

**Í N D I C E**

	Pág.
Introducción	
I.- Objetivo del Manual .....	5
II.- Red de Procesos.....	7
III.- Lista Maestra .....	11
IV.- Presentación de los Procedimientos .....	15
4.1. Admisión del Pequeño Usuario	
Elaboración de Procedimientos .....	57
Inventario de Registro de Procedimiento .....	66
Formatos .....	67
Diagrama de Flujo .....	68
Verificación de la Ejecución del Procedimiento .....	69
4.2. Planeación de Actividades Educativas	
Elaboración de Procedimientos .....	57
Inventario de Registro de Procedimiento .....	66
Formatos .....	67
Diagrama de Flujo .....	68
Verificación de la Ejecución del Procedimiento .....	69
4.3. Implementación de Actividades Educativas	
Elaboración de Procedimientos .....	57
Inventario de Registro de Procedimiento .....	66
Formatos .....	67
Diagrama de Flujo .....	68
Verificación de la Ejecución del Procedimiento .....	69

4.4. Control del Niño Sano	
Elaboración de Procedimientos .....	57
Inventario de Registro de Procedimiento .....	66
Formatos .....	67
Diagrama de Flujo .....	68
Verificación de la Ejecución del Procedimiento .....	69
4.5. Reporte Diario de Supervisión de Áreas	
Elaboración de Procedimientos .....	57
Inventario de Registro de Procedimiento .....	66
Formatos .....	67
Diagrama de Flujo .....	68
Verificación de la Ejecución del Procedimiento .....	69
4.6. Escuela para Padres	
Elaboración de Procedimientos .....	57
Inventario de Registro de Procedimiento .....	66
Formatos .....	67
Diagrama de Flujo .....	68
Verificación de la Ejecución del Procedimiento .....	69
V.- Bibliografía.....	222

## **I N T R O D U C C I Ó N**

En el marco del Programa de Modernización Integral de la Salud 2004-2009 es grato concluir este Manual de Procedimientos que fue elaborado en equipo con la participación del personal de toda la unidad, por lo que se pone a la entera disposición de ustedes para su uso y aplicación.

Cabe mencionar que se llevó a cabo conforme a los lineamientos establecidos por la Secretaría de la Contraloría General y se conforma por los siguientes apartados: En el capítulo I, se menciona el objetivo del Manual, el capítulo II presenta la Red de Procesos, el capítulo III la Lista Maestra, en el capítulo IV se presentan cada uno de los Procedimientos de la unidad con información en cada uno de ellos referente a Elaboración de Procedimientos, formatos e instructivos de llenado, diagrama de flujo, inventario del registro del procedimiento y verificación de la ejecución del procedimiento, por último, en el capítulo V se aborda la bibliografía utilizada para la elaboración del mismo.

Este documento se revisará y en su caso, se actualizará anualmente, toda vez que se presente un cambio en la estructura orgánica, marco jurídico-administrativo, atribuciones, o bien; en el contexto de la competencia funcional de las áreas que integran a la Unidad.

# **CAPÍTULO I**

## **OBJETIVO DEL MANUAL**

## **I.- OBJETIVO DEL MANUAL**

Documentar los procedimientos del Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43 de acuerdo al nuevo enfoque de sistemas de la Secretaría de la Contraloría General, integrando en forma ordenada, secuencial y detallada, las operaciones que se efectúan, los órganos que intervienen y los formatos a utilizar en el desarrollo de cada proceso, así como precisando responsabilidades operativas para la ejecución, control y evaluación de las actividades de la unidad.

# **CAPÍTULO II**

## **RED DE PROCESOS**



Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43



**RED DE PROCESOS**  
**Servicios de Salud de Sonora**  
**Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43**

Clave de la Unidad Administrativa		Fecha de elaboración	Hojas
20CDI		28/10/2009	1 de 1
No	Macroprocesos	No. de revisión	Código de la Red
1	Coordinación	00	66-RP-20CDI/REV.00
2	Planeación		
3	Financiamiento y/o Gestión de Recursos		
4	Prestación de Servicios y Formación de Recursos Humanos para la Salud		
5	Supervisión, Evaluación y Control de Servicios		
6	Administración de la Gestión Interna		
7	Apoyo Jurídico		
8	Conservación y Mantenimiento de Infraestructura y Equipo		

DIR.	FACULTAD	No. MACROPROCESO	No.	SUBPROCESO	TIPO	PR.	RESPONSABLE	PRODUCTO	INDICADOR	No.	PROCEDIMIENTO	PRODUCTO	CLIENTE	INDICADOR	No.	PROYECTOS	PRODUCTO	INDICADOR
03-01-21	B	04	16	Atención educativo asistencial a hijos de madres trabajadoras de origen federal	Operativo	1	Lic. Edna Patricia Orrantía Campoy	Ingreso del menor	No. De solicitudes recibidas No. De solicitudes otorgadas	01	Admisión del pequeño usuario	El ingreso del menor	Hijos de madres trabajadoras de origen federal	No. de solicitudes recibidas/No. de solicitudes otorgadas				
03-01-21	B	04	16	Atención educativo asistencial a hijos de madres trabajadoras de origen federal	Soporte	1		Ingreso del menor	No. De solicitudes recibidas No. De solicitudes otorgadas	02	Planeación de actividades educativas	Planeaciones acorde a la necesidad de cada sala y niño lactante, maternal y preescolar, propias de su desarrollo, considerando habilidades adquiridas y habilidades por desarrollar.	Niños de lactantes, maternales y preescolares	Planeación de actividades (pa) es igual a las actividades diarias por días programados sobre actividades diarias por días laborados por cien.				
03-01-21	B	04	16	Atención educativo asistencial a hijos de madres trabajadoras de origen federal	Soporte	1		Ingreso del menor	No. De solicitudes recibidas No. De solicitudes otorgadas	03	Implementación de actividades educativas	Niños con competencia y/o habilidades cognitivas, sociales, afectivas y motrices efectivas.	Niños de lactantes, maternales y preescolares	Implementación de actividades (ia) es igual a las actividades implementadas diarias sobre actividades programadas por cien.				
03-01-21	B	04	16	Atención educativo asistencial a hijos de madres trabajadoras de origen federal	Soporte	1		Ingreso del menor	No. De solicitudes recibidas No. De solicitudes otorgadas	04	Control del niño sano	Usuarios sanos y seguros	Niños de 6 meses de edad hasta que inicien su educación primaria	100% de los niños inscritos				
03-01-21	B	04	16	Atención educativo asistencial a hijos de madres trabajadoras de origen federal	Soporte	2		Ingreso del menor	No. De solicitudes recibidas No. De solicitudes otorgadas	05	Reporte diario de supervisión de áreas	Mantener las diferentes áreas del C.D.I. En buenas condiciones de seguridad e higiene.	Usuarios y personal docente	100% de las instalaciones del C.D.I.				
03-01-21	B	04	16	Atención educativo asistencial a hijos de madres trabajadoras de origen federal	Soporte	2		Ingreso del menor	No. De solicitudes recibidas No. De solicitudes otorgadas	06	Escuela para padres	Tema seleccionado y calendarizado, lista de asistencia, encuesta sobre el tema dirigido.	Padres de familia beneficiados de los S.S.S.	No. De padres de familia invitados sobre no. De padres de familia que asistieron.				

CATALOGO DE FACULTADES	
A	Coordinación
B	Servicios de salud y formación de recursos humanos para la salud
C	Protección contra Riesgos Sanitarios
D	Apoyo Jurídico
E	Planeación Estratégica, Administración y Gestión

PRIORIDAD	
1	Alta
2	Normal
3	Baja

Elaboró	Revisó	Aprobó
Lic. Sofía Livier Sallard Flores Administradora del C.D.I.	Lic. Edna Patricia Orrantía Campoy Directora del C.D.I.	Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud de Sonora

**DIR.** Direccionamiento con el Eje Rector, Objetivo del Plan Estatal de Desarrollo y Programa de Mediano Plazo.  
**PR.** Prioridad.

