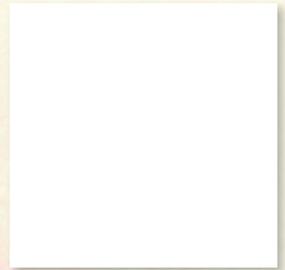


# LIBRETA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL





# LIBRETA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL



FOTOGRAFÍA

Nombres y apellidos de la niña o niño:

Número único de identificación C.I.:

Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Año:  Mes:  Día:  Hora:

Grupo sanguíneo (A- B- O)  Rh

Autoidentificación:

Este documento es oficial  
en el Estado Plurinacional  
de Bolivia, primordial  
para el seguimiento del  
desarrollo integral de la  
niña o niño, la familia es  
responsable de su cuidado.

SIEMPRE QUE ACUDAA  
UN ESTABLECIMIENTO  
DE SALUD LLEVE ESTA  
LIBRETA.

El registro es exclusivo  
del personal de salud

-  Registro de datos
-  Unidad de Alimentación y Nutrición
-  Unidad de Desarrollo Infantil Temprano
-  Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
-  Otros programas

## EL ESTADO PROTEGE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

TE MENCIONAMOS ALGUNOS DE LOS DERECHOS QUE PROTEGEN A LAS NIÑAS Y NIÑOS, ES DEBER DE TODOS CUIDARLOS

**CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO**, el artículo 35 menciona que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, siendo su función suprema.

**CÓDIGO NIÑA, NIÑO, ADOLESCENTE**, en sus artículos:

**Artículo 8**, Parágrafo II. Es obligación primordial del Estado en todos sus niveles, garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Parágrafo III. Es función y obligación de la familia y de la sociedad, asegurar a las niñas, niños y adolescentes oportunidades que garanticen su desarrollo integral en condiciones de igualdad y equidad.

**Artículo 18. (DERECHO A LA SALUD)**. Las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a un bienestar completo, físico, mental y social.

Asimismo, tienen derecho a servicios de salud gratuitos y de calidad para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud.

**Artículo 19. (ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD)**. El Estado a través de los servicios públicos y privados de salud, asegurará a niñas, niños y adolescentes el acceso a la atención permanente sin discriminación, con



acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, habilitación, rehabilitación y recuperación en los diferentes niveles de atención.

**Artículo 20. (RESPONSABILIDAD).** La madre y el padre, guardadora o guardador, tutora o tutor, son los garantes inmediatos del derecho a la salud de sus hijas e hijos. En consecuencia están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban.

**SI LLEVAS A TU NIÑA Y NIÑO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD  
MÁS CERCANO PARA SUS CONTROLES, EL PERSONAL DE SALUD  
TE ORIENTARÁ Y AYUDARÁ A CONOCER:**

- Si tu niña o niño está creciendo y desarrollando adecuadamente según su edad.
- Cómo prevenir algunas enfermedades de manera oportuna.
- Cuándo debe recibir sus vacunas y sus suplementos nutricionales.
- Cómo debes cuidar de tu niña o niño en cada etapa de su vida.
- Como debes alimentar de manera adecuada a tu niña o niño.
- Si tu niña o niño necesita otros cuidados médicos.
- Cómo debes ayudar en su crecimiento y desarrollo en tu casa.

No olvides llevar a tu niña o niño a su control integral:

Menores de 1 mes	Cada 7 días
Menores de 2 meses	Cada 15 días
De 2 a 23 meses	Cada mes
De 2 años a menores de 5 años	Cada 2 meses

**LUGAR DONDE ACUDE Y REALIZA SU CONTROL EN SALUD:**

Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

Código del Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Red de Salud: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Público:  Privado:  Seguridad social:  Otro:  Especificar: \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE/TUTORA:**

Cédula de identidad: \_\_\_\_\_ Expedido en: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo o referencia: \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE/TUTOR:**

Cédula de identidad: \_\_\_\_\_ Expedido en: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo o referencia: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DEL DOMICILIO DONDE VIVE LA NIÑA/NIÑO:**

Calle/avenida: \_\_\_\_\_ Nro: \_\_\_\_\_

Comunidad/barrio o zona: \_\_\_\_\_

Croquis, puntos de referencia: \_\_\_\_\_

## NUEVO ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR CAMBIO DE DOMICILIO:

Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

Código del Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Red de Salud: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Público:  Privado:  Seguro social:  Otros:  .....

## DIRECCIÓN DEL DOMICILIO DONDE VIVE LA NIÑA/NIÑO:

Calle/avenida: \_\_\_\_\_ Nro: \_\_\_\_\_

Comunidad/barrio o zona: \_\_\_\_\_

Croquis, puntos de referencia: \_\_\_\_\_

## HISTORIA PERINATAL

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Longitud al nacer: \_\_\_\_\_

Perímetro cefálico al nacer: \_\_\_\_\_ A las 24 horas: \_\_\_\_\_

Edad gestacional al nacer: \_\_\_\_\_ Modalidad de parto: \_\_\_\_\_

Apgar: \_\_\_\_\_ minuto: \_\_\_\_\_ 5 minutos: \_\_\_\_\_ ¿Recibió reanimación neonatal?:

Apego precoz: \_\_\_\_\_ Ligadura tardía de cordón: \_\_\_\_\_

Serología para Chagas en la madre: Positivo: \_\_\_\_\_ Negativo: \_\_\_\_\_

Serología para VIH: Reactivo: \_\_\_\_\_ No Reactivo: \_\_\_\_\_

Serología para Sífilis: Reactivo: \_\_\_\_\_ No reactivo: \_\_\_\_\_





## LACTANCIA MATERNA Y CRONOGRAMA DE MICRONUTRIENTES

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA PROLONGADA
<i>Fecha conclusión</i>	<i>Fecha inicio</i>	<i>Fecha conclusión</i>
La leche materna es el mejor y único alimento hasta los 6 meses. A partir de los 6 meses iniciar la alimentación complementaria y continuar la lactancia materna hasta los 2 años o más; la única contraindicación son los casos de madres con diagnóstico de VIH/SIDA.		

### VITAMINA A

Edad	6 a 11 meses	1 año	2 años	3 años	4 años
<b>Dosis</b>	Dosis Única 100,000 UI	Dosis 200,000 UI	Dosis 200,000 UI	Dosis 200,000 UI	Dosis 200,000 UI
<b>Fecha 1ra. Dosis</b>	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
<b>Fecha 2da. Dosis</b>	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

### SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO EN MENORES DE 6 MESES

EDAD	SOLUCIÓN DE HIERRO EN GOTAS	DOSIS	N° DE FRASCOS	FECHA DE ENTREGA
En recién nacidos con bajo peso al nacer (menor de 2.500g), desde los 30 días hasta los 5 meses y 29 días	3mg/Kg /día (hierro elemental como dosis estándar)			
De 4 meses a 5 meses con 29 días (nacidos a término)	3mg/Kg /día (hierro elemental como dosis estándar)			

### SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO EN NIÑAS Y NIÑOS DE 6 MESES A MENORES DE 5 AÑOS

Edad	6 a 11 meses	1 año	2 años	3 años	4 años
<b>Dosis</b>	Dosis* completa de hierro:				
<b>Cantidad entregada</b>					
<b>Fecha de entrega</b>	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

\*Consumir Dosis completa de Hierro para **EVITAR LA ANEMIA** y que su niña/niño sea sano, fuerte e Inteligente.

### ALIMENTO COMPLEMENTARIO: NUTRIBEBÉ® O KALLPAWAWA (6 a 23 meses)

<b>Fecha de entrega</b>	6 meses	7 meses	8 meses	9 meses	10 meses	11 meses
	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
<b>Fecha de entrega</b>	12 meses	13 meses	14 meses	15 meses	16 meses	17 meses
	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
<b>Fecha de entrega</b>	18 meses	19 meses	20 meses	21 meses	22 meses	23 meses
	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

### ANTIPARASITARIO (MEBENDAZOL)

Edad	1 año	2 años	3 años	4 años
<b>Fecha</b>	Dosis semestrales	Dosis semestrales	Dosis semestrales	Dosis semestrales
<b>Fecha de entrega 1ra. Dosis</b>	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
<b>Fecha de entrega 2da. Dosis</b>	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

