



Cuaderno de Apuntes

para agentes, animadoras, animadores o líderes



1ª Parte – Hojas de Acompañamiento del niño, la niña y la embarazada

Nombre del niño o la niña	Fecha de Nacimiento	Página
1 .....	...../...../.....	2-3
2 .....	...../...../.....	4-5
3 .....	...../...../.....	6-7
4 .....	...../...../.....	8-9
5 .....	...../...../.....	10-11
6 .....	...../...../.....	12-13
7 .....	...../...../.....	14-15
8 .....	...../...../.....	16-17
9 .....	...../...../.....	18-19
10.....	...../...../.....	20-21
11.....	...../...../.....	22-23
12.....	...../...../.....	24-25
13.....	...../...../.....	26-27
14.....	...../...../.....	28-29
15.....	...../...../.....	30-31
16.....	...../...../.....	32-33
17.....	...../...../.....	34-35
18.....	...../...../.....	36-37
19.....	...../...../.....	38-39
20.....	...../...../.....	40-41
21.....	...../...../.....	42-43
22.....	...../...../.....	44-45
23.....	...../...../.....	46-47
24.....	...../...../.....	48-49



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)		
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?		
¿El niño/niña mama el pecho?		
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)		
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?		
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?		
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?		
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?		
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?		
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2
	3	4
	1	2
	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?		
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?		
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad		
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)		
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?		
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?		
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?		
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?		
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?		
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?		
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?		
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?		
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?		
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?		

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)								
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?								
¿El niño/niña mama el pecho?								
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)								
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?								
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?								
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?								
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?								
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?								
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2	3	4	1	2	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?								
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?								
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad								
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)								
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?								
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?								
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?								
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?								
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?								
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?								
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?								
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?								
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?								
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?								

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)								
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?								
¿El niño/niña mama el pecho?								
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)								
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?								
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?								
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?								
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?								
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?								
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2	3	4	1	2	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?								
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?								
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad								
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)								
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?								
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?								
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?								
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?								
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?								
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?								
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?								
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?								
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?								
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?								

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)								
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?								
¿El niño/niña mama el pecho?								
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)								
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?								
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?								
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?								
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?								
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?								
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2	3	4	1	2	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?								
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?								
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad								
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)								
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?								
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?								
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?								
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?								
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?								
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?								
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?								
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?								
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?								
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?								

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)								
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?								
¿El niño/niña mama el pecho?								
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)								
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?								
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?								
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?								
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?								
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?								
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2	3	4	1	2	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?								
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?								
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad								
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)								
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?								
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?								
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?								
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?								
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?								
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?								
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?								
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?								
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?								
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?								

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)								
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?								
¿El niño/niña mama el pecho?								
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)								
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?								
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?								
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?								
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?								
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?								
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2	3	4	1	2	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?								
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?								
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad								
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)								
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?								
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?								
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?								
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?								
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?								
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?								
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?								
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?								
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?								
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?								

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)								
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?								
¿El niño/niña mama el pecho?								
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)								
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?								
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?								
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?								
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?								
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?								
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2	3	4	1	2	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?								
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?								
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad								
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)								
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?								
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?								
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?								
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?								
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?								
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?								
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?								
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?								
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?								
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?								

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)		
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?		
¿El niño/niña mama el pecho?		
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)		
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?		
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?		
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?		
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?		
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?		
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2
	3	4
	1	2
	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?		
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?		
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad		
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)		
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?		
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?		
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?		
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?		
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?		
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?		
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?		
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?		
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?		
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?		

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)		
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?		
¿El niño/niña mama el pecho?		
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)		
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?		
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?		
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?		
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?		
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?		
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2
	3	4
	1	2
	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?		
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?		
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad		
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)		
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?		
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?		
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?		
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?		
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?		
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?		
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?		
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?		
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?		
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?		

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)		
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?		
¿El niño/niña mama el pecho?		
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)		
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?		
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?		
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?		
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?		
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?		
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2
	3	4
	1	2
	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?		
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?		
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad		
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)		
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?		
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?		
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?		
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?		
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?		
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?		
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?		
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?		
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?		
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?		