66-SIP-P01-F01/REV.00



# **CAPÍTULO III**

## **LISTA MAESTRA**



## LISTA MAESTRA

Servicios de Salud de Sonora

Fecha:	25/01/2010
Hojas:	1 de 2

### 20CDI CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DEL S.N.T.S.A. SECCIÓN 43

CÓDIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	No. DE REVISIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN (dd/mm/aa)
66-RP-20CDI/REV.00	Red de Procesos	00	25/01/2010
	<b>PROCEDIMIENTOS</b>		
66-03-01-21-04/20CDI-16-P01/REV.00	Admisión del Pequeño Usuario	00	25/01/2010
66-03-01-21-04/20CDI-16-P02/REV.00	Planeación de Actividades Educativas	00	25/01/2010
66-03-01-21-04/20CDI-16-P03/REV.00	Implementación de Actividades Educativas	00	25/01/2010
66-03-01-21-04-20CDI-16-P04/REV.00	Control del Niño Sano	00	25/01/2010
66-03-01-21-04-20CDI-16-P05/REV.00	Reporte Diario de Supervisión de Áreas	00	25/01/2010
66-03-01-21-04-20CDI-16-P06/REV.00	Escuela para Padres	00	25/01/2010
	<b>FORMATOS</b>		
66-20CDI-P01-F01/REV.00	Solicitud de Inscripción	00	25/01/2010
66-20CDI-P01-F02/REV.00	Requisitos de Ingreso	00	25/01/2010
66-20CDI-P01-F03/REV.00	Cédula de Identificación del Niño	00	25/01/2010
66-20CDI-P01-F04/REV.00	Certificación de Vigencia y Control del Derecho al Servicio	00	25/01/2010
66-20CDI-P01-F05/REV.00	Notificación de Ingreso	00	25/01/2010
66-20CDI-P01-F06/REV.00	Recibo de Entrega del Reglamento Interno	00	25/01/2010
66-20CDI-P01-F07/REV.00	Credencial de Identificación del Menor	00	25/01/2010
66-20CDI-P01-F10/REV.00	Entrevista de Desarrollo Psicológico	00	25/01/2010
66-20CDI-P02-F01/REV.00	Programación semanal de Estimulación de Lactantes	00	25/01/2010

## Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

66-20CDI-P02-F02/REV.00	Programación semanal de Estimulación de Maternales	00	25/01/2010
66-20CDI-P02-F03/REV.00	Programación semanal de Estimulación de Preescolares	00	25/01/2010
66-20CDI-P02-F04/REV.00	English Class Lesson Plan Preescolares	00	25/01/2010
66-20CDI-P03-F01/REV.00	Programación semanal de Estimulación de Lactantes	00	25/01/2010
66-20CDI-P03-F02/REV.00	Programación semanal de Estimulación de Maternales	00	25/01/2010
66-20CDI-P03-F03/REV.00	Programación semanal de Estimulación de Preescolares	00	25/01/2010
66-20CDI-P03-F04/REV.00	English Class Lesson Plan Preescolares	00	25/01/2010
66-20CDI-P04-F01/REV.00	Historia Clínica	00	25/01/2010
66-20CDI-P04-F02/REV.00	Hoja de Evolución	00	25/01/2010
66-20CDI-P04-F03/REV.00	Tarjeta de Control del Niño Sano	00	25/01/2010
66-20CDI-P04-F04/REV.00	Ficha de Control de Vacunación	00	25/01/2010
66-20CDI-P04-F05/REV.00	Gráficas de Control de Peso y Talla	00	25/01/2010
66-20CDI-P04-F06/REV.00	Tríptico Escuela para Padres	00	25/01/2010
	<b>ANEXOS</b>		
66-20CDI-P01-G01/REV.00	Diagrama de Flujo para la Admisión del Pequeño Usuario	00	25/01/2010
66-20CDI-P02-G01/REV.00	Diagrama de Flujo para la Planeación de Actividades Educativas	00	25/01/2010
66-20CDI-P03-G01/REV.00	Diagrama de Flujo para la Implementación de Actividades Educativas	00	25/01/2010
66-20CDI-P04-G01/REV.00	Diagrama de Flujo para el Control del Niño Sano	00	25/01/2010
66-20CDI-P05-G01/REV.00	Diagrama de Flujo para el Reporte Diario de Supervisión de Áreas	00	25/01/2010
66-20CDI-P06-G01/REV.00	Diagrama de Flujo para Escuela para Padres	00	25/01/2010

06-SIP-P02-F01/REV.00

# **CAPÍTULO IV**

## **PRESENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS**

## ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS



Ente Público 66	Direccionamiento al PED 03-01-21	Hoja No. 1 de 5
Macroproceso 04	Subproceso 16	Fecha de elaboración 25/01/2010
Unidad Administrativa 20 CDI	Procedimiento P01	No. de Revisión 00

**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:** Admisión del pequeño usuario

**CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:** 66-03-01-21-04/20CDI-16-P01/REV.00

### I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Lograr que el beneficiario cumpla con todos los elementos necesarios para el ingreso del menor, estipulados en el Reglamento Interno del C.D.I. del S.N.T.S.A. Sección 43

### II. APLICACIÓN ( ) General ( X ) Específica

C.D.I. del S.N.T.S.A. Sección 43

### III. ALCANCE

Hijos de madres trabajadoras de origen Federal del S.N.T.S.A. Sección 43

### IV. DEFINICIONES

C.D.I. Centro de Desarrollo Infantil  
 S.N.T.S.A. Sindicato Nacional de Trabajadores de los Servicios de Salud  
 Neoplásicos ( Tumorações benignos o malignos )  
 Endocrinológicos ( Referente al sistema glandular )  
 Hematológicos ( Referente a la sangre )  
 Fímicos ( Referente a tuberculosis )  
 Luéticos ( Referente a sífilis )  
 Toxicomanías ( Adicción a alguna droga o estimulantes del sistema nervioso central )  
 Producto de gesta ( Gestación o embarazo )  
 Atención prenatal ( Cuidados durante el embarazo )  
 Toxemia ( Síndrome que ocurre en embarazo ocasionando hipertensión arterial )  
 Linfo hemático ( Sistema linfático y sanguíneo )  
 F.C. ( Frecuencia cardiaca )  
 P.C. ( Perímetro cefálico )  
 P.T. ( Perímetro torácico )  
 P.A. ( Presión arterial )  
 P.A. ( Perímetro abdominal )  
 Adenopatías ( Inflamación de ganglios )  
 Exploración neurológicas ( Exploración física del sistema nervioso )  
 Cardiopatías ( Enfermedades del corazón )  
 Eutócico ( Referente a un parto normal )  
 Distócico ( Parto con complicaciones )  
 Analgesia ( Ausencia de dolor )  
 Ictericia ( Coloración de piel y tegumentos color amarillento )  
 Cianosis ( Coloración morada o grisácea )

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43



Ente Público 66	Direccionamiento al PED 03-01-21	Hoja No. 2 de 5
Macroproceso 04	Subproceso 16	Fecha de elaboración 25/01/2010
Unidad Administrativa 20 CDI	Procedimiento P01	No. de Revisión 00

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Admisión del pequeño usuario</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-03-01-21-04/20CDI-16-P01/REV.00</b>

Desarrollo somático funcional ( Desarrollo y crecimiento normal )  
 Post natal ( Después del nacimiento )  
 Vesical ( Referente a la vejiga )  
 Enuresis ( Orinar espontáneamente durante el sueño )  
 Geofagia ( Ingestión de tierra )  
 Escalatina ( Enfermedad en la piel ocasionada por una bacteria )  
 Parotiditis ( Inflamación de glándulas parótidas "parotiditis" )  
 Parasitosis ( Enfermedad ocasionada por una bacteria )  
 Génito-urinario ( Referente al sistema genital y urinario )

**V. REFERENCIAS**

Reglamento interno del C.D.I. y Manuales Administrativos.

**VI. POLÍTICAS**

Sólo se otorgará el servicio a hijos de madres trabajadoras de origen Federal del S.N.T.S.A. Sección 43  
 El ingreso estará sujeto a las metas establecidas del C.D.I.

**VII. PRODUCTOS**

El ingreso del menor.

**VIII. CLIENTE(S)**

Hijos de madres trabajadoras de origen Federal del S.N.T.S.A. Sección 43

**IX. INDICADORES**

Número de solicitudes recibidas para el servicio/Número de admisiones otorgadas para brindar el servicio, según la capacidad del Centro.

**X. FORMATOS E INSTRUCTIVOS**

- F1- Solicitud de inscripción
- F2.- Requisitos de Ingreso
- F3- Cédula de identificación del niño
- F4- Certificación de Vigencia y Control del Derecho al Servicio
- F5.- Credencial del niño
- F6.- Historia Clínica
- F7.- Entrevista de Desarrollo Psicológico
- F8.- Recibo del Reglamento Interno
- F4- Notificación de ingreso
- I1- Instructivo de llenado para la solicitud de inscripción
- I2- Instructivo de llenado para la cédula de identificación del niño
- I3- Instructivo de llenado para la certificación de vigencia y control del derecho al Servicio.
- I4- Instructivo de llenado para la notificación de ingreso.



