



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 participen 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

☒ 1. Si ☐ 2. No

1.2. Fecha de investigación (dd/mm/aaaa)

13/06/2021

1.3. Entidad que realiza la investigación

☐ 1. UPGD ☐ 2. Asegurador ☒ 3. Entidad territorial

1.4 Nombre de quien realiza la investigación de caso

Claudio Ortiz

1.5 Perfil o profesión de quien realiza la investigación

Enfermera

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

2.1 Apellidos y nombres de quien suministra la información

Maria Fernanda Martinez Ramirez

2.2 Parentesco con el recién nacido

Madre.

2.3. Menor asegurado

☒ 1. Si ☐ 2. No

3. INFORMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

3.1. Nombres y apellidos del recién nacido

Mathias Ospina Martinez

3.2. ¿Hubo controles prenatales?

☒ 1. Si ☐ 2. No

3.3. Edad gestacional al primer control prenatal

12 Semanas

3.4 Número de controles prenatales que tuvo la madre

20

3.5 Consumió micronutrientes durante el embarazo

Calcio
Hierro
Acido fólico

1. Si	2. No	3. No sabe- SD
1. Si	2. No	3. No sabe- SD
1. Si	2. No	3. No sabe- SD

3.6 ¿Se le diagnosticó síndrome anémico durante el embarazo?

☐ 1. Si ☒ 2. No ☐ 3. No sabe- SD

3.7 Registre el ultimo valor de hemoglobina que tuvo la madre

Centímetros 13.3 g/d

3.8. Trimestre de la gestación al que corresponde el valor de la hemoglobina

☐ 1. primero ☐ 2. segundo ☒ 3. Tercero

3.9 ¿Intervalo intergenésico menor a dos años?

☐ 1. Si ☒ 2. No

4. ANTECEDENTES DE LA GESTACIÓN

4.1. ¿Ha tenido algún hijo con bajo peso al nacer?

☒ 1. Si ☐ 2. No

4.2 ¿Presentó hipertensión arterial durante el embarazo?

☒ 1. Si ☐ 2. No

4.3. ¿Presentó amenaza de parto prematuro?

☒ 1. Si ☐ 2. No

4.4 ¿Consumió bebidas alcohólicas, tabaco u otras sustancias durante el embarazo?

☒ 1. Si ☐ 2. No

4.5 ¿En el ultimo trimestre de la gestación, realizó actividades diarias que le implicaron esfuerzo físico?

☐ 1. Si ☒ 2. No

4.6. ¿Se le diagnosticó infección de vías urinarias durante el embarazo?

☐ 1. Si ☒ 2. No

4.7 Se le diagnosticó sobrepeso u obesidad durante el embarazo

☒ 1. Si ☐ 2. No

4.8 Se le diagnosticó desnutrición durante el embarazo

☐ 1. Si ☒ 2. No

4.9 ¿Cuál fue su peso pregestacional?

158 kg

4.10 Talla de la madre

168

4.11 ¿Cuántos kilogramos de peso ganó durante el embarazo?

5 kg

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA MADRE

4.12 Estrato socioeconómico

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐ 6

5. INFORMACIÓN SOCIOAMBIENTAL

5.1 Agua potable

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

5.2. Evaluación de las condiciones higiénico sanitarias

☒ 1. Buena ☐ 2. Regular ☐ 3. Mala



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 1273/09 y 1266/09

6. ANTECEDENTES DE LA GESTACIÓN

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

6.1. Institución de salud donde le realizaron los controles prenatales

Colsubsidio

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

7.1 Peso actual en gramos

4000

7.2 Talla en centímetros

51

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

36 32 ?
1M 14D. 10

En la visita la madre Noiría fernanda manifiesta que durante la gestación presentó complicaciones en su salud con Dx. Diabetes pregestacional, hipotiroidismo, HTA, Obesidad, insuficiencia placentaria y líquido amniótico disminuido, el menor se encuentra vinculado a la EAPB sura, con controles por pediatría y fecha de ingreso al programa madre canguro el 06 julio. La madre refiere que antes de la gestación venía en control por ginecología por dolores en la parte baja, el especialista sugirió espera por posibles cólicos menstruales no se realizó prueba de sangre para embarazo realiza actividades de esfuerzo e ingirió bebidas alcohólicas además de esto por indicación del médico le realizaron una radiografía de miembro inferior y estuvo expuesta a altas dosis de radiación. El menor presenta amputación del dedo pulgar del miembro inferior derecho y en los miembros superiores logra evidenciar que en la mano derecha tiene amputación de los dedos medio y anular y en el miembro izquierdo presenta Sindactilia, con manejo por Cx de Ortopedista pediátrico quien en la valoración indica intervención quirúrgica al año de nacido. Se realiza educación en cuanto a la importancia del programa madre canguro, la lactancia materna exclusiva, sus ventajas y beneficios. El padre del menor Freddy es Coordinador logístico y la madre está en licencia su hermana de 10 es estudiante.



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

58272954

NUIP 1089943234

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registratura: ☐ Notaria: ☒ Número: 006 Correo: ☐ Corregimiento: ☐ Inspección de Policía: ☐ Código: M Z Y
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA RISARALDA PEREIRA

Datos del inscrito

Primer Apellido: ***** OSPINA *****
Segundo Apellido: ***** MARTINEZ *****
Nombre(s): ***** MARTÍAS *****
Fecha de nacimiento: Año: 2021 Mes: MAY Día: 09 Sexo (en letras): MASCULINO Grupo sanguíneo: O Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía):
COLOMBIA RISARALDA PEREIRA

Tipo de documento amparado o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo: 164147373

Declaro de padre o madre (Para casos de padres indígenas con línea mestiza o parais del mismo sexo, prestar el preceptor que indique las declaraciones para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos:

OSPINA CAMPO FREDERICO
Documento de identificación (Clase y número): C.C.N. 10051470 Nacionalidad: COLOMBIANO

Declaro de padre o madre (Para casos de padres indígenas con línea mestiza o parais del mismo sexo, prestar el preceptor que indique las declaraciones para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos:

MARTINEZ RAMIREZ MARIA FERNANDA
Documento de identificación (Clase y número): C.C.N. 1087996344 Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: OSPINA CAMPO FREDERICO
Documento de identificación (Clase y número): C.C.N. 10051470
Firma:

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Firma:

Fecha de inscripción: Año: 2021 Mes: MAY Día: 02
Nombre y firma del funcionario que autoriza:
Nombre y firma: JULIAN GONZALEZ BETAQUINHA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