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)		
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?		
¿El niño/niña mama el pecho?		
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)		
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?		
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?		
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?		
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?		
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?		
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2
	3	4
	1	2
	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?		
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?		
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad		
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)		
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?		
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?		
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?		
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?		
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?		
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?		
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?		
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?		
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?		
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?		

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____ meses

Jugo de frutas _____ meses Té _____ meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____ meses Puré de frutas _____ meses

Puré de verduras/hortalizas _____ meses Arroz con frijoles _____ meses

Otros alimentos _____ meses Carne, vísceras _____ meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20 _____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)		
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?		
¿El niño/niña mama el pecho?		
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)		
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?		
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?		
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?		
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?		
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?		
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2
	3	4
	1	2
	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?		
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?		
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad		
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)		
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?		
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?		
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?		
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?		
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?		
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?		
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?		
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?		
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?		
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?		

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)		
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?		
¿El niño/niña mama el pecho?		
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)		
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?		
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?		
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?		
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?		
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?		
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2
	3	4
	1	2
	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?		
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?		
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad		
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)		
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?		
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?		
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?		
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?		
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?		
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?		
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?		
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?		
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?		
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?		

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)		
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?		
¿El niño/niña mama el pecho?		
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)		
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?		
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?		
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?		
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?		
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?		
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2
	3	4
	1	2
	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?		
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?		
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad		
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)		
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?		
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?		
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?		
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?		
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?		
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?		
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?		
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?		
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?		
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?		

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____ meses

Jugo de frutas _____ meses Té _____ meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____ meses Puré de frutas _____ meses

Puré de verduras/hortalizas _____ meses Arroz con frijoles _____ meses

Otros alimentos _____ meses Carne, vísceras _____ meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20 _____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)		
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?		
¿El niño/niña mama el pecho?		
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)		
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?		
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?		
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?		
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?		
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?		
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2
	3	4
	1	2
	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?		
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?		
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad		
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)		
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?		
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?		
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?		
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?		
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?		
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?		
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?		
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?		
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?		
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?		

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)		
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?		
¿El niño/niña mama el pecho?		
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)		
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?		
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?		
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?		
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?		
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?		
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2
	3	4
	1	2
	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?		
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?		
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad		
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)		
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?		
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?		
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?		
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?		
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?		
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?		
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?		
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?		
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?		
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?		

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)		
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?		
¿El niño/niña mama el pecho?		
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)		
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?		
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?		
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?		
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?		
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?		
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2
	3	4
	1	2
	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?		
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?		
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad		
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)		
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?		
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?		
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?		
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?		
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?		
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?		
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?		
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?		
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?		
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?		

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)		
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?		
¿El niño/niña mama el pecho?		
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)		
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?		
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?		
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?		
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?		
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?		
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2
	3	4
	1	2
	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?		
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?		
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad		
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)		
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?		
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?		
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?		
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?		
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?		
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?		
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?		
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?		
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?		
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?		

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)								
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?								
¿El niño/niña mama el pecho?								
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)								
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?								
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?								
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?								
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?								
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?								
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2	3	4	1	2	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?								
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?								
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad								
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)								
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?								
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?								
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?								
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?								
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?								
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?								
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?								
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?								
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?								
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?								

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)								
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?								
¿El niño/niña mama el pecho?								
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)								
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?								
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?								
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?								
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?								
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?								
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2	3	4	1	2	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?								
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?								
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad								
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)								
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?								
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?								
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?								
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?								
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?								
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?								
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?								
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?								
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?								
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?								

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)		
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?		
¿El niño/niña mama el pecho?		
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)		
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?		
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?		
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?		
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?		
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?		
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2
	3	4
	1	2
	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?		
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?		
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad		
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)		
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?		
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?		
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?		
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?		
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?		
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?		
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?		
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?		
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?		
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?		

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)		
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?		
¿El niño/niña mama el pecho?		
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)		
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?		
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?		
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?		
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?		
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?		
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2
	3	4
	1	2
	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?		
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?		
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad		
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)		
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?		
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?		
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?		
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?		
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?		
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?		
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?		
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?		
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?		
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?		

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20_____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)								
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?								
¿El niño/niña mama el pecho?								
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)								
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?								
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?								
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?								
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?								
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?								
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2	3	4	1	2	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?								
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?								
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad								
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)								
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?								
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?								
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?								
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?								
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?								
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?								
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?								
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?								
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?								
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?								