Ente Público 66	Direccionamiento al PED 03-01-21	Hoja No. 3 de 5
Macroproceso 04	Subproceso 16	Fecha de elaboración 25/01/2010
Unidad Administrativa 20 CDI	Procedimiento P01	No. de Revisión 00

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Admisión del pequeño usuario
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> 66-03-01-21-04/20CDI-16-P01/REV.00

**XI. ANEXOS**

66-20CDI-P01-G01/REV.00 Diagrama de Flujo para la Admisión del pequeño usuario, Inventario de Registro de Procedimiento y Verificación de la Ejecución del Procedimiento

**XII. RESPONSABILIDADES**

**Directora del CDI SNTSA Secc. 43:** Otorgar el Reglamento Interno a los Padres del usuario, una vez que se autorizó el ingreso por los diferentes Departamentos.

**Encargada de Servicios Escolares:** Recibir la documentación de los Padres del usuario, abrir expediente del usuario y canalizarlo a los Departamentos correspondientes.

**Jefa del Departamento de Fomento a la Salud:** Elaborar el diagnóstico clínico del usuario.

**Jefa del Departamento de Nutrición:** Elaborar la Valoración Nutricia al usuario.

**Jefa del Departamento de Psicopedagogía:** Elaborar y realizar valoración Psicopedagógica al usuario.

**XIII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
	1. Recepción de Solicitudes de ingreso	

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

Encargada de Servicios Escolares	<p>1.1. Recibe al padre del usuario solicitando ingreso para el menor.</p> <p>1.2. Solicita al padre acudir al S.N.T.S.A. Sección 43 por anuencia con derecho a guardería. "Una vez recibida la anuencia"</p> <p>1.3. Otorga solicitud al padre para su llenado. "Una vez llenada la solicitud"</p> <p>1.4. Recibe del padre la solicitud, archiva clasificándola por sala y fecha de solicitud.</p>	
	2. Verificación de capacidad por sala y meta establecida para el CDI	
Encargada de Servicios Escolares	<p>2.1. Revisa número de solicitudes por edad. "Si hay disponibilidad"</p> <p>2.2. Establece comunicación con la Directora del CDI para solicitar autorización para hablarle al beneficiario y pasa a la actividad No. 3</p>	




Ente Público 66	Direccionamiento al PED 03-01-21	Hoja No. 4 de 5
Macroproceso 04	Subproceso 16	Fecha de elaboración 25/01/2010
Unidad Administrativa 20 CDI	Procedimiento P01	No. de Revisión 00

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Admisión del pequeño usuario</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-03-01-21-04/20CDI-16-P01/REV.00</b>

	<p>"Si no hay disponibilidad"</p> <p>2.3. Resguarda solicitud hasta tener capacidad.</p>	
	<b>3. Notificación a los padres de recepción del usuario y recabación de requisitos</b>	
Encargada de Servicios Escolares	<p>3.1. Localiza al beneficiario para informarle que existe cupo para el menor y solicita acudir por requisitos. "Reunidos todos los requisitos solicitados por el CDI"</p> <p>3.2. Envía a Fomento a la Salud los análisis clínicos para su revisión.</p> <p>Nota: Los requisitos consisten en traer Acta De Nacimiento, Cartilla de Vacunación, Análisis, Constancia de Trabajo y Fotografías.</p>	
	<b>4. Revisión de Análisis Clínicos</b>	



Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

Fomento a la Salud	<p>4.1. Recibe análisis clínicos para verificar ausencia de patologías del menor para su ingreso al CDI.</p> <p>“Si está apto para ingresar según los resultados”</p> <p>4.2. Notifica a Servicios Escolares para asignación de cita para la valoración médica completa del usuario y pasa a la actividad No. 5.</p> <p>“Si no está apto para ingresar según los resultados”</p> <p>4.3. Solicita a los Padres del usuario tratamiento o realización de nuevos exámenes (Se regresa a la actividad No. 4.1.).</p>		
	<b>5. Valoración Médica del usuario</b>		
Encargada de Servicios Escolares	<p>“Una vez citado al beneficiario”</p> <p>5.1. Recibe al Padre y usuario y turna al Dpto. de Fomento a la Salud para la integración de su expediente clínico y valoración médica completa.</p>	Expediente Clínico.	
Jefa del Departamento de Fomento a la Salud	<p>5.2. Recibe al padre y usuario y realiza expediente clínico y valoración médica completa del usuario.</p> <p>“Posteriormente”</p> <p>5.3. Turna al beneficiario al Dpto. de Nutrición.</p>		
Jefa del Departamento de	5.4. Realiza la valoración nutricia del pequeño usuario y turna.		Formato Valoración
	Ente Público 66	Direccionamiento al PED 03-01-21	Hoja No. 5 de 5
	Macroproceso 04	Subproceso 16	Fecha de elaboración 25/01/2010
	Unidad Administrativa 20 CDI	Procedimiento P01	No. de Revisión 00

**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Admisión del pequeño usuario**

**CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 66-03-01-21-04/20CDI-16-P01/REV.00**

Nutrición		Nutricia
Jefa del Departamento de Psicopedagogía	5.5. Realiza la Entrevista de Desarrollo Psicológico y se le brinda el recorrido por las instalaciones del Centro y lo lleva a Servicios Escolares.	Entrevista de Desarrollo Psicológico
	<b>6. Información sobre condiciones de pago y otorgamiento de Reglamento Interno</b>	
Encargada de Servicios Escolares	6.1. Recibe nuevamente al beneficiario informando las condiciones de pago, enseguida lo refiere a Dirección para el otorgamiento del Reglamento Interno del C.D.I.	Formato de Firma
Directora del CDI	6.2. Entrega Reglamento Interno a la madre trabajadora del pequeño usuario.	
	<b>7. Entrega de documentos originales al Padre del usuario</b>	

---

*Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43*

<p>Encargada de Servicios Escolares</p>	<p>7.1. Entrega documentos originales al beneficiario.</p> <p>Nota: Los documentos que se entregan consisten en: Acta De Nacimiento Original, Cedula De Identificación Del Niño, Certificación De Vigencia, Formato De Firma De Reglamento Interno, Firma De Notificación De Ingreso Y Credencial Del Menor Y Personas Autorizadas.</p> <p>Fin del Procedimiento</p>	
---	--	--

**Elaboró:**

**Revisó:**

**Aprobó:**

---

**C. Sandra Verónica Félix López**  
**Encargada de Servicios Escolares**  
**del Centro de Desarrollo Infantil del**  
**S.N.T.S.A., Sección 43**

---

**Lic. Edna Patricia Orrantía Campoy**  
**Directora del Centro de Desarrollo**  
**Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43**

---

**Dr. José Jesús Bernardo Campillo García**  
**Presidente Ejecutivo de los Servicios de**  
**Salud de Sonora**

# **FORMATOS E INSTRUCTIVOS**

**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**

**S.N.T.S.A., Sección 43**

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

1) Sala de Atención Solicitada	LB	LC	MA	MB	MC	PII	PIII

2) Fecha: \_\_\_\_\_ 3) No. de Solicitud: \_\_\_\_\_

**Datos del Niño:**

Nombre: 4) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido paterno    Apellido materno    Nombre(s)  
 Fecha de nacimiento: 5) \_\_\_\_\_ Para ingresar en la Sala: 6) \_\_\_\_\_

**Datos del Trabajador:**

Nombre: 7) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido paterno    Apellido materno    Nombre(s)  
 Domicilio: 8) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Calle    Numero    Colonia  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Ciudad    C.P.    Teléfono(s)  
 Tiempo aproximado de traslado de su casa al CDI: 9) \_\_\_\_\_ De ésta a su trabajo: 10) \_\_\_\_\_

**Datos Generales del Centro de Trabajo:**

Centro de Trabajo: 11) \_\_\_\_\_  
 Domicilio: 12) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Calle    No.    Colonia    C.P.  
 Horario de trabajo: 13) \_\_\_\_\_ Teléfono(s): 14) \_\_\_\_\_ Ext.(s): \_\_\_\_\_

Fecha de notificación del cupo: 15) \_\_\_\_\_  
 Observaciones: 16) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 17) Nombre y firma de la Directora

\_\_\_\_\_ 18) Nombre y firma del Trabajador

. Reporte Diario de Supervisión de Áreas

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1. Sala de atención solicitada	- Sala que ocupará el menor de acuerdo a la edad del menor.
2. Fecha	- Fecha en que se llena el formato.
3. N°. De solicitud	- Número que ocupa la solicitud de acuerdo a la