# CURVA DE CRECIMIENTO

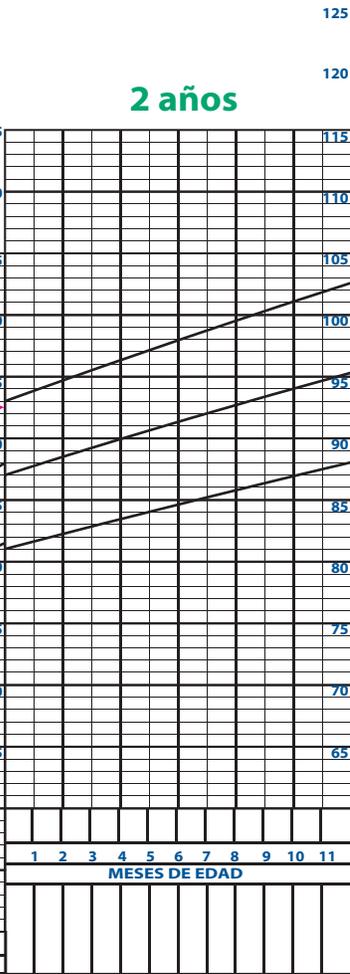
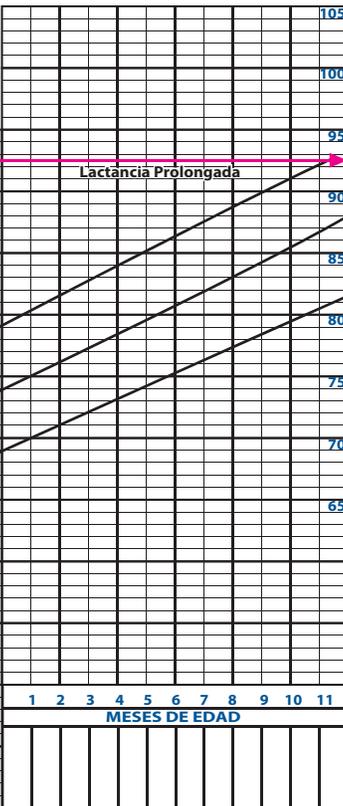
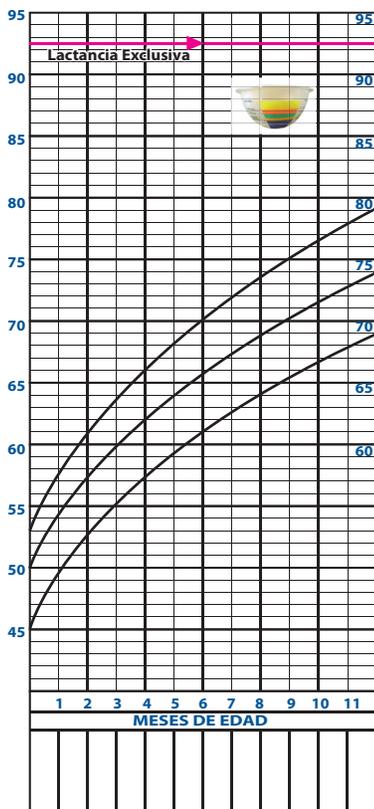


2 años

1 año

Menor de 1 año

LONGITUD/ESTATURA EN CENTÍMETROS



Fecha de nacimiento

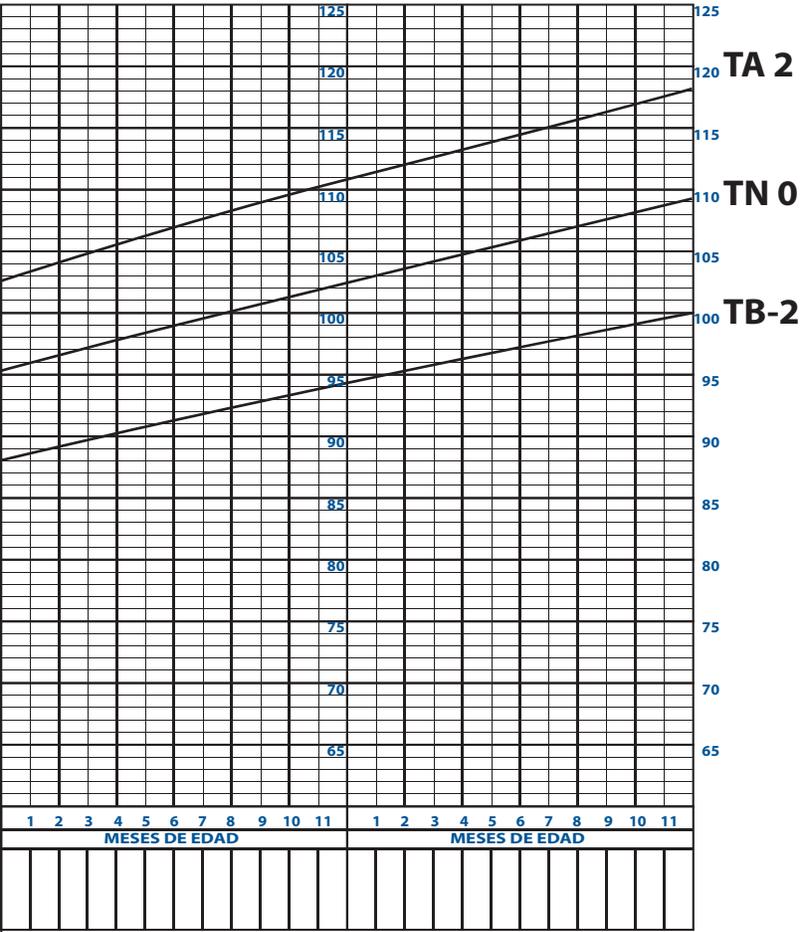
FUENTES: OMS

CRECIMIENTO LINEAL	
APROPIADO	INAPROPIADO
CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	
TN	Talla Normal
TB	Talla Baja

# CRECIMIENTO DE LA NIÑA

3 años

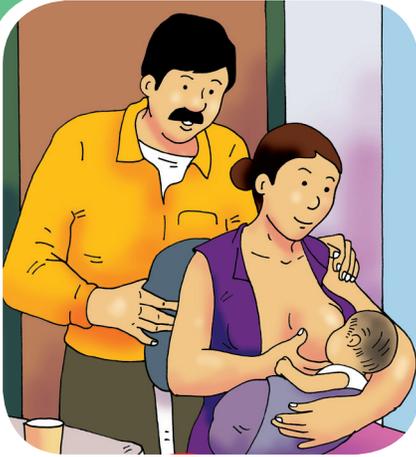
4 años



Lleva a tu niña al establecimiento de salud para sus controles regulares y recibir atención integral, vacunas, vitamina "A", dosis completa de hierro, y alimento complementario.



# CURVA DE CRECIMIENTO

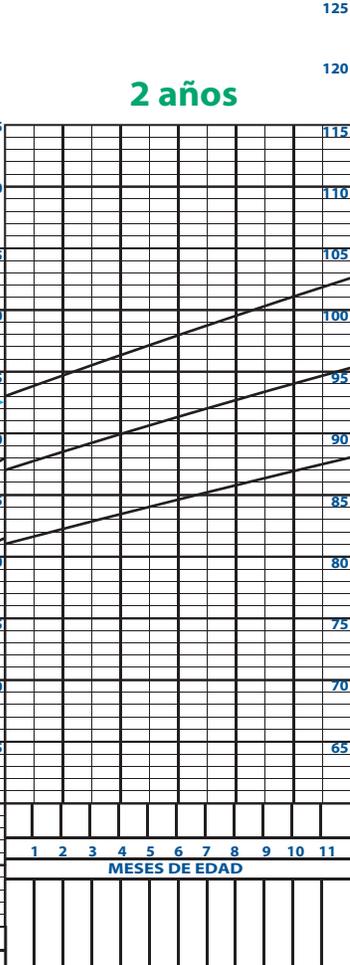
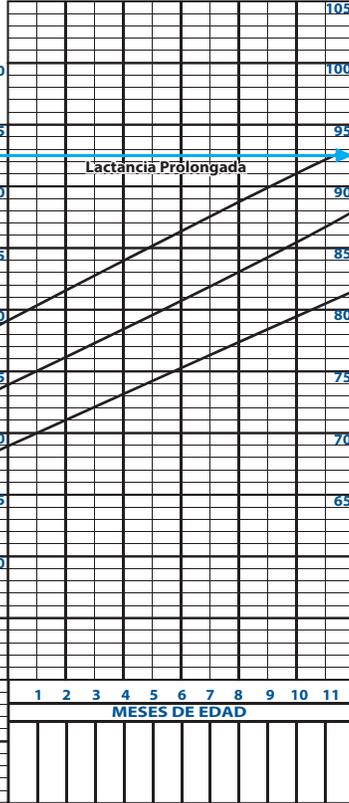
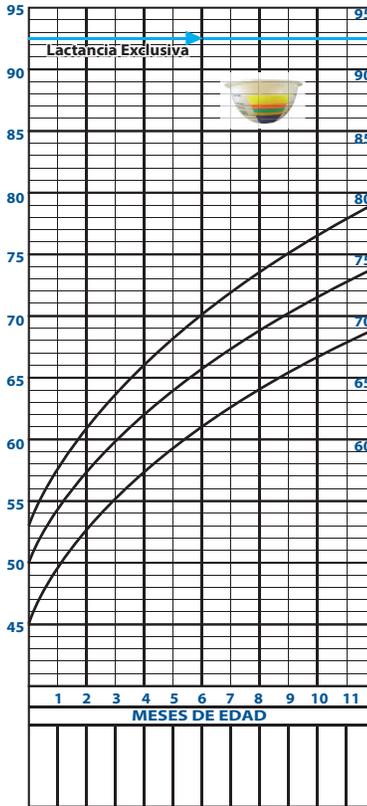


