

Revisiones diarias de la salud de los niños

(Tomado de: <http://www.bmcc.edu/Headstart/Trngds/Diseases/pg91-108.htm>)

El personal de guarderías y proveedores de cuidado de niños deben de conducir revisiones de salud diarias al saludar a cada niño y padre de familia a su llegada. Esta revisión de salud diario no toma mucho tiempo y proporcionará información útil en relación a si un niño está enfermo. El personal de guarderías y proveedores de temprana edad deben también observar al niño durante todo del día.

ESCUCHE: Salude al niño y al padre de familia.

Pregúntele al niño, ¿"Cómo estás hoy?"

Pregúntele al padre de familia, ¿"Cómo le va? ¿Cómo está (nombre del niño)?" "¿Hubo algo diferente anoche?" "¿Cómo durmió?" "¿Cómo está su apetito ésta mañana?"

- Escuche lo que el niño y el padre le dicen acerca de como se siente el niño.
- ¿ Se está quejando de algo si el niño puede hablar,? ¿Esta ronco o tiene un silbido en el pecho?

OBSERVE: Agáchese a la altura del niño(a) para verlo a él/ella claramente. Observe si muestra señales de salud o enfermedad.

- **Apariencia General** (ej.. comodidad, humor, comportamiento y nivel de actividad) ¿El comportamiento del niño(a) es inusual a esta hora del día?
 - ¿Si el niño(a) está muy apegado a los padres, se encuentra irritable, desesperado o confundido?
 - ¿Aparenta decaída, tiene dolor o dificultad para moverse?
- **La Respiración**
 - ¿El niño se encuentra tosiendo, respirando rápido o teniendo dificultad al respirar?
- **La Piel**
 - ¿Se ve el niño(a) pálido o enrojecido?
 - ¿Ve picazón, se encuentra adolorido, inflamado o con moretones?
 - ¿El niño(a) se encuentra rascándose la piel o cuero cabelludo?
- **Los Ojos, Nariz, Oídos y Boca**
 - ¿Los ojos de su niño(a) se ven rojos, con secreciones, pegajosos o aguosos?
 - ¿Tiene flujo nasal?
 - ¿Se está tocando sus oídos?
 - ¿Tiene llagas en la boca, esta babeando excesivamente o tiene dificultad al tragar?

SIENTA: Suavemente pase su mano sobre las mejías, frente y cuello del niño(a)

- ¿El niño(a) se siente inusualmente tibio o frio y húmedo?
- ¿Se siente su piel irritada?

HUELA: Sea consciente de olores inusuales

- ¿El aliento del niño(a) huele mal o a frutas?
- ¿Encuentra un olor extraño o apestoso en el excremento del niño(a)

Archivo de los síntomas

Nombre del Niño(a): _____

Fecha: _____

SINTOMA PRINCIPAL: _____

Cuándo comenzó: _____ Cuánto tiempo lo ha tenido: _____

Cuanto duró: _____ Con qué frecuencia: _____

¿Es constante, está mejorando o ha empeorado? _____

OTROS SINTOMAS: Molestias: _____

Apariencia general (ej: comodidad, temperamento, comportamiento, nivel de actividad,

MARQUE CON UN CIRCULO LOS SINTOMAS:

Respiración: *tos silbido del pecho respiración rápida problemas al respirar*
otro _____

Piel: *pálido enrojecido picazón ampollas inflamación morados* *otro* _____

Vómito: (*# veces*) _____ **Diarrea:** (*# veces*) _____ **Orina:** _____

Ojos: *rosado/rojos acuosos secreciones con costra inflamados* *otro* _____

Boca: *ampollas babeando dificultad al tragar* *otro* _____

Olores: (*ej., aliento, excremento*)

Temperatura: _____ (*axilar, oral, rectal, otro* _____)

¿QUE SE HA HECHO? Comodidad: _____ Descanso: _____

Líquidos (*nombre, cantidad, hora*) _____

Alimentos: (*nombre, cantidad, hora*) _____

Medicamentos: (*nombre, cantidad, hora*) _____

Medidas de Precaución: _____

A quién llamaron y cuándo: *(ej: padre/tutor, persona de contacto en caso de emergencia, consejero de la salud, proveedor de cuidados de la salud del su niño(a), servicios de emergencia de salud)*

Firma: _____