66-20CDI-P01-F02/REV.00



**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**

DEL S.N.T.S.A., SECCION 43

CDI-A-03

**REQUISITOS DE INGRESO**

<p>Personas con derecho al servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Madre trabajadora con base de origen Federal de los Servicios de Salud de Sonora.</li> <li>◆ Padre viudo con base de origen Federal de los Servicios de Salud de Sonora</li> <li>◆ Padre divorciado con base de origen Federal de los Servicios de Salud de Sonora.</li> </ul>
<p>Requisitos del niño</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tener 6 meses cumplidos.</li> <li>◆ Estar sano y con su esquema de vacunación actualizado</li> </ul>
<p>Documentos a presentar</p>	<p><u>Del menor:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Acta de Nacimiento original (cotejo) y fotocopia</li> <li>◆ Examen Médico de Admisión                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biometría hemática</li> <li>- Examen general de orina</li> <li>- Cultivo de exudado faringeo</li> <li>- Coproparasitoscopico seriado (3)</li> <li>- Grupo sanguíneo y RH</li> </ul> </li> <li>Indicaciones:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin aseo bucal y en ayunas</li> <li>- Recoger la primera muestra de orina de la mañana</li> <li>- Recoger 3 muestras de excremento, una muestra diaria</li> </ul> </li> <li>◆ Cartilla Nacional de Vacunación y fotocopia</li> <li>◆ Cuatro fotografías tamaño infantil</li> </ul> <p><u>Del trabajador:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Solicitud de Inscripción*</li> <li>◆ Comprobante que certifique la Vigencia de Derechos*</li> <li>◆ Constancia de trabajo</li> <li>◆ Tres fotografías tamaño infantil</li> <li>◆ Tres fotografías tamaño infantil de las personas autorizadas para recoger al menor en ausencia del trabajador (el número de personas no excederá de tres, debiendo ser mayores de edad) y preferentemente tener distinto domicilio entre sí</li> </ul> <p><u>Del trabajador viudo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Copia certificada de acta de defunción de la madre del menor</li> </ul> <p><u>Del trabajador divorciado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Documento legal que compruebe que tiene la custodia del menor</li> </ul>

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ El ingreso o reingreso del menor queda sujeto al cupo existente en la Sala de Atención.</li> <li>◆ Una vez notificada la aceptación se dispone de diez días hábiles para entregar al Centro la documentación requerida.</li> <li>◆ Deberá cubrir la cuota de recuperación de nuevo ingreso por la cantidad de \$ 100.00, estipulada por el Consejo Técnico Consultivo. ( Sujeto a cambio )</li> <li>◆ Deberá cubrir la cuota de recuperación mensual por la cantidad de \$ 100.00, estipulada por el Consejo Técnico Consultivo. ( Sujeto a cambio )</li> </ul> <p>* Estos documentos serán proporcionados por el Centro de Desarrollo Infantil para su trámite.</p>
---------------	---



**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**  
del S.N.T.S.A., Sección 43

11-20CDI-P01-F-3(1)

**CEDULA DE IDENTIFICACION  
DEL NIÑO**

Fecha	Ingreso	Reingreso	Cambio
Sala de Atención			
Período de baja temporal:			

**NIÑO**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno
Apellido materno
Nombre(s)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Año
Mes
Día

**MAMA**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno
Apellido materno
Nombre(s)

**PERSONAS  
AUTORIZADAS**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno
Apellido materno
Nombre(s)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno
Apellido materno
Nombre(s)

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre(s)



**Autorizo al personal del CDI a:**

- ♦ Entregar a mi hijo a las personas registradas en este documento.
- ♦ Tomar las medidas de emergencia necesarias en caso de que mi hijo se enferme o sufra algún accidente durante su permanencia en el CDI.
- ♦ A que desarrollen con mi hijo las estrategias pedagógicas en beneficio de su desarrollo integral.

\_\_\_\_\_  
 Firma de la Trabajadora



**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**

**Del S.N.T.S.A., Sección 43**

**11-20CDI-P01-F-3  
 (2)**

**CEDULA DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO**

<b>M A M A</b>	<b>Nombre: 1)</b> _____ <small>Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre(s)</small>
	<b>Domicilio: 2)</b> _____ <small>Calle                      No.                      Colonia                      Teléfono - Celular</small>
	<b>Centro de Trabajo: 3)</b> _____
	<b>Domicilio: 4)</b> _____ <small>Calle                      No.                      Colonia                      Telefonos</small>
	<b>Horario de trabajo: 5)</b> _____

<b>Nombre: 6)</b> _____ <small>Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre(s)                      Firma</small>
<b>Domicilio: 7)</b> _____ <small>Calle                      No.                      Colonia                      Teléfono - Celular</small>
<b>Centro de Trabajo: 8)</b> _____
<b>Domicilio: 9)</b> _____ <small>Calle                      No.                      Colonia                      Telefonos</small>
<b>Nombre:</b> _____ <small>Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre(s)                      Firma</small>
<b>Domicilio:</b> _____ <small>Calle                      No.                      Colonia                      Teléfono - Celular</small>
<b>Centro de Trabajo:</b> _____
<b>Domicilio:</b> _____

*Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43*

	Calle	No.	Colonia	Teléfonos
<b>Nombre:</b>	_____		_____	_____
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Firma
<b>Domicilio:</b>	_____		_____	_____
	Calle	No.	Colonia	Telefono - Celular
<b>Centro de Trabajo:</b>	_____			
<b>Domicilio:</b>	_____		_____	_____
	Calle	No.	Colonia	Teléfonos

**NOTA:**

\* Para cotejo de firma anexar al presente documento copia de credencial de elector por ambos lados de las personas autorizadas.

\* Los datos de este formato serán actualizados cuatrimestralmente.

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN  
CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN BIS

**66-20CDI-P01-I-3**

	<i>CONCEPTO</i>	<i>SE ANOTARÁ</i>
1.	Nombre	- Apellido paterno, apellido materno y nombre completo
2.	Domicilio	- Nombre de la calle, número, colonia donde vive, teléfono ó celular.
3.	Centro de trabajo	- Nombre de la empresa donde labora.
4.	Domicilio	- Domicilio donde se encuentra ubicado el centro de trabajo y teléfono.
5.	Horario de trabajo	- Horario que tiene de entrada y salida.
6.	Nombre	- Anotar el apellido paterno, apellido materno y nombre completo.
7.	Domicilio	- Lugar donde se ubica su hogar, el número y colonia, así como el número telefónico.
8.	Centro de trabajo	- Anotar el nombre de la empresa donde labora.
9.	Domicilio	- Lugar donde se encuentra ubicada la empresa.



*Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43*



**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**

**Del S.N.T.S.A., Sección 43**

**CERTIFICACION DE VIGENCIA Y CONTROL DEL DERECHO AL SERVICIO**

**DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR**

**66-20CDI-P01-F-4**

**Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43**

Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)		
Adscripción			Centro de trabajo					
<b>Domicilio:</b>								
Calle			No.			Colonia		
Código postal				Teléfono(s) y Ext. (s)				
Puesto				Clave presupuestal				
Horario de trabajo				Sueldo mensual				
<b>Funciones que Usted desempeña:</b>								
Antigüedad en el puesto				Antigüedad en la plaza de base				

**DATOS DEL MENOR:**

Nombre:			Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)		
Fecha de nacimiento:		04		FEBRERO		2001		Sexo: 1 Masculino			
		Día		Mes		Año		2 Femenino			

**CERTIFICA:**

<b>ENF. YOLANDA LEYVA LEYVA</b>	
Nombre del Srio. de Prestaciones Sociales del S.N.T.S.A., Sección 4	Firma
<b>DR. MARIO VAILLALOBOS GARCÍA</b>	
Nombre y Firma del Secretario General del S.N.T.S.A., Sección 43	

<b>FECHA DE CERTIFICACION</b>	
DIA / MES / AÑO	
<b>SELLO DE CERTIFICACION</b>	
<b>TIPO DE MOVIMIENTO</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta	Baja
En caso de Baja especificar causa (s):	
Firma de la Madre	

11-20CDI-P01-I-4

66-20CDI-F-6



**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**  
Del S.N.T.S.A., Sección 43

HERMOSILLO, SONORA, A \_\_\_\_\_<sup>1)</sup>

**RECIBO DE ENTREGA  
REGLAMENTO INTERIOR DEL PLANTEL**

RECIBI DEL ÁREA DE SERVICIOS ESCOLARES DEL PLANTEL, EL REGLAMENTO INTERIOR DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DEL S.N.T.S.A., SECCIÓN 43, EL CUAL ME COMPROMETO A CUMPLIR TODOS LOS INCISOS QUE AHÍ SE MENCIONAN; PARA UN MEJOR DESARROLLO INTEGRAL DE MI HIJO (A), QUE DIRECTAMENTE RECIBE LOS BENEFICIOS.