2 años

1 año

Menor de 1 año

LONGITUD/ESTATURA EN CENTÍMETROS



Fecha de nacimiento

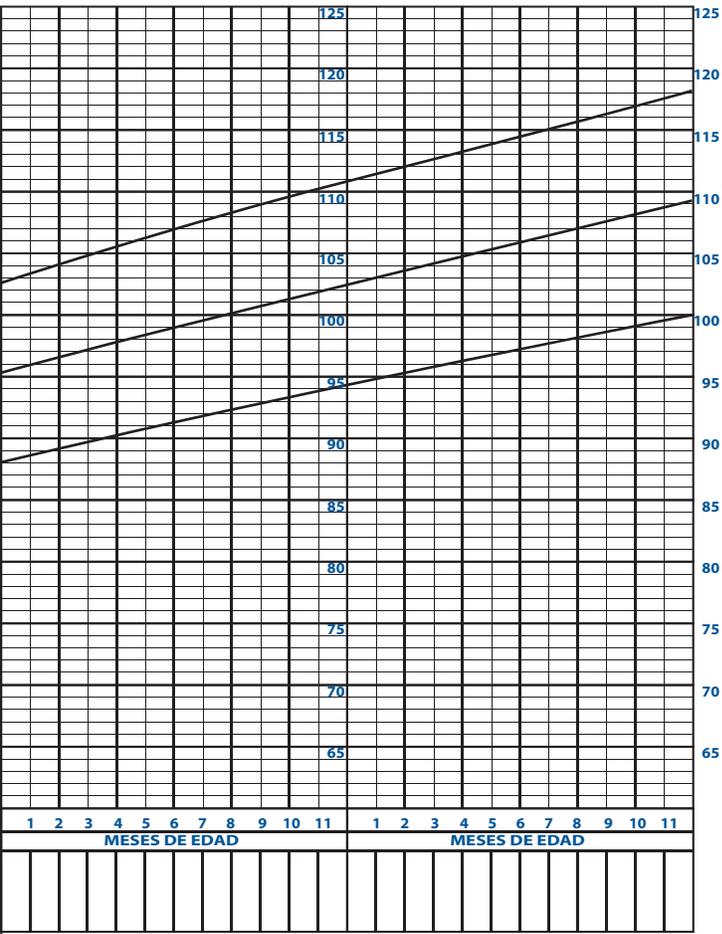
FUENTES: OMS

CRECIMIENTO LINEAL	
APROPIADO	INAPROPIADO
CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	
TN	Talla Normal
TB	Talla Baja

# MIENTO DEL NIÑO

3 años

4 años



TA 2

TN 0

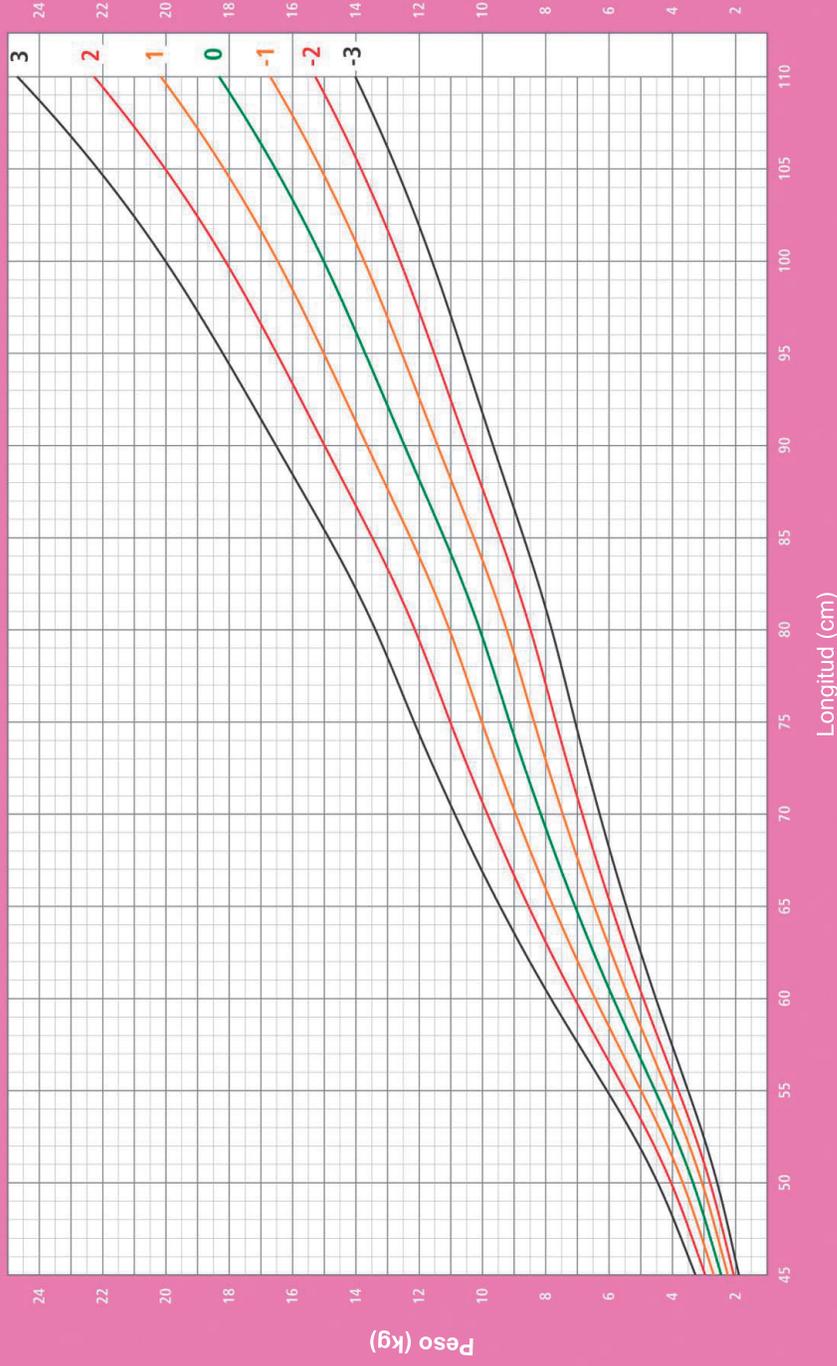
TB-2

Lleva a tu niño al establecimiento de salud para sus controles regulares y recibir atención integral, vacunas, vitamina "A", dosis completa de hierro y alimento complementario.