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno



Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la embarazada/madre: _____

1. El niño o niña nació el: ____/____/____ Peso al nacer: _____gramos

2. ¿Nació con bajo peso (menos de 2500 gramos)? Sí () No ()

3. A qué edad el niño o niña comenzó a recibir: Agua _____meses

Jugo de frutas _____meses Té _____meses

Leche (en polvo, vaca, cabra) _____meses Puré de frutas _____meses

Puré de verduras/hortalizas _____meses Arroz con frijoles _____meses

Otros alimentos _____meses Carne, vísceras _____meses

4. El niño o niña, al cumplir seis meses de vida, ¿mamaba solamente del pecho? (No recibía también agua, té, jugo, otros tipos de leche u otros alimentos) Sí () No ()

Año 20____

Mes al que se refieren los datos



5. Edad del niño/niña (edad que el niño/niña cumple en este mes)		
6. ¿El Líder, visitó a este niño/niña en este mes?		
¿El niño/niña mama el pecho?		
7. ¿El niño/niña fue pesado en este mes? (anotar el peso)		
8. ¿El niño/niña aumentó de peso en este mes?		
9. ¿El niño/niña está desnutrido (por debajo de la curva -2)?		
10. ¿El niño/niña está con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)?		
11. ¿El niño/niña tuvo diarrea en este mes?		
12. ¿El niño/niña tuvo diarrea , tomó suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea?		
13. ¿Cuáles son los indicadores de oportunidades y conquistas que fueron alcanzados en este mes?	1	2
	3	4
	1	2
	3	4
14. ¿Los indicadores de la pregunta 13, muestran una situación desfavorable para el desarrollo del niño/niña (ningún indicador fue alcanzado)?		
15. ¿Todos los indicadores de oportunidades y conquistas fueron alcanzados?		
Si el niño/niña ha estado enfermo en este mes, anote la enfermedad		
16. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud ? (para vacunación, revisión porque estaba enfermo)		
* 17. ¿El niño/niña fue llevado al Servicio de Salud y fue atendido ?		
18. ¿El niño/niña está con la vacuna completa, al día, para su edad?		
19. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está?		
20. ¿El Líder visitó a esta embarazada en este mes?		
21. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes?		
* 22. ¿La embarazada fue al Servicio de Salud para consulta Pre-Natal en este mes y fue atendida ?		
23. ¿A la embarazada le midieron la altura uterina en la consulta Pre-Natal?		
24. ¿La embarazada está con la altura uterina por debajo del percentil 10?		
25. ¿La embarazada está con la altura uterina por encima del percentil 90?		
26. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día?		

* OBSERVACIÓN: Si el niño o la embarazada NO FUE ATENDIDA por el SERVICIO DE SALUD, rellene los datos y los motivos en la 2ª PARTE de este Cuaderno

2ª Parte – Registro de no atención del niño, niña o la embarazada en el centro de salud

1. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

2. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

3. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

2ª Parte – Registro de no atención del niño, niña o la embarazada en el centro de salud

4. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

5. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

6. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

2ª Parte – Registro de no atención del niño, niña o la embarazada en el centro de salud

7. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

8. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

9. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

2ª Parte – Registro de no atención del niño, niña o la embarazada en el centro de salud

10. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

11. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

12. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

2ª Parte – Registro de no atención del niño, niña o la embarazada en el centro de salud

13. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

14. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

15. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

2ª Parte – Registro de no atención del niño, niña o la embarazada en el centro de salud

16. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

17. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

18. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

2ª Parte – Registro de no atención del niño, niña o la embarazada en el centro de salud

19. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

20. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

21. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

2ª Parte – Registro de no atención del niño, niña o la embarazada en el centro de salud

22. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

23. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

24. Nombre del niño, niña o la embarazada: _____

Edad: _____

Síntoma (o enfermedad): _____

Líder o quién orientó: _____

A dónde: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Responsable de la atención en el Servicio de Salud: _____

Motivo alegado para la no atención: _____

3ª Parte – Registro de muertes

1. Muerte del niño o niña acompañado:

Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la madre del niño o niña: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha de la muerte: ____/____/____

Causa de la muerte: _____

Historia de la muerte (escriba lo que ha ocurrido con este niño o niña que le pueda haber causado la muerte): _____

Durante la enfermedad que causó la muerte, el niño o niña tuvo asistencia médica: () sí () no

Este niño o niña fue acompañado por la Pastoral da Criança desde:

() El embarazo. La embarazada fue acompañada durante _____ meses.