A T E N T A M E N T E

RECIBO: \_\_\_\_\_<sup>2)</sup>

ENTREGO: \_\_\_\_\_<sup>4)</sup>

\_\_\_\_\_  
3) NOMBRE Y FIRMA

\_\_\_\_\_  
5) ENCARGADA DE SERVICIOS ESCOLARES

66-20CDI-F-6

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE RECIBO PARA  
ENTREGA DEL REGLAMENTO**

---

*Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43*

<i>CONCEPTO</i>	<i>SE ANOTARÁ</i>
1.- Hermosillo, Sonora., a	- La fecha en que se elabora el recibo.
2.- Recibo.	- Nombre de quien recibe.
3.- Nombre y firma.	- Nombre y firma de quien lo recibe.
4.- Entrego	- Nombre de quien lo entrega.
5.- Encargado de servicios escolares.	- Nombre y firma de quien lo entrega

06-SIP-P01-F02/REV.00

**66-20CDIP01-F-07**

 <p><b>CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL</b> del S.N.T.S.A. <i>Sección 43</i> <b>CREDENCIAL DE IDENTIFICACION</b></p>
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div>

---

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

- 5) \_\_\_\_\_  
1) Nombre del trabajador
- \_\_\_\_\_
- 2) Firma
- \_\_\_\_\_
- 3) Nombre y Firma de la persona autorizada



4)

66-20CDI-P01-I-7

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA LA CREDENCIAL DE IDENTIFICACIÓN

---

*Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43*

<i>CONCEPTO</i>	<i>SE ANOTARÁ</i>
1.- Nombre	- Nombre del año o trabajador.
2.- Firma	- Firma del trabajador.
3.- Nombre y firma de la persona autorizada	- Nombre y firma de la persona autorizada.
4.- Directora del C.D.I.	- Nombre y firma de la directora.
5.- Foto	- Foto de la persona interesada.

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL S.N.T.S.A. SECCIÓN 43

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE VALORACIÓN NUTRICIA.**

**HISTORIA NUTRICIA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO.**

- 1. NOMBRE. SE ANOTA APELLIDO PATERNO MATERNO Y NOMBRES.
- 2. SEXO UNA “M” PARA MASCULINO , “F” PARA FEMENINO
- 3. FECHA DE NACIMIENTO. DÍA, MES Y AÑO EN QUE NACIÓ
- 4. EDAD ACTUAL AÑOS CON MESES CUMPLIDOS
- 5. SALA DE ACUERDO A LA EDAD DEL USUARIO SE ANOTARÁ LA SALA (LACTANTES “B” Ó “C”.
- 6. FECHA DE APLICACIÓN. DÍA MES Y AÑO EN QUE SE REALIZA LA ENCUESTA NUTRICIA.

**ANTECEDENTES**

**I. ANTROPOMÉTRICOS**

SE REFIERE A PESO Y TALLA AL NACER Y EN LA ACTUALIDAD

- 1.PESO (Kgs.) PESO EN KILOS Y GRAMOS AL NACER.
- 2. TALLA (cms.) CENTÍMETROS AL NACER
- RANGO NORMAL ANOTAR EL RANGO NORMAL VERIFICANDO EN HISTORIA CLÍNICA DEL EXPEDIENTE DE INGRESO.
- 3. SI ES “SÍ” PONER “X” EN PARÉNTESIS.
- 4. SI ES “NO” PONER “X” EN PARÉNTESIS.
- 5. PESO (Kgs.) PESO EN KILOS Y GRAMOS ACTUALES.
- 6. TALLA (cms.) CENTÍMETROS ACTUALES.
- RANGO NORMAL
- 7. SI ES “SÍ” PONER “X” EN PARÉNTESIS.
- 8. SI ES “NO” PONER “X” EN PARÉNTESIS.

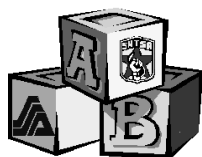
**II. ALIMENTARIOS.**

**1. RÉGIMEN LÁCTEO.**

1.1 EL NIÑO RECIBE O RECIBIÓ LECHE MATERNA.

- SI ES “SI” ANOTAR “X” EN PARÉNTESIS.
- SI ES “NO” ANOTAR “X” EN PARÉNTESIS.
- ¿CUÁNTO TIEMPO? SE ANOTA LOS MESES QUE RECIBIÓ LECHE MATERNA.

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43



**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**  
S. N .T. S. A., Sección 43

ENTREVISTA DE DESARROLLO PSICOLOGICO

Entrevistador: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

**1.- Datos de Identificación:**

- Nombre del niño: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_
- Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
- Domicilio:  
Calle: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_

**2.- Situación Familiar:**

- Nombre de la madre: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_
- Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_
- Lugar donde trabaja: \_\_\_\_\_
- Horario de trabajo: \_\_\_\_\_ Ingresos mensuales: \_\_\_\_\_
- Observaciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_
- Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_
- Lugar donde trabaja: \_\_\_\_\_
- Horario de trabajo: \_\_\_\_\_ Ingresos Mensuales: \_\_\_\_\_
- Observaciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ¿Cuántas personas viven en la casa? \_\_\_\_\_
- Parentesco: \_\_\_\_\_
- No. de hermanos \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa el niño \_\_\_\_\_
- ¿Cómo tratan al niño sus hermanos?  
\_\_\_\_\_
- ¿El niño tiene amigos? **Sí** **No** ¿Mayores o menores que él? \_\_\_\_\_
- ¿Qué es lo que más le gusta hacer al niño? \_\_\_\_\_



*Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43*

- ¿Cómo son las relaciones en la familia? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- ¿Algún miembro de la familia es consumidor de algún tipo de droga?: **Si No**
- ¿Ha iniciado algún tratamiento? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene familiares con características especiales (retraso mental, retraso neuromotor, capacidades diferentes, etc.)?: **Si No**  
 Observaciones:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Considera usted que su hijo(a) presenta un problema: **Si No**
- ¿Cuál?: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**3.- Antecedentes:**

A) EMBARAZO

- \* Planeo el nacimiento del niño: **Si No**
- \* Tuvo asistencia médica durante los 9 meses: **Si No**
- \* Tuvo alguna enfermedad durante el embarazo: **Si No**
- Especifique: \_\_\_\_\_
- \* En que consistió su alimentación durante el embarazo :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Durante el embarazo consumió algún tipo de droga (tabaco, alcohol, etc.): **Si No**
- Especifique: \_\_\_\_\_

B) CONDICIONES DEL PARTO

- \* El niño nació a los 9 meses: **Si No**
- \* Lloró inmediatamente: **Si No**
- \*A los cuantos meses nació: \_\_\_\_\_
- \* El parto fue normal: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_ Fórceps: \_\_\_\_\_
- \* Qué tipo de atención tuvo durante el embarazo:  
 Institucional: \_\_\_\_\_ Particular: \_\_\_\_\_ Domiciliaria: \_\_\_\_\_
- \* El niño tuvo algún accidente durante los primeros 3 meses de vida:  
**Si No**
- \* ¿Qué tipo de accidente? (en caso afirmativo):  
 \_\_\_\_\_
- \* Sufrió fiebres o convulsiones: **Si No**
- \* Tipo de alimentación en los 3 primeros meses:  
 \_\_\_\_\_

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

\* Enfermedades que ha padecido a la fecha:

\_\_\_\_\_ \* ¿Qué tipo de medicamentos ha tomado a la fecha?:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4.- Desarrollo:**

- A los cuantos meses sostuvo la cabeza: \_\_\_\_\_
- A los cuantos meses se sentó solo: \_\_\_\_\_
- A los cuantos meses se puso de pie: \_\_\_\_\_
- A los cuantos meses caminó: \_\_\_\_\_
- A los cuantos meses comenzó a hablar: \_\_\_\_\_
- A los cuantos meses habló bien: \_\_\_\_\_

**5.- Actualmente existe algún padecimiento: SI NO**

- ❖ ¿Quién detectó el problema?: \_\_\_\_\_
- ❖ ¿A quién se ha acudido para su tratamiento?: \_\_\_\_\_
- ❖ ¿Qué tipo de tratamiento se le ha dado?: \_\_\_\_\_
- ❖ Duración de éste: \_\_\_\_\_
- ❖ ¿Cuál fue el diagnóstico que se le ha dado?: \_\_\_\_\_
- ❖ ¿Actualmente el niño toma medicamento?: \_\_\_\_\_
- ❖ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**6.- Cuidado personal:**

		Solo	Con ayuda
El niño se:	Viste	_____	_____
	Come	_____	_____
	Baña	_____	_____
	Va al baño	_____	_____

Le ayuda en los quehaceres domésticos como:

- ✓ Recoger sus juguetes: Si No
- ✓ Guardar su ropa: Si No
- ✓ Hacer mandados: Si No
- ✓ Se queda en cualquier lugar sin presentar llanto: Si No
- ✓ Se duerme solo en su cama, sin la presencia de mamá: Si No
- ✓ Sabe usar el teléfono: Si No
- ✓ Proporciona su nombre completo: Si No