# Peso para la longitud Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

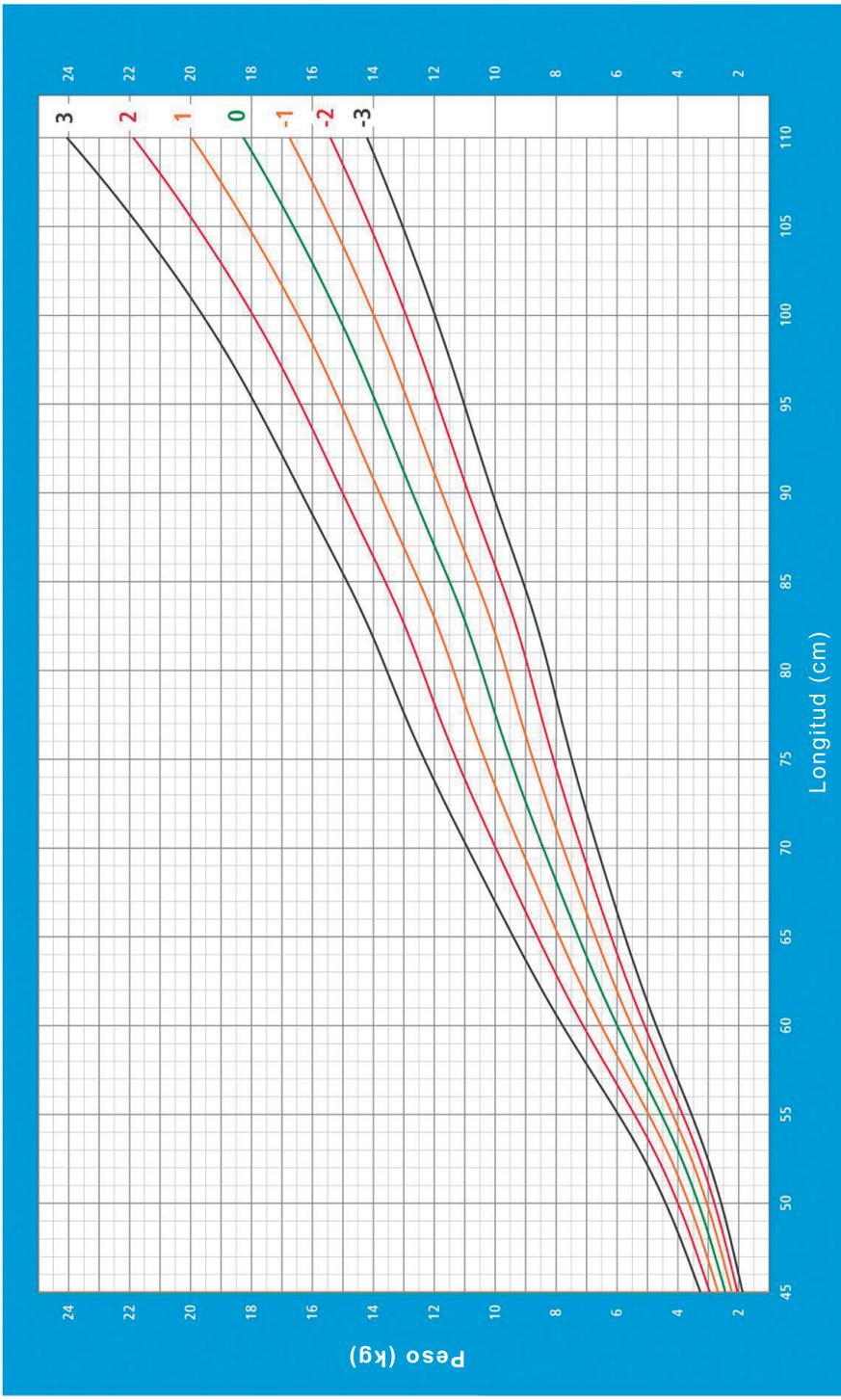


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

# Peso para la longitud Niños



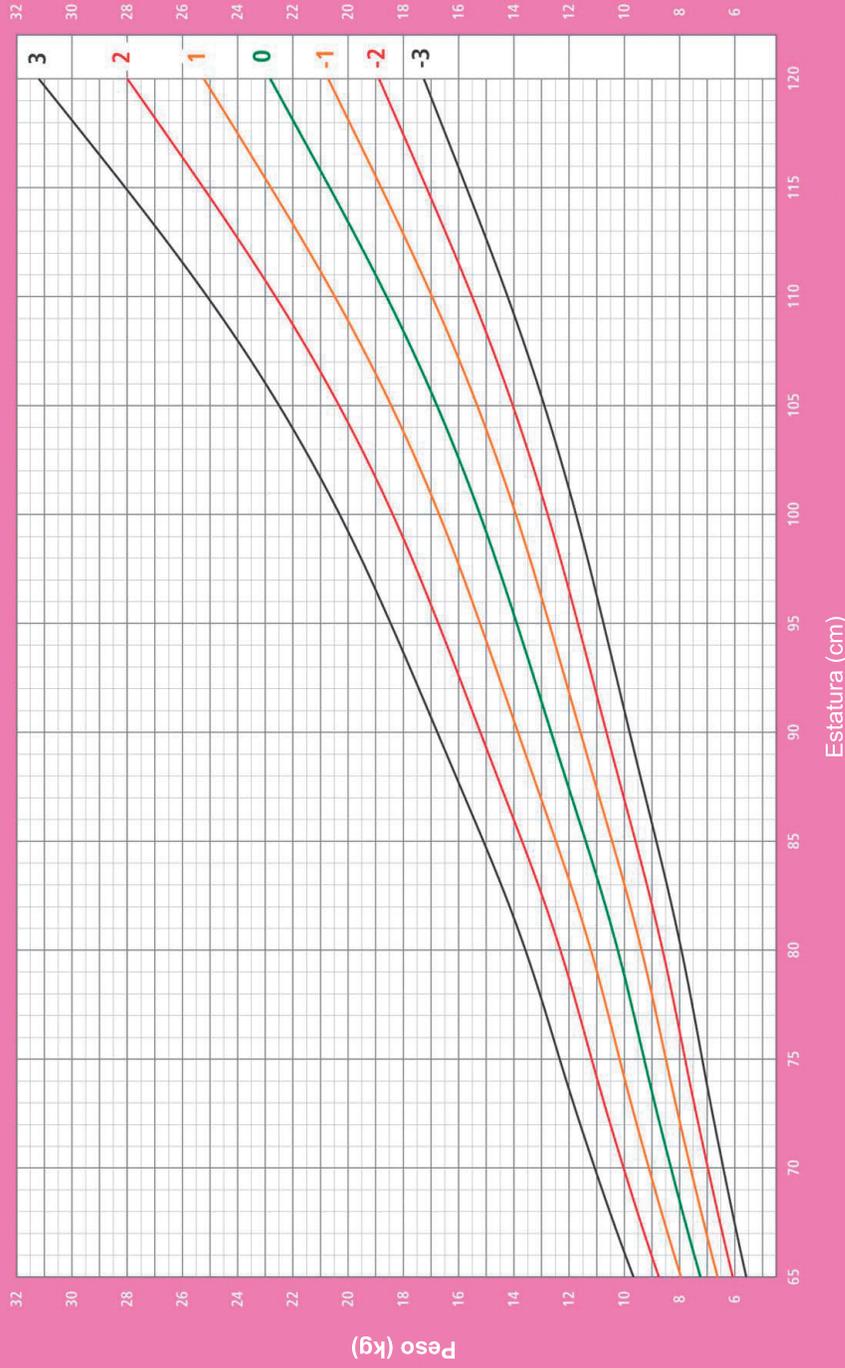
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

# Peso para la estatura Niñas

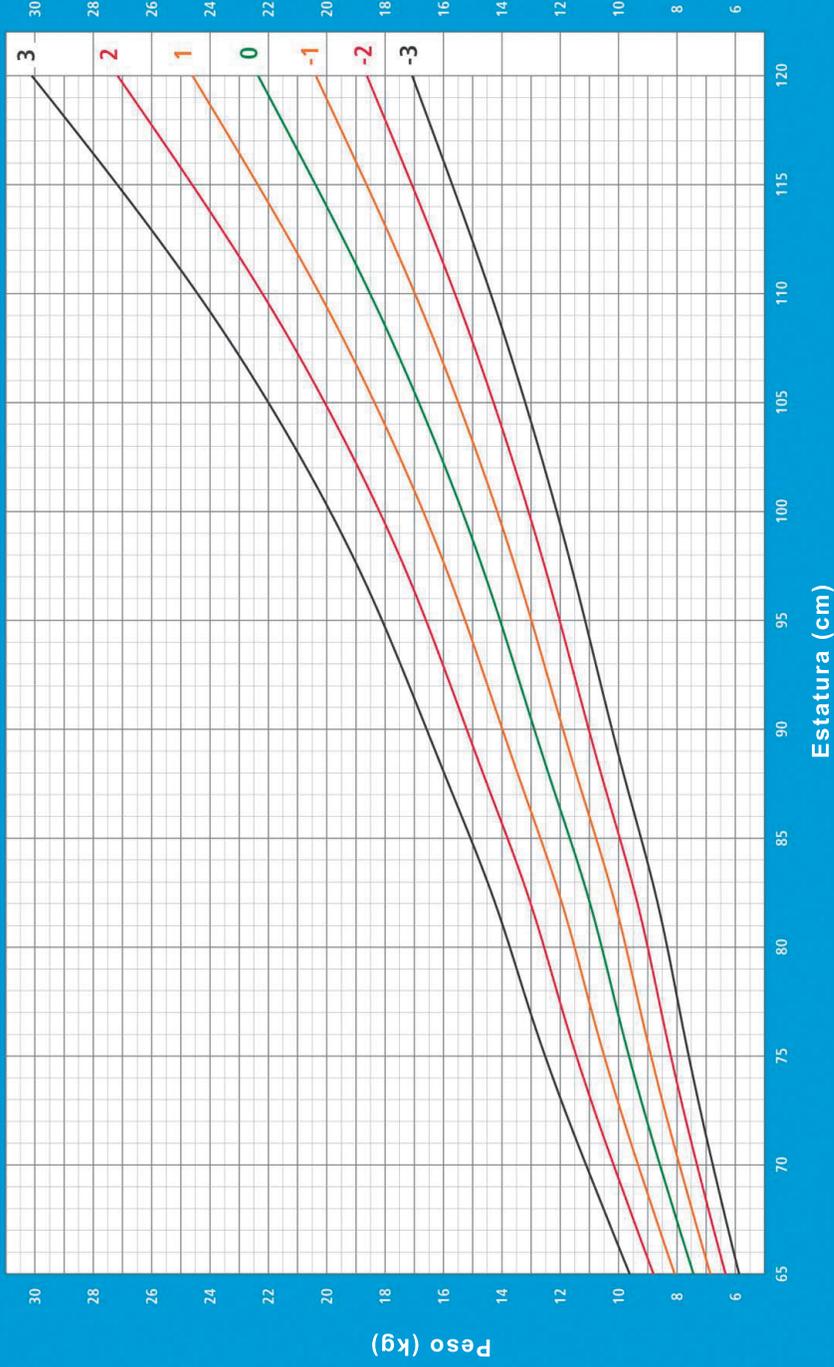
Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

