

24. ¿CUANTO TIEMPO DESPUES DE QUE EMPEZO A ESTAR ENFERMO    5

DÍAS

HORAS

MIN

25 ¿A CUANTAS CONSULTAS LO LLEVO?

1  
NUMERO DE CONSULTAS

26 ¿CON QUIEN(ES) LO LLEVO A CONSULTA?

(ANOTE EN ORDEN CRONOLOGICO)

No. CONSULTA	TIPO DE PERSONAL	NOMBRE	DOMICILIO
1	MEDICO	CS. VILLA DE REYES	

27. LA PERSONA QUE LE DIO LA PRIMERA CONSULTA LE INDICO:

28. MEDIDAS GENERALES

SI NO NO ESPECIFICADO

¿QUE EVITARA CAMBIOS DE TEMPERATURA?

☐ ☐ ☐

¿QUE LE DIERA MAS LIQUIDOS?

☐ ☐ ☐

¿QUE LE DESTAPARA FRECUENTEMENTE SU NARIZ?

☐ ☐ ☐

SI AUN TOMABA, ¿QUE LE CONTINUARA DANDO PECHO?

☐ ☐ ☐

¿QUE EVITARA EXPONERLO A HUMOS DENTRO DE SU CASA?

☐ ☐ ☐

29. ¿ALGUNA MEDICINA

DIGAMA EL NOMBRE DE LA MEDICINA O MEDICINAS: \_\_\_\_\_

SI NO

30. ¿LE DIO INDICACIONES DE REGRESAR SI NOTABA OTRA MOLESTIA?

☐ ☐

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA 32)

31. ¿CUALES ? \_\_\_\_\_

32. ¿LE SEÑALO CUANTO TIEMPO DESPUES REGRESA?

   TIMEPO

33. ¿LE INDICO COMO RECONOCER SI EL NIÑO SE AGRAVABA?

  DIAS HORAS

34. ¿QUE LE DIJO? (DEJE QUE LA MADRE CONTESTE Y SEÑALE SI LE INDICO ALGUNO DE LOS DATOS SIGUIENTES)

Si dejaba de comer

Piel más fría de lo normal

Dificultad para despertarlo

Convulsiones o ataques

Si se ponía morado de los labios o uñas

Más pálido de lo normal

Hundimiento entre las costillas

Respiración rápida o jadeo

Silbido al respirar

Otra

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

ESPECIFIQUE

35. ¿LO ENVIO AL HOSPITAL?

SI NO

☐ ☐

(EN CASO NEGATIVO PASE A LA PREGUNTA)