\* ¿Quién se hace cargo del niño, cuando usted sale?: \_\_\_\_\_

\* ¿El niño (a) toma biberón actualmente?: Si No

---

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

\* ¿A que edad dejo el biberón?: \_\_\_\_\_

\* ¿A qué edad controló esfínter?: \_\_\_\_\_

\* ¿Usa pañal actualmente?: **Si** **No**

**7.- ¿Ha asistido a otra Institución Educativa?:** **Si** **No**

\* Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

**8.- ¿Ha presentado problemas académicos?:** **Si** **No**

\* ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Medidas tomadas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9.- ¿Se establecen en el hogar reglas y rutinas?:** **Si** **No**

\* ¿Cuáles reglas?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* ¿Cuáles rutinas?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* ¿Existe constancia y respeto en el manejo de reglas?: **Si** **No**

\* ¿Se respetan y se llevan a cabo?: **Si** **No**

\* ¿Qué miembro de la familia establece las reglas?:

\_\_\_\_\_

\* ¿Qué valores humanos manejan en la familia? \_\_\_\_\_

\* ¿De qué manera son manejados los valores? \_\_\_\_\_

\* ¿En su hogar aplican disciplina en los niños desde temprana edad? **Si** **No**

\* ¿En qué consiste la disciplina? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* ¿Qué correctivos emplea cuando no se cumple la disciplina? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10.- ¿Actualmente el niño (a) presenta algún problema conductual?:** **Si** **No**

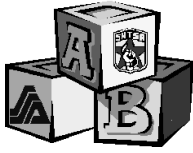
**11.- ¿Qué seguimiento se le ha proporcionado al problema conductual?:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Observaciones:**

Nombre y Firma de quien proporciona los datos



**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL**  
S. N .T. S. A., Sección 43

**ENTREVISTA DE DESARROLLO PSICOLOGICO**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

Entrevistador: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

Profesión: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

Fecha de la entrevista: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

**1.- Datos de Identificación:**

Nombre del niño: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

- Edad: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento
- Sexo: Llenar con tinta negra o azul Fecha de nacimiento: Llenar con tinta negra o azul
- Domicilio:  
Calle: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento No. Llenar con tinta negra o azul  
Colonia: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento  
Teléfono: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

**2.- Situación Familiar:**

- Nombre del padre o tutor: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento
  - Edad: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento
  - Escolaridad: Llenar con tinta negra o azul Ocupación: Llenar con tinta negra o azul
  - Lugar donde trabaja: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento
  - Horario de trabajo: Llenar con tinta negra o azul Ingresos mensuales: Llenar con tinta negra o azul
- Observaciones:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento, las observaciones adicionales derivadas de la situación familiar del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Nombre de la madre o tutor: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento
  - Edad: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento
  - Escolaridad: Llenar con tinta negra o azul Ocupación: Llenar con tinta negra o azul
  - Lugar donde trabaja: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento
  - Horario de trabajo: Llenar con tinta negra o azul Ingresos Mensuales: Llenar con tinta negra o azul
- Observaciones:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento, las observaciones adicionales derivadas de la situación familiar de la madre o tutor

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ¿Cuántas personas viven en la casa? Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento
- Parentesco: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento
- No. de hermanos Llenar con tinta negra o azul  
Lugar que ocupa el niño Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento  
¿Cómo tratan al niño sus hermanos?

*Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43*

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

¿El niño tiene amigos? **Si** **No** ¿Mayores o menores que él? Llenar con tinta negra o azul  
 ¿Qué es lo que más le gusta hacer al niño? Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento ¿Cómo son las relaciones en la familia? \_\_\_\_\_

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

- Algún miembro de la familia es consumidor de algún tipo de droga?: **Si** **No**

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

- ¿Ha iniciado algún tratamiento? Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento
- ¿Tiene familiares con características especiales (retraso mental, retraso neuromotor, capacidades diferentes, etc.)?: **Si** **No**

Observaciones:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento, en caso de que la respuesta haya sido afirmativa, recabar toda información referente e su respuesta.

- Considera usted que su hijo(a) presenta un problema: **Si** **No**

- ¿Cuál?: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

**3.- Antecedentes:**

C) EMBARAZO

- \* Planeo el nacimiento del niño: **Si** **No**
- \* Tuvo asistencia médica durante los 9 meses: **Si** **No**
- \* Tuvo alguna enfermedad durante el embarazo: **Si** **No**

Especifique: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

- \* Tuvo una alimentación balanceada: **Si** **No**

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

- \* Consumió algún tipo de droga (tabaco, alcohol, etc.): **Si** **No**

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento.

D) CONDICIONES DEL PARTO

- \* El niño nació a los 9 meses: **Si** **No**

\*A los cuantos meses: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

- \* El parto fue normal: 1 Cesárea: 1 Forceps: 1

\* Qué tipo de atención tuvo durante el embarazo:

Institucional: 1 Particular: 1 Domiciliaria: 1

- \* El niño tuvo algún accidente durante los primeros 3 meses de vida:

**Si** **No**

1. Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

*Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43*

\* ¿Cómo fue?:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento \_\_\_\_\_

\* Sufrió fiebres o convulsiones: **Si** **No**

\* Tipo de alimentación en los 3 primeros meses:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento \_\_\_\_\_ \* Enfermedades que ha padecido:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \* ¿Qué tipo de medicamentos ha tomado?:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento \_\_\_\_\_

**4.- Desarrollo:**

- A los cuantos meses sostuvo la cabeza: Llenar con tinta negra o azul \_\_\_\_\_
- A los cuantos meses se sentó solo: Llenar con tinta negra o azul \_\_\_\_\_
- A los cuantos meses se puso de pie: Llenar con tinta negra o azul \_\_\_\_\_
- A los cuantos meses caminó: Llenar con tinta negra o azul \_\_\_\_\_
- A los cuantos meses comenzó a hablar: Llenar con tinta negra o azul \_\_\_\_\_
- A los cuantos meses habló bien: Llenar con tinta negra o azul \_\_\_\_\_

**5.- Padecimiento actual:**

❖ ¿Quién detectó el problema?:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento \_\_\_\_\_

❖ ¿A quién se ha acudido para su tratamiento?:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento \_\_\_\_\_

❖ ¿Qué tipo de tratamiento se le ha dado?:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento \_\_\_\_\_

❖ Duración de éste:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento \_\_\_\_\_

❖ ¿Cuál fue el diagnóstico que se le ha dado?:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento \_\_\_\_\_

❖ Actualmente el niño toma medicamento:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento \_\_\_\_\_

❖ Cuál:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento \_\_\_\_\_

**6.- Cuidado personal:**

		Solo	Con ayuda
El niño se:	Viste	Llenar con tinta negra o azul	Llenar con tinta negra o azul
	Come	Llenar con tinta negra o azul	Llenar con tinta negra o azul
	Baña	Llenar con tinta negra o azul	Llenar con tinta negra o azul
	Va al baño	Llenar con tinta negra o azul	Llenar con tinta negra o azul

Le ayuda en los quehaceres domésticos como:

- ✓ Recoger sus juguetes: **Si** **No**
- ✓ Guardar su ropa: **Si** **No**

*Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43*

- ✓ Hacer mandados: **Si No**
- ✓ Se queda en cualquier lugar sin prestar llanto: **Si No**
- ✓ Se duerme solo: **Si No**
- ✓ Hace llamadas solo: **Si No**
- ✓ Proporciona su nombre: **Si No**

\* Quién se hace cargo del niño, cuando usted sale:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

\* El niño (a) toma biberón: **Si No**

\* A que edad dejo el biberón: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

\* ¿A qué edad controló esfínter?: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

\* Usa pañal: **Si No**

7.- Ha asistido a otra Institución Educativa: **Si No**

\* Nombre de la Institución: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

8.- Ha presentado problemas académicos: **Si No**

\* ¿Cuáles?: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

\* Medidas tomadas: Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

9.- Se establecen en el hogar reglas y rutinas: **Si No**

\* ¿Cuáles reglas?:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

\* ¿Cuáles rutinas?:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

\* Se respetan y se llevan a cabo: **Si No**

\* ¿Quién las establece?:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento

10.- Ha presentado problemas conductuales: **Si No**

11.- Medidas tomadas:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento. En caso de que la respuesta haya sido afirmativa, especificar si las medidas tomadas son sugeridas por un especialista o por un familiar


Observaciones:

Llenar con tinta negra o azul por el encargado del departamento. En caso de presentarse información relevante, adicional a esta entrevista, anexarla en este espacio.