() Solamente después del nacimiento, a partir de los _____ meses.

2. Muerte del niño o niña acompañado:

Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la madre del niño o niña: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha de la muerte: ____/____/____

Causa de la muerte: _____

Historia de la muerte (escriba lo que ha ocurrido con este niño o niña que le pueda haber causado la muerte): _____

Durante la enfermedad que causó la muerte, el niño o niña tuvo asistencia médica: () sí () no

Este niño o niña fue acompañado por la Pastoral da Criança desde:

() El embarazo. La embarazada fue acompañada durante _____ meses.

() Solamente después del nacimiento, a partir de los _____ meses.

3. Muerte del niño o niña acompañado:

Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la madre del niño o niña: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha de la muerte: ____/____/____

Causa de la muerte: _____

Historia de la muerte (escriba lo que ha ocurrido con este niño o niña que le pueda haber causado la muerte): _____

Durante la enfermedad que causó la muerte, el niño o niña tuvo asistencia médica: () sí () no

Este niño o niña fue acompañado por la Pastoral da Criança desde:

() El embarazo. La embarazada fue acompañada durante _____ meses.

() Solamente después del nacimiento, a partir de los _____ meses.

3ª Parte – Registro de muertes

4. Muerte del niño o niña acompañado:

Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la madre del niño o niña: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha de la muerte: ____/____/____

Causa de la muerte: _____

Historia de la muerte (escriba lo que ha ocurrido con este niño o niña que le pueda haber causado la muerte): _____

Durante la enfermedad que causó la muerte, el niño o niña tuvo asistencia médica: () sí () no

Este niño o niña fue acompañado por la Pastoral da Criança desde:

() El embarazo. La embarazada fue acompañada durante _____ meses.

() Solamente después del nacimiento, a partir de los _____ meses.

5. Muerte del niño o niña acompañado:

Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la madre del niño o niña: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha de la muerte: ____/____/____

Causa de la muerte: _____

Historia de la muerte (escriba lo que ha ocurrido con este niño o niña que le pueda haber causado la muerte): _____

Durante la enfermedad que causó la muerte, el niño o niña tuvo asistencia médica: () sí () no

Este niño o niña fue acompañado por la Pastoral da Criança desde:

() El embarazo. La embarazada fue acompañada durante _____ meses.

() Solamente después del nacimiento, a partir de los _____ meses.

6. Muerte del niño o niña acompañado:

Nombre del niño o niña: _____

Nombre de la madre del niño o niña: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha de la muerte: ____/____/____

Causa de la muerte: _____

Historia de la muerte (escriba lo que ha ocurrido con este niño o niña que le pueda haber causado la muerte): _____

Durante la enfermedad que causó la muerte, el niño o niña tuvo asistencia médica: () sí () no

Este niño o niña fue acompañado por la Pastoral da Criança desde:

() El embarazo. La embarazada fue acompañada durante _____ meses.

() Solamente después del nacimiento, a partir de los _____ meses.