# Peso para la estatura Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

# ESQUEMA NACIONAL DE SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y ALIMENTO COMPLEMENTARIO PARA MENORES DE 5 AÑOS



**Menores de 6 meses**

Lactancia materna inmediata

Para la madre, Vitamina A y sulfato ferroso

Lactancia materna exclusiva

Inicio de la alimentación complementaria (Papillas)

**6 a 11 meses (Menor de 1 año)**

**Vitamina A**  
100,000 UI  
1 perla, dosis única

**CHISMINAS**  
Dosis completa de Hierro

Alimento Complementario

Lactancia materna prolongada

**1 año (De 12 a 23 meses)**

**Vitamina A**  
200,000 UI  
1 perla, cada 6 meses (2 veces por año)

**CHISMINAS**  
Dosis completa de Hierro

Alimento Complementario

**Antiparasitario**  
1 dosis, cada 6 meses (2 veces por año)

Lactancia materna prolongada

**2 años (De 24 a 35 meses)**

**Vitamina A**  
200,000 UI  
1 perla, cada 6 meses (2 veces por año)

**CHISMINAS**  
Dosis completa de Hierro

**Antiparasitario**  
1 dosis, cada 6 meses (2 veces por año)

Alimentación Saludable

Lactancia materna prolongada

**3 años (De 36 a 47 meses)**

**Vitamina A**  
200,000 UI  
1 perla, cada 6 meses (2 veces por año)

**CHISMINAS**  
Dosis completa de Hierro

**Antiparasitario**  
1 dosis, cada 6 meses (2 veces por año)

Alimentación Saludable

**4 años (De 48 a 59 meses)**

**Vitamina A**  
200,000 UI  
1 perla, cada 6 meses (2 veces por año)

**CHISMINAS**  
Dosis completa de Hierro

**Antiparasitario**  
1 dosis, cada 6 meses (2 veces por año)

Alimentación Saludable

**Si tu niña o niño consume micronutrientes será fuerte, grande e inteligente**

Nuestras niñas y niños tienen derecho a recibir de forma gratuita los micronutrientes en todos los Establecimientos de Salud de Primer Nivel



+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

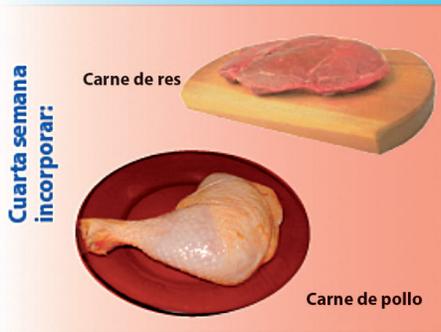
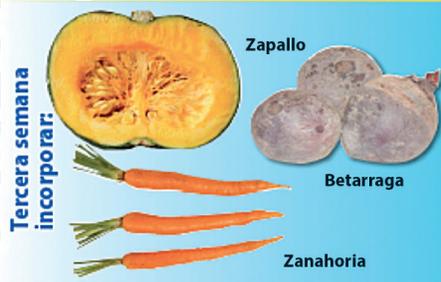
# INICIAMOS LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A PARTIR DE LOS 6 MESES DE EDAD

El niño debe tener su propio plato, para que así podamos asegurar que la cantidad que come sea la que necesita para su edad. No se debe incorporar azúcar ni sal. Recuerda que además debe continuar con la lactancia materna por lo menos hasta los 2 años.

## ALIMENTOS

## TIEMPOS DE COMIDA

# 6 MESES



### (\*) Cucharas soperas

A partir de los 7 meses ya podemos incorporar todos los alimentos de la olla familiar, en 5 tiempos de comida: desayuno, refrigerio, almuerzo, merienda de media tarde y cena incrementando una cucharita por mes, es decir: a los 7 meses 7 cucharas en todos los tiempos de comida, 8 meses 8 cucharas, 9 meses 9 cucharas, hasta llegar a 12 cucharas al año, de 1 a 2 años se deben consumir 15 cucharas en cada tiempo de comida, y de 2 a 5 años incrementar paulatinamente de 15 a 25 cucharas en cada tiempo de comida.

## INSTRUMENTO DE VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (0 a < 12 meses)

Fecha de evaluación	Edad meses	Motricidad gruesa	Motricidad fina	Socio emocional	Comunicación y Lenguaje	Cognitivo	PUNTAJE
	11 meses a < 12 meses	Gatea con coordinación cruzada y pasa a la posición de parado con apoyo. (M)	Agarra objetos pequeños con el dedo índice flexionado y el pulgar. (M)	Colabora cuando se lo viste, extendiendo la pierna o el brazo. (✓)	Cumple órdenes sencillas como: mira, toma, dame. (M)	Jala de la cuerda para alcanzar un objeto. (M)	
	10 meses a < 11 meses	Realiza la posición de cuatro puntos para el inicio del gateo.	Agarra objetos pequeños con el índice extendido y el pulgar (pinza fina). (M)	Entrega a la persona que le atiende un objeto cuando ésta se lo pide con gestos o palabras. (M)	Dice mamá, papá con sentido (✓)	Arroja intencionalmente un juguete. (M)	
	9 meses a < 10 meses	Reptación. (M)	Hace chocar varias veces dos objetos pequeños entre sí. (M)	Imita gestos. (✓)	Imita palabras conocidas (pan, mamá).	Se da cuenta que un objeto está dentro de una caja y meté la mano en ella para adentrarlo. (M)	
	8 meses a < 9 meses	Boca arriba: Pasa a la posición de sentado sin ayuda. (M)	Agarra un objeto pequeño con tres dedos (índice, pulgar y medio). (M)	Alcanza los brazos a la madre para que lo levante. (✓)	Emite bislabios: dada, mamá, baba daba.	Busca el juguete escondido. (M)	
	7 meses a < 8 meses	Se mantiene sentado en posición tripode por unos segundos.	Agarra un objeto pequeño con cuatro dedos y el pulgar extendido sin que el objeto toque la palma. (M)	Reacciona alegremente al juego del escondite. (M)	Se expresa por medio de gestos y emociones (llanto, sonrisas, sorpresa, etc)	Boca abajo: Se esfuerza por agarrar un objeto que está a una distancia corta. (M)	
	6 meses a < 7 meses	Gira de la posición boca arriba a lateral. (M)	Agarra un objeto con los 4 dedos y el pulgar extendido. (prensión palmar) (M)	Sigue con atención las actividades de la persona que lo atiende. (✓)	Emite serie de monoslabos repetitivos: ba, da, ma.	Sigue con la mirada un objeto que se cae. (M)	
	5 meses a < 6 meses	Boca abajo: El niño debe apoyarse en las palmas de las manos, brazos extendidos y elevando el tórax.	Se pasa el juguete de una mano a la otra. (M)	Tiene interés de comunicarse a través de su mirada y expresiones corporales.	Gira la cabeza cuando reconoce la voz de la madre.	Cuando un sonido le llama la atención, busca el origen de la fuente sonora y empieza a mirar con sorpresa. (M)	
	4 meses a < 5 meses	Boca arriba: Sosteniendo de los antebrazos, llevar el cuerpo del bebé hacia adelante a 45°, observar que la cabeza acompañe el movimiento del cuerpo.	Lleva la mano hacia un juguete y lo agarra con ambas manos. (M)	Reconoce a sus cuidadores, manifestando su estado emocional por medio de vocalizaciones y diferentes gestos. (✓)	Inicio la imitación de sonidos: aaaa, eeee.	Observa sus manos mientras las mueve.	
	3 meses a < 4 meses	Boca abajo: Levanta la cabeza de 45° a 90° apoyándose con manos y antebrazos por lo menos 30 segundos.	Junta las manos simultáneamente (M).	Sonríe a la presencia de un rostro desconocido.	Primeras cadenas de sílabas: agu, ga y gugu	Gira la cabeza buscando con la mirada el origen de un sonido e interrumpe sus movimientos. (M)	
	2 meses a < 3 meses	Boca abajo: Eleva la cabeza hasta 45° apoyándose en los antebrazos durante 10 segundos.	Las manos van abriéndose cada vez con mayor frecuencia.	Reconoce y sonríe a rostros familiares y realiza contacto visual.	Emitte sonidos guturales frente a un estímulo: e-je, ek-je, e-je	Sigue con la mirada un objeto en movimiento. (M)	
	1 mes a < 2 meses	Boca abajo: Mantiene la cabeza levantada por lo menos 3 segundos.	Las manos continuán cerradas aunque no apriete el puño.	Al escuchar una voz conocida, muestra interés y sonríe.	Llora para que lo atiendan (hambres, sueño, cambio de pañal).	Se sobresalta ante ruidos fuertes	
	0 meses a < 1 mes	Boca arriba: Posición lateral de la cabeza sin mostrar preferencia por uno u otro lado, con miembros superiores e inferiores en flexión.	Las manos se encuentran más tiempo en puño.	Fija la mirada cuando ve un rostro principalmente de la madre.	Busca, succiona vigorosamente y deglute adecuadamente.	Cierra los ojos ante ruidos fuertes.	