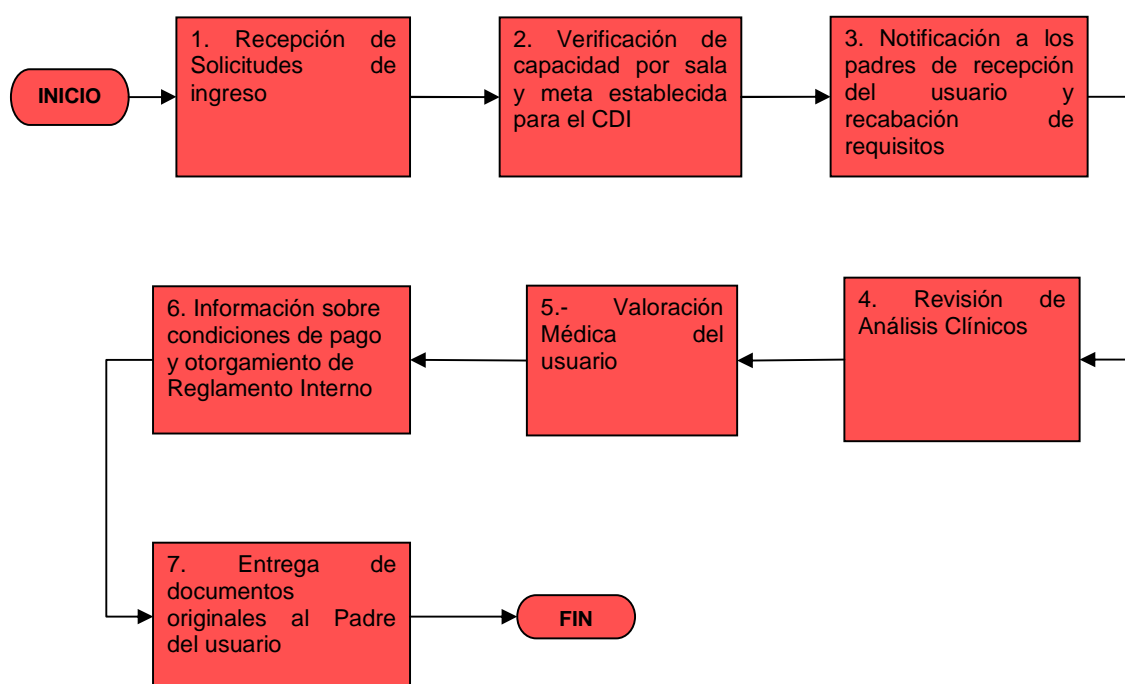
\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien proporciona los datos

## **DIAGRAMA DE FLUJO**



	ENTE PÚBLICO: 11	Hoja 1 de 1
UNIDAD ADMINISTRATIVA: CENTRO DE DEDSARROLLO INFANTIL		Fecha de elaboración: 25/01/2010
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ADMISIÓN DEL PEQUEÑO USUARIO		CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: P01

**66-20CDI-P01-G-1**



Código del diagrama

**INVENTARIO DE REGISTRO DE PROCEDIMIENTO**

Servicios de Salud de Sonora

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Admisión del Pequeño Usuario</b>	<b>Hoja 1 de 2</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO : 11-03-01-21-4/20CDI-15-P01/REV.00</b>	<b>Fecha de elaboración:</b> 25/01/2010

No.	Registro	Tipo de Resguardo*	Responsable/ Puesto	Tiempo de resguardo	Ubicación del resguardo
1	Solicitud de Inscripción	Papel Original	C. Sandra Verónica Félix López	A partir del ingreso del menor hasta la baja definitiva o límite de edad.	Servicios Escolares
2	Solicitud de Inscripción	Papel Original	C. Sandra Verónica Félix López	A partir del ingreso del menor hasta la baja definitiva o límite de edad	Servicios Escolares
3	Solicitud de Inscripción	Papel Original	C. Sandra Verónica Félix López	A partir del ingreso del menor hasta la baja definitiva o límite de edad	Servicios Escolares
5	Lista de Requisitos	Papel Original	C. Sandra Verónica Félix López	A partir del ingreso del menor hasta la baja definitiva o límite de edad	Servicios Escolares
6	Acta De Nacimiento,	Copia	Dra. Adoración Benítez	A partir del ingreso del menor hasta la baja definitiva o límite de edad	Fomento a la Salud
	Cartilla de Vacunación,	Copia	Dra. Adoración Benítez		Fomento a la Salud
	Análisis Clínicos,	Papel original	Dra. Adoración Benítez		Fomento a la Salud
	Constancia de Trabajo y Fotografías	Papel original Papel original Papel original	C. Sandra V. Félix L. C. Sandra V. Félix L.		Servicios Escolares Servicios Escolares
7	Análisis Clínicos	Papel Original	Dra. Adoración Benítez	A partir del ingreso del menor hasta la baja definitiva o límite de edad	Fomento a la Salud
8	Análisis Clínicos	Papel Original	Dra. Adoración Benítez	A partir del ingreso del menor hasta la baja definitiva o límite de edad	Fomento a la Salud

## Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

11	Análisis Clínicos	Papel Original	C. Sandra V. Félix L.	A partir del ingreso del menor hasta la baja definitiva o límite de edad	Servicios Escolares
12	Expediente Clínico.	Papel Original	Dra. Adoración Benítez	A partir del ingreso del menor hasta la baja definitiva o límite de edad	Fomento a la Salud
14	Formato Valoración Nutricia	Papel Original	Enf. Ma. De Lourdes Gaxiola A.	A partir del ingreso del menor hasta la baja definitiva o límite de edad	Dpto. de Nutrición
16	Entrevista de Desarrollo Psicológico	Papel Original	C. Norma Alicia Godoy	A partir del ingreso del menor hasta la baja definitiva o límite de edad	Dpto. Psicología
18	Formato de Firma	Papel Original	C. Sandra V. Félix L.	A partir del ingreso del menor hasta la baja definitiva o límite de edad	Servicios Escolares
20	Acta De Nacimiento Original, Cedula De Identificación Del Niño, Certificación De Vigencia, Formato De Firma De Reglamento Interno, Firma De Notificación De Ingreso Y Credencial Del Menor Y Personas Autorizadas	Papel Original	C. Sandra V. Félix L.	A partir del ingreso del menor hasta la baja definitiva o límite de edad	Servicios Escolares

\*Papel, electrónico, fotografía, cintas de audio/video, microfilm, otro.

06-SIP-P01-F03/REV.00

## VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Admisión Del Pequeño Usuario</b>	<b>Hoja 1 de 1</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-03-01-21-4/20CDI-15-P01/REV.00</b>	<b>Fecha de la verificación: 25/01/2010</b>

No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	SI	NO
1	Se cuenta con el expediente completo del menor		
2	Se cuenta con el expediente integrado por salas		
3	Se notificó la fecha de la cita al beneficiario para la valoración de los departamentos correspondientes?		
4	Solo se ingresó a hijos de madres trabajadoras de origen federal de los Servicios de Salud de Sonora		

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del verificador

06-SIP-P01-F04/REV.00

**ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

Ente Público 11	Direccionamiento al PED 03-01-21	Hoja No. 1 de 9
Macroproceso 04	Subproceso 15	Fecha de elaboración 25/01/2010
Unidad Administrativa 20 CDI	Procedimiento P02	No. de Revisión 00

**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:** Planeación de Actividades Educativas

**CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:** 11-03-01-21-4/20CDI-15-P02/REV.00

**I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO**

La titular y la asistente serán las encargadas de planear las actividades diarias, acorde al programa educativo, considerando la edad y sala en la que se encuentran los niños.

**II. ALCANCE ( ) A. General (X) B. Específico**

Niños lactantes, maternas y preescolares.

**III. DEFINICIONES**

- ④ Titular: Que ejerce un cargo o una profesión con título o nombramiento oficial.
- ④ Estimulación temprana: Aumentar la actividad nerviosa mediante estímulos de cualquier índole antes del tiempo ordinario, durante las primeras edades del desarrollo infantil.
- ④ Lactante: Niños de 6 meses a 18 meses.
- ④ Maternal: Niños de 18 meses a 3 años.
- ④ Preescolares: Niños de 3 años a 6 años.
- ④ Material didáctico: Conjunto de objetos, aparatos o apoyos destinados a que la enseñanza sea más provechosa y el rendimiento de aprendizaje sean mayores.
- ④ Cognición: Conocimiento, acto y capacidad de conocer. Se refiere al conjunto de las actividades psicológicas que permiten el conocimiento y su organización.