Departamento: _____

Diócesis/Sector: _____

1

2

A. Mes y año al que se refieren los datos		
B. Número de Familias Registradas		
1. Número de niños/niñas de 0 a 6 años incompletos registrados por el Líder		
2. De estos niños/niñas registrados , cuántos son menores de 1 año		
3. Número de niños/niñas de 0 a 6 años incompletos visitados , en este mes		
4. De estos niños/niñas visitados cuántos son menores de 1 año		
5. Número de niños/niñas que cumplen 6 meses en este mes		
6. De estos niños/niñas que cumplen 6 meses en este mes, cuántos están solamente mamando el pecho		
7. Número de niños/niñas pesados en este mes		
8. De estos niños/niñas pesados , cuántos aumentaron de peso		
9. De estos niños/niñas pesados , cuántos están desnutridos (por debajo del percentil -2)		
10. De estos niños/niñas pesados , cuántos están con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)		
11. Número de niños/niñas que tuvieron diarrea en este mes		
12. De estos niños/niñas que tuvieron diarrea , cuántos tomaron suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea		
13. Número de niños/niñas que fueron acompañados en los indicadores de oportunidades y conquistas		
14. Según los indicadores de la pregunta 13 cuántos niños o niñas están en situación desfavorable para su desarrollo (ningún indicador fue alcanzado)		
15. Número de niños/niñas que alcanzaron todos los indicadores de oportunidades y conquistas		
16. Número de niños/niñas llevados al Servicio de Salud , en este mes (para vacunación, revisión, o porque estaban enfermos)		
17. De estos niños/niñas llevados al Servicio de Salud, cuántos fueron atendidos		
18. Número de niños/niñas con vacunas completas , al día, para su edad		
19. Número de embarazadas registradas por el Líder		
20. Número de embarazadas visitadas por el Líder en este mes		
21. Número de embarazadas que fueron al Servicio de Salud para consulta prenatal en este mes		
22. Número de embarazadas que fueron al Servicio de Salud para consulta prenatal en este mes y que fueron atendidas		
23. Número de embarazadas con su altura uterina medida en la consulta prenatal		
24. Número de embarazadas que están con la altura uterina por debajo del percentil 10		
25. Número de embarazadas que están con la altura uterina por encima del percentil 90		
26. Número de embarazadas con la vacuna anti-tetánica al día		
27. Número de niños/niñas que nacieron en este mes		
28. De estos niños/niñas que nacieron , cuántos pesaron menos de 2500 gramos		
29. Número de niños/niñas que murieron en este mes – menores de 1 año		
30. Número de niños/niñas que murieron en este mes – de 1 año a 6 años incompletos		



4ª PARTE
RESUMEN DE LOS
ACOMPAÑAMIENTOS
DE CADA MES

Departamento: _____

Diócesis/Sector: _____

1

2

A. Mes y año al que se refieren los datos →		
B. Número de Familias Registradas		
1. Número de niños/niñas de 0 a 6 años incompletos registrados por el Líder		
2. De estos niños/niñas registrados , cuántos son menores de 1 año		
3. Número de niños/niñas de 0 a 6 años incompletos visitados , en este mes		
4. De estos niños/niñas visitados cuántos son menores de 1 año		
5. Número de niños/niñas que cumplen 6 meses en este mes		
6. De estos niños/niñas que cumplen 6 meses en este mes, cuántos están solamente mamando el pecho		
7. Número de niños/niñas pesados en este mes		
8. De estos niños/niñas pesados , cuántos aumentaron de peso		
9. De estos niños/niñas pesados , cuántos están desnutridos (por debajo del percentil -2)		
10. De estos niños/niñas pesados , cuántos están con sobrepeso u obesidad (por encima de la curva +2)		
11. Número de niños/niñas que tuvieron diarrea en este mes		
12. De estos niños/niñas que tuvieron diarrea , cuántos tomaron suero y la madre insistió con la alimentación durante la diarrea		
13. Número de niños/niñas que fueron acompañados en los indicadores de oportunidades y conquistas		
14. Según los indicadores de la pregunta 13 cuántos niños o niñas están en situación desfavorable para su desarrollo (ningún indicador fue alcanzado)		
15. Número de niños/niñas que alcanzaron todos los indicadores de oportunidades y conquistas		
16. Número de niños/niñas llevados al Servicio de Salud , en este mes (para vacunación, revisión, o porque estaban enfermos)		
17. De estos niños/niñas llevados al Servicio de Salud, cuántos fueron atendidos		
18. Número de niños/niñas con vacunas completas , al día, para su edad		
19. Número de embarazadas registradas por el Líder		
20. Número de embarazadas visitadas por el Líder en este mes		
21. Número de embarazadas que fueron al Servicio de Salud para consulta prenatal en este mes		
22. Número de embarazadas que fueron al Servicio de Salud para consulta prenatal en este mes y que fueron atendidas		
23. Número de embarazadas con su altura uterina medida en la consulta prenatal		
24. Número de embarazadas que están con la altura uterina por debajo del percentil 10		
25. Número de embarazadas que están con la altura uterina por encima del percentil 90		
26. Número de embarazadas con la vacuna anti-tetánica al día		
27. Número de niños/niñas que nacieron en este mes		
28. De estos niños/niñas que nacieron , cuántos pesaron menos de 2500 gramos		
29. Número de niños/niñas que murieron en este mes – menores de 1 año		
30. Número de niños/niñas que murieron en este mes – de 1 año a 6 años incompletos		

Oración por los Niños y las Niñas

Señor de la Vida, que nuestros niños y niñas sean como Tú lo deseas.
Que nuestra FE nos ayude a buscar más dignidad y calidad de vida para todos los niños de nuestra comunidad, de nuestra ciudad, de nuestro País y del mundo.