Simbología: (M) = Utilizar materiales para la prueba. (✓) = Preguntar a la mamá si realiza la prueba. (✓) = Intentar tomar la prueba o preguntar a la mamá.

## TABLA DE VALORACIÓN INTEGRAL Y SEGUIMIENTO DE LA NIÑA Y NIÑO DE 0 A < 12 MESES

EDAD	PERÍMETRO CEFÁLICO > -2DS o > +2DS (1)	3 o MÁS ALTERACIONES FENOTÍPICAS (2)	PALIDEZ PALMAR (3)	DESNUTRICIÓN CRÓNICA (4)	DESNUTRICIÓN GLOBAL ** DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE (5)	PUNTAJUE DE SEÑALES DE RIESGO (1+2+3+4+5)	MOTRICIDAD GRUESA (6)	MOTRICIDAD FINA (7)	SOCIOEMOCIONAL (8)	COMUNICACIÓN Y LENGUAJE (9)	COGNITIVO (10)	PUNTAJUE DEL DESARROLLO (6+7+8+9+10)	SEÑALES DE RIESGO	Ausencia	Presencia
													CUMPLE	NO CUMPLE	
0 a < 1 mes	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Perímetro cefálico < -2DS o > +2DS	2	0
1 a < 2 meses	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	3 o más alteraciones fenotípicas	2	0
2 a < 3 meses	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Palidez palmar	2	0
3 a < 4 meses	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Desnutrición crónica	2	0
4 a < 5 meses	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Desnutrición Grave/des- nutrición Aguda Grave	2	0
5 a < 6 meses	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<b>ÁREA DEL DESARROLLO</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
6 a < 7 meses	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Motor Grueso	2	0
7 a < 8 meses	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Motor Fino	2	0
8 a < 9 meses	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Socioemocional	2	0
9 a < 10 meses	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Comunicación y Lenguaje	2	0
10 a < 11 meses	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Cognitivo	2	0
11 a < 12 meses	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<b>IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</b>		<b>CONDUCTA</b>

**Alteraciones fenotípicas:** HENDIDURA PALPEBRAL OBLICUA – HIPERTELORISMO – IMPLANTACIÓN BAJA DE LAS OREJAS – LABIO LEPORINO  
HENDIDURA PALATINA – CUELLO CORTO O LARGO – PLEGUE PALMAR ÚNICO – 5º DEDO DE LA MANO CORTO Y CURVO

\* **Desnutrición Global:** Para niñas y niños de 0 a < 2 meses, se deben utilizar las curvas de peso para la edad niñas/niños (nacimiento a 6 meses)

\*\* **Desnutrición Aguda Grave:** Para niñas y niños de 2 meses a 5 años, se deben utilizar las curvas de peso para la longitud niñas/niños (nacimiento a 2 años) y peso para la talla niñas/niños (2 a 5 años)

## INSTRUMENTO DE VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (1 año a < 6 años)

FECHA DE EVALUACIÓN	EDAD MESES / AÑOS	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA	SOCIOEMOCIONAL	COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	COGNITIVO	PUNTAJE
	60 meses a < 72 meses (5 años a < 6 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salta de una altura de 20 a 30 cm. (M)</li> <li>Parado en un pie, se mantiene hasta diez segundos en cada pie, con los ojos cerrados.</li> <li>Marcha talón, planta, punta</li> <li>Salta sobre un solo pie, 2 saltos continuos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puede tocar con su pulgar, cada dedo, uno a la vez en cada mano.</li> <li>Lanza una pelota pequeña y la agarra. (M)</li> <li>Usa tijeras (M)</li> <li>Dobla un papel en diagonal (M)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiene sentido de lo que es bueno o malo.</li> <li>Ayuda a realizar tareas domésticas. (*)</li> <li>Le gusta jugar más con otros niños, que solo. (*)</li> <li>Come solo con cuchara o cubierto y sin derramar. (*)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Describe el uso de por lo menos 10 objetos familiares. (M)</li> <li>Puede explicar la diferencia entre ciertos animales. (M)</li> <li>Cuenta historias.</li> <li>Responde correctamente 4 preguntas sencillas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconoce el lado izquierdo y derecho de su propio cuerpo.</li> <li>Distingue presente, pasado y futuro.</li> <li>Dibuja a una persona con 4 partes. (M)</li> <li>Cuenta hasta 10.</li> </ul>	
	48 meses a < 60 meses (4 años a < 5 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equilibrio en un solo pie con brazos extendidos por 5 segundos.</li> <li>Salta hacia atrás con los pies juntos despegando los pies del suelo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copia una línea, un círculo y una cruz. (M)</li> <li>Arma un puente con cubos. (M)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puede ir al baño solo. (*)</li> <li>Juego de roles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifica y nombra 3 colores. (M)</li> <li>Pregunta frecuentemente ¿Por qué? (*)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumple correctamente 3 órdenes consecutivas. (M)</li> <li>Sabe si es niña o niño. (M)</li> </ul>	
	36 meses a < 48 meses (3 años a < 4 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trepa (gradas, sillas, etc.) (M)</li> <li>Camina hacia atrás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Construye torre de 8 cubos. (M)</li> <li>Empieza a realizar círculos no perfectos. (M)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puede vestirse solo (al menos una prenda) (△)</li> <li>Control de esfínteres. (*)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dice su nombre y apellido.</li> <li>El niño une de 3 a 4 palabras en una frase.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sigue dos órdenes consecutivas. (M)</li> <li>Diferencia entre grande o pequeño. (M)</li> </ul>	
	30 meses a < 36 meses (2 años y ½ < 3 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se pone en la punta de sus pies sin ayuda.</li> <li>Salta hacia adelante con los pies juntos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Da vuelta para abrir y cerrar la tapa de un recipiente. (M)</li> <li>Lanza una pelota pequeña. (M)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puede desvestirse solo (al menos una prenda). (△)</li> <li>Imita gestos (△)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso de la palabra YO, MÍO y TUYO.</li> <li>Dice su nombre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Separa y agrupa los objetos por una característica. (M)</li> <li>Memoriza una imagen sencilla. (M)</li> </ul>	
	24 meses a < 30 meses (2 años < 2 años y ½)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baja gradas sin alternancia, con ayuda.</li> <li>Patea la pelota sin perder el equilibrio. (M)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasa el contenido de un recipiente a otro y viceversa. (arroz o grano) (M)</li> <li>Garabatea por sí solo (M)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicia el juego simbólico (Da de comer a los muñecos) (M)</li> <li>Ayuda a recoger los juguetes u otros objetos. (M)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliza la palabra NO. (△)</li> <li>Realiza frases de 2 palabras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprende conceptos de encima y debajo. (M)</li> <li>Identifica y nombra 3 o más partes del cuerpo.</li> </ul>	
	18 meses a < 24 meses (1 año y ½ < 2 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sube gradas con ayuda.</li> <li>Camina con mayor estabilidad y sin apoyos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comienza a hacer torres de cuatro cubos. (M)</li> <li>Introduce un objeto pequeño a la botella y la vacía. (M)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Come solo. (*)</li> <li>Imita actividades de los adultos. (*)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Imita sonidos de animales o cosas. (guau, guau, miau, tititi, muu, etc)</li> <li>Dice / palabras. (*)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relaciona objetos por su uso. (M)</li> <li>Vacía y llena objetos de una caja. (M)</li> </ul>	
	15 meses a < 18 meses (1 año y 3 meses a < 1 año y ½)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se para solo sin apoyo desde la posición de cuclillas.</li> <li>Camina solo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puede insertar cosas pequeñas en una botella. (M)</li> <li>Señala con el dedo índice.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lleva un vaso a la boca. (M)</li> <li>Demuestra afecto a una muñeca o un peluche, abrazándolo. (△)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pide cosas con palabras simples. (ven, dame, toma, etc.)</li> <li>Gira la cabeza cuando se le llama por su nombre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprende órdenes sencillas. (Ven, vamos).</li> <li>Señala 2 a 3 partes de su cuerpo.</li> </ul>	
	12 meses a < 15 meses (1 año a < 1 año y 3 meses)						

Simbología: (M) = Utilizar materiales para la prueba. (\*) = Preguntar a la mamá si realiza la prueba. (△) = Intentar tomar la prueba o preguntar a la mamá.

