

☐ 1. Si ☒ 2. No

8.3 Recibe leche de fórmula

☐ 1. Si ☒ 2. No

8.4 ¿Ha tenido dificultades con la lactancia materna?

☒ 1. Si ☐ 2. No

8.5 Recibió capacitación o consejería en lactancia materna antes del parto, durante o después del mismo?

☒ 1. Si ☐ 2. No ☐ 3. No sabe, no responde

### 9. PLAN DE INTERVENCIÓN

9.1 ¿Se realiza educación alimentaria y nutricional?

☒ 1. Si ☐ 2. No

9.2 ¿Se remite a servicios de salud?

☐ 1. Si ☒ 2. No

9.3 ¿Se canaliza a programas de apoyo alimentario y otros servicios?

☒ 1. Si ☐ 2. No

### GUÍA COMPLEMENTARIA PARA LA ENTREVISTA DE CAMPO

33

29

34  
130

Al momento de la visita la madre manifiesta que la menor ya se encuentra asegurada a la EAPB Salud total, al igual manifiesta que al momento del parto presentó preclampsia, al realizar la ecografía en la semana 37 determinaron que el peso de la menor era de un feto de 34 semanas a lo que tomaron la decisión de inducir el parto el cual fue de manera natural.

Al momento de la lactancia materna tiene dificultades ya que tiene pezón invertido, aun así la lactancia es exclusivamente materna, cuenta con un banco de leche, ya que próximamente regresará a su actividad laboral.

Se educa sobre el programa madre cangua al cual la menor ya está vinculada, se aclaran dudas.

El padre de la menor labora como ingeniero de campo y la madre es dueña comercial.



**REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**  
**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Contraseña  
Ver código  
Como registro civil

NUIP 1089392659 Indicativo 58366183 Serial

Detalles de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador ☐ Notario ☒ Notario ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código H X V

País: (Departamento) Municipio Corregimiento o Inspección de Policía  
COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA NOTARIA 3 PEREIRA

Fecha del evento

Primer Apellido: CARVAJAL Segundo Apellido: RAMIREZ

Nombre(s): MARTINA

Fecha de nacimiento: Año 2021 Mes MAR Día 08 Sexo FEMENINO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)  
COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA

País de inscripción: (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)  
COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO 164135271

Nombre de madre y padre: Para caso de parto indígena no hay apellido y por tanto el primer apellido se registra por indicio del apellido de la madre y el segundo por indicio del apellido del padre.  
Apellidos y nombres completos: RAMIREZ CORREA LEIDY TATIANA

Documento de identidad (Cédula y pasaporte): CC No. 1082289454 COLOMBIA

Nombre de padre y madre: Para caso de parto indígena no hay apellido y por tanto el primer apellido se registra por indicio del apellido de la madre y el segundo por indicio del apellido del padre.  
Apellidos y nombres completos: CARVAJAL MARTINEZ JHON EDWARD

Documento de identidad (Cédula y pasaporte): CC No. 1086252641 COLOMBIA

Nombre del declarante: Apellidos y nombres completos: CARVAJAL MARTINEZ JHON EDWARD

Documento de identidad (Cédula y pasaporte): CC No. 1086252641 JHON CARVAJAL

Detalles primer registro: Apellidos y nombres completos: CARVAJAL MARTINEZ JHON EDWARD

Documento de identidad (Cédula y pasaporte): CC No. 1086252641 JHON CARVAJAL

Detalles segundo registro: Apellidos y nombres completos: CARVAJAL MARTINEZ JHON EDWARD

Documento de identidad (Cédula y pasaporte): CC No. 1086252641 JHON CARVAJAL

Fecha de inscripción: Año 2021 Mes MAR Día 08

Del Registro Civil de Nacimiento  
LINA PAOLA MORALES LONDOÑO  
Notaria 3 PEREIRA

SEGUNDA COPIA PARA...