Señor, en muchos lugares la idolatría de la riqueza no permite que ésta sea compartida y es una amenaza para la paz.
Nuestro planeta está cada vez más sobre explotado y contaminado, y los niños son los primeros en sufrir cuando el egoísmo se apodera del corazón de la personas.
¡Danos valentía para cambiar esta historia!

Ayúdanos a luchar contra las causas que promueven el empobrecimiento, la injusticia y la opresión de los niños y sus familias. Danos fuerza para impedir que hoy niñas y niños sean violentados, explotados, forzados a trabajar y envolverse en drogas, duerman y se despierten con hambre y sed, sin escuela para estudiar, espacio seguro para jugar, y mueran por causas que pueden ser prevenidas.

Queremos el bienestar de los niños y las niñas y el respeto a sus derechos.
Vamos a protegerlos durante toda su vida que es sagrada.
Que tu Espíritu nos ilumine para cuidar de los niños y niñas desde el vientre de su madre, y garantizar sus derechos de ciudadanía. Que reciban inmunización y leche materna, alimentación adecuada, agua limpia, educación de calidad, habitación digna, protección y amor desde quienes tienen que cuidarlos, y oportunidades para desarrollarse plenamente.

Señor de la Vida, junto con nuestros niños y niñas, en una sola voz, agradecemos todo el bien hecho por tantas personas de buena voluntad.
Nuestra fuerza está en Ti, y esta fuerza nos lleva a la acción para construir un mundo en el cual todo niño y niña pueda tener vida y vida en abundancia.

¡Amén!



Esta oración fue hecha en colaboración con la GNRC – Red Global de Religiones a favor de la Niñez- para el Día Mundial de Oración y Acción por los Niños. Ore siempre en el hogar con las familias, y con niños y niñas de su comunidad.



Indicadores de oportunidades y conquistas

Líder, converse y pregunte a la familia del niño / niña que cumple en este mes:

1 mes de edad

1. ¿El bebé tiene Certificado de Nacimiento? (Manual pág. 107)
2. ¿Alguien ayuda en casa para que la mamá pueda cuidar bien al bebé? (pág. 109)
3. ¿Durante el amamantamiento hay intercambio de miradas y cariño entre la madre y el bebé? (pág. 130)
4. ¿El bebé se tranquiliza cuando oye la voz de los papás, o cuando lo tocan o lo mecen? (pág. 133)

2 y 3 meses de edad

1. ¿Cuando la mamá o el papá sonríe al bebé, él responde con otra sonrisa? (pág.150)
2. ¿Cuando la mamá o el papá mueve despacio la cara en frente del bebé, él sigue este movimiento? (pág. 151)
3. ¿Cuando los papás colocan al bebé con la barriga hacia abajo, él levanta la cabeza y los hombros, apoyado en los brazos? (pág. 152)
4. ¿Los papás toman al bebé en brazos para acariciar, hablarle y jugar, aunque él no está llorando? (pág. 153)

4 y 5 meses de edad

1. ¿El bebé demuestra que conoce a las personas que están siempre con él? (pág. 166)
2. ¿Cuando alguien hace ruido detrás del bebé, él vuelve la cabeza como buscando el ruido? (pág.167)
3. ¿Los papás animan al bebé a intentar agarrar las cosas que colocan al lado de él? (pág. 168)
4. ¿Cuando alguien coloca al bebé sentado con apoyo (ayuda), él consigue permanecer así? (pág. 169)

6 a 8 meses de edad

1. ¿Los padres o la persona que cuida siempre al bebé le ofrecen oportunidad para que se relacione con otras personas? (pág. 188)
2. ¿Las personas de la familia animan al bebé a jugar con los objetos? (pág. 189)
3. ¿El bebé agarra objetos y juega con ellos golpeando, tirando, rasgando? (pág. 190)
4. ¿Las personas de la familia se comunican con el bebé de diversas maneras, usando sonidos, gestos, palabras? (pág. 191)