## TABLA DE VALORACIÓN INTEGRAL Y SEGUIMIENTO DE LA NIÑA Y NIÑO DE 1 A < 6 AÑOS

SEÑALES DE RIESGO	Ausencia	Presencia
Perimetro cefálico < -2DS > +2DS	2	0
3 o más alteraciones fenotípicas	2	0
Palidez palmar	2	0
Desnutrición crónica	2	0
Desnutrición Aguda Grave	2	0
Desnutrición Grave (IMC)*	4	0
AREA DEL DESARROLLO	CUMPLE	NO CUMPLE
Motor Grosso	2	0
Motor Fino	2	0
Socioemocional	2	0
Comunicación y Lenguaje	2	0
Cognitivo	2	0

EDAD	PERIMETRO CEFÁLICO < -2DS > +2DS (1)	3 O MÁS ALTERACIONES FENOTÍPICAS (2)	PALIDEZ PALMAR (3)	DESNUTRICIÓN CRÓNICA / DESNUTRICIÓN GRAVE (IMC) (4)	DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE / DESNUTRICIÓN GRAVE (IMC) (5)	PUNTAJE DE SEÑALES DE RIESGO (1+2+3+4+5)	MOTRICIDAD GUESA (6)	MOTRICIDAD FINA (7)	SOCIOEMOCIONAL (8)	COMUNICACIÓN Y LENGUAJE (9)	COGNITIVO (10)	PUNTAJE DEL DESARROLLO (6+7+8+9+10)	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	CONDUCTA	SEÑALES DE RIESGO	Ausencia	Presencia
12 meses	/	/	/	/	/											2	0
13 meses	/	/	/	/	/											2	0
14 meses	/	/	/	/	/											2	0
15 meses	/	/	/	/	/											2	0
16 meses	/	/	/	/	/											2	0
17 meses	/	/	/	/	/											2	0
18 meses	/	/	/	/	/											2	0
19 meses	/	/	/	/	/											2	0
20 meses	/	/	/	/	/											2	0
21 meses	/	/	/	/	/											2	0
22 meses	/	/	/	/	/											2	0
23 meses	/	/	/	/	/											2	0
2 años < 2a3m	/	/	/	/	/											2	0
2a3m < 2a6m	/	/	/	/	/											2	0
2a6m < 3 años	/	/	/	/	/											2	0
3 años < 3a3m	/	/	/	/	/											2	0
3a3m < 3a6m	/	/	/	/	/											2	0
3a6m < 4 años	/	/	/	/	/											2	0
4 años < 4a3m	/	/	/	/	/											2	0
4a3m < 4a6m	/	/	/	/	/											2	0
4a6m < 5 años	/	/	/	/	/	*										2	0
5 años < 5a3m	/	/	/	/	/	*										2	0
5a3m < 5a6m	/	/	/	/	/	*										2	0
5a6m < 6 años	/	/	/	/	/	*										2	0

**Alteraciones fenotípicas:** HENDIDURA PALPEBRAL OBLICUA – HIPERTELORISMO – IMPLANTACIÓN BAJA DE LAS OREJAS – LABIO LEPORINO – HENDIDURA PALATINA – CUELLO CORTO O LARGO – PLIEGUE PALMAR ÚNICO – 5º DEDO DE LA MANO CORTO Y CURVO

**Desnutrición Aguda Grave:** Para niñas y niños de 2 meses a 5 años, se deben utilizar las curvas de peso para la longitud niñas/niños (nacimiento a 2 años) y peso para la talla niñas/niños (2 a 5 años)

**\*Desnutrición Grave según IMC:** Para niñas y niños de 5 a < 6 años, se deben utilizar las curvas de Índice de Masa Corporal mujeres/varones (5 a 19 años)

# Vacunas que deben recibir las niñas y niños

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	LUGAR DE ADMINISTRACIÓN	EDAD DE APLICACIÓN	EDAD DE APLICACIÓN	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	LUGAR DE ADMINISTRACIÓN	EDAD DE APLICACIÓN	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	LUGAR DE ADMINISTRACIÓN	EDAD DE APLICACIÓN
BCG	Formas graves de tuberculosis		Recién Nacido		ANTITETANUS			ANTITETANUS		
PENTAVALENTE			1ra dosis 2 meses 2da dosis 4 meses 3ra dosis 6 meses	4ta dosis 18 a 23 meses 5ta dosis 4 años	ANTIPOLIOMIELITIS		1ra dosis 2 meses	ANTIPOLIOMIELITIS		2da dosis 4 meses 3ra dosis 6 meses 4ta dosis 18 a 23 meses 5ta dosis 4 años
ANTITETANUS					ANTINEUMOCÓCICA		1ra dosis 2 meses 2da dosis 4 meses 3ra dosis 6 meses	ANTINEUMOCÓCICA		1ra dosis 2 meses 2da dosis 4 meses 3ra dosis 6 meses
ANTITETANUS					ANTIROTAVIRUS			ANTIROTAVIRUS		
ANTINFLUENZA ESTACIONAL PEDIÁTRICA	Influenza estacional				ANTINFLUENZA ESTACIONAL ADULTO			ANTINFLUENZA ESTACIONAL ADULTO		
SRP	Sarampión, rubéola, parotiditis		1ra dosis 12 meses 2da dosis 18 a 23 meses		VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)			VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)		
ANTIAMARILICA	Fiebre amarilla		De 12 a 23 meses		dT ADULTO (*)			dT ADULTO (*)		
ANTINFLUENZA ESTACIONAL PEDIÁTRICA	Influenza estacional		6 a 11 meses 1ra dosis al mes de la 1ra 2da dosis al mes de la 1ra	12 a 23 meses 1 sola dosis	ANTINFLUENZA ESTACIONAL ADULTO		7 a 49 años 1ra dosis al contacto 2da dosis al mes de la 1ra dosis 3ra dosis a los 6 meses de la 2da dosis 4ta dosis al año después de la 3ra dosis 5ta dosis al año de la 4ta dosis	ANTINFLUENZA ESTACIONAL ADULTO		Embarazadas Personal de Salud Mayores a 60 años Enfermos crónicos

\* Completar la dosis que corresponda de acuerdo al esquema de pentavalente y dT.

## CRONOGRAMA DE VACUNACIÓN

### BCG

<b>Dosis única</b> N° de lote	Hasta los 11 meses y 29 días
Fecha	
...../...../.....	

### PENTAVALENTE

1ra. dosis N° de lote	2da. dosis N° de lote	3ra. dosis N° de lote	4ta. dosis N° de lote	5ta. dosis N° de lote	Excepcionalmente, se puede iniciar o completar dosis hasta los 4 años y 11 meses de edad
Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	
...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	

### ANTIPOLIO

1ra. dosis N° de lote	2da. dosis N° de lote	3ra. dosis N° de lote	4ta. dosis N° de lote	5ta. dosis N° de lote	Excepcionalmente, se puede iniciar o completar dosis hasta los 4 años y 11 meses de edad
Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	
...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	

### ANTINEUMOCO

1ra. dosis N° de lote	2da. dosis N° de lote	3ra. dosis N° de lote	Hasta los 11 meses y 29 días
Fecha	Fecha	Fecha	
...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	

### ANTIROTAVIRUS

1ra. dosis N° de lote	2da. dosis N° de lote	Excepcionalmente, se puede completar esquema hasta los 11 meses y 29 días
Fecha	Fecha	
...../...../.....	...../...../.....	

\* Se debe anotar 2 dígitos DÍA; 2 dígitos MES; 4 dígitos AÑO DD/MM/AAAA

**ANTIINFLUENZA**

1ra. dosis N° de lote	2da. dosis N° de lote	Niñas y niños de 6 a 11 meses 1ra. dosis al contacto 2da. dosis al mes de la 1ra. dosis
Fecha	Fecha	
...../...../.....	...../...../.....	

**ANTIINFLUENZA**

Dosis Única N° de lote	Niñas y niños de 12 a 23 meses
Fecha	
...../...../.....	

**SRP (SARAMPIÓN, RUBÉOLA, PAPERAS )**

1ra. dosis N° de lote	2da. dosis N° de lote	1ra. dosis a los 12 meses 2da. dosis a los 18 meses
Fecha	Fecha	
...../...../.....	...../...../.....	

**ANTIAMARÍLICA**

Dosis única N° de lote	Niñas y niños de 12 a 23 meses Excepcionalmente, se puede vacunar hasta los 59 años.
Fecha	
...../...../.....	

**VPH**

1ra. dosis N° de lote	2da. dosis N° de lote	A niñas que cumplan 10 años de edad 1ra. dosis al contacto 2da. dosis a los 6 meses después de la 1ra. dosis.
Fecha	Fecha	
...../...../.....	...../...../.....	

## OTRAS VACUNAS, CAMPAÑAS Y CONTROL DE BROTES

### VACUNA:.....

<b>Nº dosis</b>	<b>Nº dosis</b>	<b>Nº dosis</b>	<b>Nº dosis</b>
Nº de lote	Nº de lote	Nº de lote	Nº de lote
Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

### VACUNA:.....

<b>Nº dosis</b>	<b>Nº dosis</b>	<b>Nº dosis</b>	<b>Nº dosis</b>
Nº de lote	Nº de lote	Nº de lote	Nº de lote
Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

### VACUNA:.....

<b>Nº dosis</b>	<b>Nº dosis</b>	<b>Nº dosis</b>	<b>Nº dosis</b>
Nº de lote	Nº de lote	Nº de lote	Nº de lote
Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

### VACUNA:.....

<b>Nº dosis</b>	<b>Nº dosis</b>	<b>Nº dosis</b>	<b>Nº dosis</b>
Nº de lote	Nº de lote	Nº de lote	Nº de lote
Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

### ANEMIA EN MENORES DE 5 AÑOS (CONTROL CADA 6 MESES)

Meses	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60
Anemia <small>(Registrar la clasificación y fecha)</small>	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....

Palidez palmar	Clasificación
Sin palidez palmar	Sin anemia
Palidez palmar leve	Anemia leve
Palidez palmar intensa	Anemia grave

Hemoglobina (Hemocue/laboratorio)	Clasificación
Mayor a 11 g/dl	Sin anemia
10,0 a 10,9 g/dl	Anemia leve
Menor a 9,9 g/dl	Anemia grave

## HUELLAS DE LA NIÑA O NIÑO

Registre las huellas si el recién nacido recibió una dosis de BCG y lactancia materna inmediata.

**Plantar izquierda**

**Plantar derecha**

30

VACUNAS	
<p style="margin: 0;"><b>HASTA LOS 6 MESES DEBE RECIBIR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3 dosis de antipolio</li> <li>3 dosis de pentavalente</li> <li>3 dosis de antineumocócica</li> <li>2 dosis de antirotavírica</li> </ul>	<p style="margin: 0;"><b>Huella del pulgar</b></p> <div style="border: 1px solid gray; width: 100%; height: 100%;"></div>
<p style="margin: 0;"><b>A LOS 12 MESES DEBE RECIBIR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 dosis de SRP</li> <li>Dosis única de vacuna contra la fiebre amarilla</li> <li>Dosis única de vacuna contra la influenza</li> </ul>	<p style="margin: 0;"><b>Huella del pulgar</b></p> <div style="border: 1px solid gray; width: 100%; height: 100%;"></div>
<p style="margin: 0;"><b>ENTRE 18 A 23 MESES DEBE RECIBIR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4 dosis de antipolio</li> <li>4 dosis de pentavalente</li> <li>2da. dosis de SRP</li> </ul>	<p style="margin: 0;"><b>Huella del pulgar</b></p> <div style="border: 1px solid gray; width: 100%; height: 100%;"></div>

## UNIDAD DE DISCAPACIDAD

### SISTEMA DE VIGILANCIA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS

¿Presenta alguna anomalía congénita?	SÍ		NO	
¿Cuál? .....				
Necesita Asesoramiento Genético	SÍ		NO	

TAMIZ NEONATAL	SÍ	POSITIVO/NEGATIVO	NO
HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO (TSH)			
FENILCETONURIA (PKU)			
HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA (17 - OH)			
FIBROSIS QUÍSTICA (FQ)			
GALACTOSEMIA			
DÉFICIT DE BIOTINIDASA			

31

### SISTEMA DE VIGILANCIA DE DISCAPACIDAD

¿Presenta alguna deficiencia?	SÍ		NO		Fecha de caducidad del carnet:  ...../...../..... Día      Mes      Año
Tiene carnet de discapacidad o del Instituto Boliviano de la Ceguera (IBC)	SÍ		NO		
Indique Tipo y Grado de Discapacidad	Tipo:		Grado:		
Necesita calificación o reevaluación de discapacidad	SÍ		NO		

## CHAGAS EN EL RECIÉN NACIDO A MENOR DE 1 AÑO DE EDAD

### NIÑA O NIÑO NACIDO DE MADRE CON CHAGAS

Niña o niño al nacimiento hasta los 14 días de edad

PRIMER CONTROL PARASITOLÓGICO		POSITIVO		NEGATIVO	
FECHA	...../...../.....				

Niña o niño de 15 días hasta los 5 meses 29 días de edad.

SEGUNDO CONTROL PARASITOLÓGICO		POSITIVO		NEGATIVO	
FECHA	...../...../.....				

Niña o niño a partir de 6 meses hasta los 11 meses 29 días de edad

SEROLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE CHAGAS		POSITIVO (DUPLA)		NEGATIVO	
FECHA	...../...../.....				

32 Niña o niño con examen parasitológico o serológico positivo para Chagas

TRATAMIENTO ETIOLÓGICO	INICIO	CONCLUSIÓN
FECHA	...../...../.....	...../...../.....

Niña o niño con tratamiento etiológico para Chagas concluido

SEROLOGÍA DE CONTROL POST TRATAMIENTO	1er control a 6 meses de concluido el tratamiento	2do. control a 3 meses del primer control
Edad/Método/Titulación	...../...../.....	...../...../.....
Fecha/mes/año	...../...../.....	...../...../.....

## CHAGAS EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD

### SI NO REALIZÓ ANTERIORES CONTROLES PARA CHAGAS

Niña o niño de 1 a 5 años de edad.

SEROLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE CHAGAS	EDAD	POSITIVO (DUPLA)	NEGATIVO
		...../...../.....	...../...../.....

Niña o niño con diagnóstico serológica-dupla positiva para Chagas

TRATAMIENTO ETIOLÓGICO PARA CHAGAS	EDAD	INICIO	CONCLUSIÓN
		...../...../.....	...../...../.....

Niña o niño de 1 a 5 años de edad con tratamiento etiológico para Chagas concluido

SEROLOGÍA DE CONTROL POST TRATAMIENTO	1er control a 1 año de concluido el tratamiento	2do. control a 2 años de concluido el tratamiento
Edad/Método/Titulación	...../...../.....	...../...../.....
Fecha/mes/año	...../...../.....	...../...../.....
SEROLOGÍA DE CONTROL POST TRATAMIENTO	3er control a 3 años de concluido el tratamiento	4to. control a 4 años de concluido el tratamiento
Edad/Método/Titulación	...../...../.....	...../...../.....
Fecha/mes/año	...../...../.....	...../...../.....

33

## DIAGNÓSTICO DE VIH EN NIÑAS O NIÑOS

EN MENORES DE 18 MESES		EN MAYORES DE 18 MESES	
PRUEBA DE CARGA VIRAL ENTRE 4 A 6 SEMANAS DE VIDA		DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS DE ACUERDO A ALGORITMO NACIONAL	
<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>	<b>POSITIVO NEGATIVO</b>	<b>INFORMAR NEGATIVO</b>
CONFIRMAR DOS MESES DESPUÉS DE LA ÚLTIMA PRUEBA	REPETIR A LOS DOS MESES DE LA ÚLTIMA PRUEBA		
<b>POSITIVO</b> INFORMAR POSITIVO	<b>NEGATIVO</b> INFORMAR NEGATIVO	INFORMAR POSITIVO	PRUEBA DE CARGA VIRAL



## INSTRUMENTOS DE HIGIENE DENTAL SEGÚN LA EDAD DEL NIÑO(A)

Entrega de cepillo dedal, cepillo y pasta dental es Gratuita  
una vez al año en su Centro de Salud.

EDAD	CEPILLO DEDAL	CEPILLO DENTAL	PASTA DENTAL	FECHA DE ENTREGA
6 MESES				
1 AÑO				
2 AÑOS				
3 AÑOS				
4 AÑOS				
4 AÑOS 11 m y 29 d				

## PREVENCIÓN EN EL MENOR DE 5 AÑOS

La aplicación de flúor cada 6 meses en boca sana o restaurada,  
es una técnica eficaz para la prevención de caries dental.

EDAD	FECHA DE FLUORIZACIÓN	FLÚOR EN BOCA SANA	FLÚOR EN BOCA TRATADA	FECHA DE CONTROL
6 MESES				
1 AÑO				
1 ½ AÑO				
2 AÑOS				
2 ½ AÑOS				
3 AÑOS				
3 ½ AÑOS				
4 AÑOS				
4 ½ AÑOS				
4 AÑOS 11m 29 d				

Este documento es primordial para el seguimiento del desarrollo integral de la niña o niño, la familia es responsable de su cuidado.

Siempre que acuda a un Establecimiento de Salud lleve esta Libreta.



[www.minsalud.gob.bo](http://www.minsalud.gob.bo)



Ministerio de Salud Bolivia



@MinSaludBolivia



@minsalud



minsaludbolivia