9 a 11 meses de edad

1. ¿El bebé hace gestos para comunicarse: apunta con el dedo, hace palmitas, dice adiós? (pág. 202)
2. ¿Las personas de la familia dicen el nombre de los objetos y hablan sobre las actividades que hacen con el bebé? (pág. 203)
3. ¿Las personas de la familia organizan un espacio para que el bebé pueda aprender a moverse solito? (pág. 204)
4. ¿El bebé anda con apoyo? (pág. 205)

1 año a 1 año y 11 meses de edad (12 meses a 23 meses)

1. ¿Las personas de la familia hablan y conversan con el niño? (pág. 217)
2. ¿El niño entiende cuando las personas le piden alguna cosa? (pág.218)
3. ¿El niño se comunica usando frases cortas? (pág. 223)
4. ¿El niño tiene un espacio que ofrezca seguridad para andar, correr y jugar? (pág. 226)

2 años a 3 años y 11 meses de edad (24 meses a 47 meses)

1. ¿Las personas de la familia animan al niño a jugar y juegan con él? (pág. 235)
2. ¿Las personas de la familia enseñan, sin violencia, lo que el niño no puede hacer? (pág. 239)
3. ¿El niño juega al "imagínate que"? (pág. 244)
4. ¿El niño tiene oportunidad de jugar con otros niños? (pág. 246)

4 años a 5 años y 11 meses de edad (48 meses a 71 meses)

1. ¿Las personas de la familia tienen oportunidad de leer para el niño? (pág. 257)
2. ¿Las personas de la familia valoran y animan al niño a dibujar? (pág. 258)
3. ¿Las personas de la familia muestran o convidan al niño a participar de sus actividades? (pág. 259)
4. ¿El niño asiste al pre-escolar? (pág. 262)

Colaboradores

Para realizar su misión, la Pastoral da Criança Internacional - Pastoral de la Niñez cuenta con el importante apoyo de varios colaboradores, entre ellos:



ODEBRECHT



SEÑALES DE PELIGRO – LA EMBARAZADA

Vaya inmediatamente al hospital si aparece alguna de estas señales.



Vomita todo lo que come o bebe



Piernas y brazos bastante hinchados



Fiebre alta / Dolor de cabeza



Sangrado



Pérdida de líquido



A partir del 7º mes de embarazo, observe también: **Bebé que no se mueve o que se agita mucho**

SEÑALES DE PELIGRO – BEBÉ HASTA LOS 2 MESES DE VIDA

Vaya inmediatamente al hospital si el bebé presenta alguna de estas señales.



No se prende al pecho o no consigue alimentarse



Bebé más débil, somnoliento y con llanto débil o gemido



Fiebre alta (temperatura más alta o igual a 38°C)



Temperatura baja (más baja o igual a 35°C)



"Ataque" (Convulsiones)



Diarrea



Ombigo enrojecido o con pus



Muchos granos (ampollas) con pus en el cuerpo

SEÑALES DE PELIGRO – NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS DE VIDA

Vaya inmediatamente al hospital si el niño presenta alguna de estas señales



No mama, no toma líquidos o no se alimenta



Está débil, con lloro débil o mucho gemido



"Ataque" (Convulsiones)



Pérdida grande de peso, palidez e hinchazón en los dos pies



Tiene dificultad para respirar:

- Ruido extraño al respirar (estridor);
- Se le ven las costillas cuando inspira toma el aire (tiraje subcostal)



Vomita todo



Si tiene diarrea y está deshidratado:

- Prueba de la pinza
- Ojos hundidos



Para que todas as crianças tenham vida



**Pastoral da Criança
Internacional**

Pastoral de la Niñez

La Pastore de l'Enfant

Child's Pastoral

Die Kinderpastoral

Coordinación de la Pastoral da Criança Internacional • Pastoral de la Niñez

Rua Jacarezinho, 1691 • Mercês
80.810-900 • Curitiba • Paraná • Brasil
Fone: 55 (41) 2105 0250 • Fax: 55 (41) 2105 0299
pci @pci.org.br • www.pci.org.br