#### IV. REFERENCIAS

1. Programa Educativo. C.D.I., del S.N.T.S.A., sección 43.
2. programa de Preescolar. C.D.I., del S.N.T.S.A., sección 43.
3. Programa de ingles en preescolar y primaria. SEC.
4. Tarjetas de estimulación temprana. Secretaria de salud.
5. Inteligencia emocional. Pasos para elevar el potencial infantil. Grupo Dimas Ediciones. (tres tomos).
6. Programa de Talleres Generales de Actualización 2001- 2002. SEP.
7. Programa de Talleres Generales de Actualización 2002-2003. SEP
8. Programa de Talleres Generales de Actualización 2004-2005. SEP
9. La organización del espacio, materiales y tiempo, en el trabajo por proyectos de nivel escolar. SEP.
10. bloques de juegos y actividades en el desarrollo de los proyectos en el jardín de niños. SEP

#### V. POLÍTICAS

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

- La planeación de actividades debe ser acorde a las características de la sala y edades de los niños.
- La planeación de actividades debe entregarse con una semana de anticipación para su revisión y modificación a la psicóloga y jefe del departamento de psicopedagogía.
- La planeación de actividades debe hacerse acorde al programa educativo.
- El material didáctico a utilizar en la planeación de actividades es acorde a las características de los niños.

**VI. PRODUCTOS**

Planeaciones acorde a la necesidad de cada sala y niño lactante, maternal y preescolar, propias de su desarrollo, considerando habilidades adquiridas y habilidades por desarrollar.

**VII. CLIENTE(S)**

Niños de lactantes, maternales y preescolares.

**VIII. INDICADORES**

Planeación de actividades (PA) es igual a las actividades diarias por días programados sobre actividades diarias por días laborados por cien.

**IX. FORMATOS E INSTRUCTIVOS**

- F-1 Programación semanal de estimulación de lactantes
- F-2 Programación semanal de estimulación de maternales
- F-3 Programación de preescolar
- F-4 English class – lesson plan (maternal)
- F-5 English class – lesson plan (Preescolar)

**X. ANEXOS**

**XI. RESPONSABILIDADES**

Titulares, asistentes, psicóloga y jefe del departamento.

**XII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO
	<p><b>1. Seleccionar el contenido temático</b></p>	
<p>Titular y asistente</p>	<p>1.1. Selecciona el contenido temático al mes correspondiente a la fecha.</p> <p>1.2. Utiliza el formato de programación especificado para cada sala,</p> <p>1.3. Selecciona las actividades a estimular en cada área.</p> <p>1.4. Desarrollar en la libreta descriptiva de cada sala las actividades contenidas en el formato de programación, en sus tres momentos metodológicos.</p>	<p>Formatos e instructivos Libreta de planeación de la titular y asistente.</p>
	<p><b>2.- Revisión y autorización</b></p>	

*Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43*

Encargada de psicología y jefe de departamento	<p>2.1 Envía la programación y libreta para su revisión y autorización con una semana de anticipación a psicología.</p> <p>2.2 Dictaminan las medidas necesarias y autoriza la Programación.</p> <p>2.3 Recibe la responsable de sala la programación autorizada.</p>	
	<b>3. Elabora el material didáctico</b>	
Titular y asistente	3.1 Elabora el material didáctico para dar las actividades educativas y áreas de ambientación a trabajar.	
	TERMINO DEL PROCESO	

**Elaboró:**

**Revisó:**

**Aprobó:**

---

**C. Aurora Deyanira Loa Martínez**  
**Jefa del Departamento de**  
**Psicopedagogía del Centro**  
**Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A.,**  
**Sección 43**

---

**Lic. Sofía Livier Sallard Flores**  
**Administradora del Centro de**  
**Desarrollo Infantil del**  
**S.N.T.S.A., Sección 43**

---


**Lic. Edna Patricia Orrantía Campoy**  
**Directora del Centro de Desarrollo**  
**Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43**

06-SIP-P01-F02/REV.00

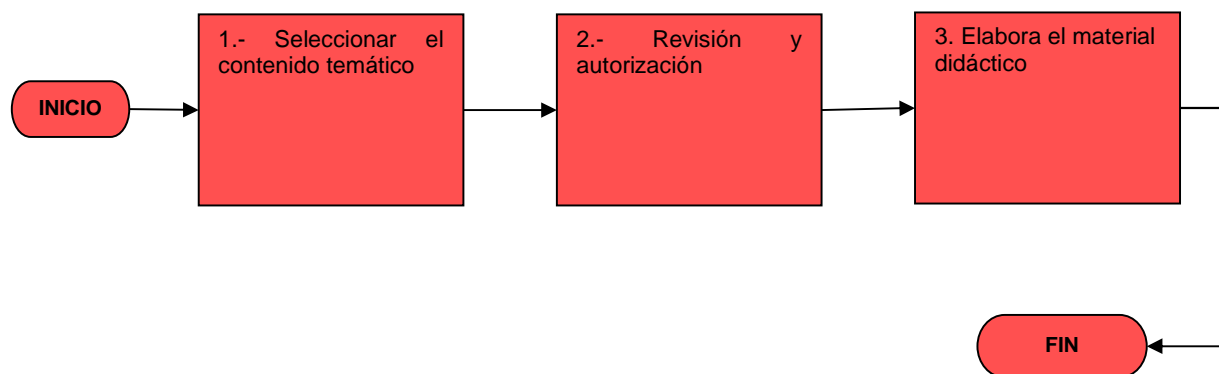


# **FORMATOS E INSTRUCTIVOS**

## DIAGRAMA DE FLUJO

	ENTE PÚBLICO: 11	Hoja 6 de 9
UNIDAD ADMINISTRATIVA: CENTRO DE DEDSARROLLO INFANTIL		Fecha de elaboración: 25/01/2010
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS		CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: P02

**11-20CDI-P02-G-2**



Código del diagrama

## INVENTARIO DE REGISTRO DE PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Planeación de Actividades Educativas	Hoja 7 de 9
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO :</b> 11-03-01-21-4/20CDI-15-P02/REV.00	<b>Fecha de elaboración:</b> 25/01/2010

## Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

No.	Registro	Tipo de Resguardo*	Responsable/ Puesto	Tiempo de resguardo	Ubicación del resguardo
1	Programa Educativo. C.D.I., del S.N.T.S.A., sección 43.	Impreso Original	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
2	Programa de Preescolar. C.D.I., del S.N.T.S.A., sección 43.	Impreso Original	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
3	Programa de inglés en preescolar y primaria. SEC.	Copias de libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
5	Tarjetas de estimulación temprana. Secretaria de salud.	Tarjetas fotográficas	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
9	Inteligencia emocional. Pasos para elevar el potencial infantil. Grupo Dimas Ediciones. (tres tomos)	Libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
10	Programa de Talleres Generales de Actualización 2001- 2002. SEP.	Copias de libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
11	Programa de Talleres Generales de Actualización 2002-2003. SEP	Copias de libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I. Ciclo escolar	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
12	Programa de Talleres Generales de Actualización 2004-2005. SEP	Copias de libro	Jefe del departamento Ciclo escolar y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
13	La organización del espacio, materiales y tiempo, en el trabajo por proyectos de nivel escolar. SEP.	Copias de libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
14	Bloques de juegos y actividades en el desarrollo de los proyectos en el jardín de niños. SEP	Copias de libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
15	Cuentos de todos los tiempos	Libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía

\*Papel, electrónico, fotografía, cintas de audio/video, microfilm, otro.

06-SIP-P01-F03/REV.00

**VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Servicios de Salud de Sonora

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Planeación Actividades Educativas</b>	<b>Hoja 9 de 9</b>
--	--------------------

<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> 11-03-01-21-4/20CDI-15-P02/REV.00	<b>Fecha de la verificación:</b> 25/01/2010
--	--

No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	SI	NO
1	Se cuenta con la planeación actualizada.		
2	Se encuentra la libreta de de planeación de la titular y asistente acorde a la planeación		
3	Dentro de sala están las áreas especificadas con materiales y al alcance de los niños acorde.		
4	Existe material didáctico acorde al tema de la planeación.		

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del verificador

06-SIP-P01-F04/REV.00

## ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS



Ente Público 11	Direccionamiento al PED 03-01-21	Hoja No. 1 de 9
Macroproceso 04	Subproceso 15	Fecha de elaboración 25/01/2010

## Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

Unidad Administrativa 20 CDI	Procedimiento P03	No. de Revisión 00
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Implementación de Actividades Educativas</b>		
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-03-01-21-4/20CDI-15-P03/REV.00</b>		

**I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO**

La titular y asistente implementaran las actividades diarias, acorde al programa educativo con la finalidad de proporcionar a cada niño una estimulación temprana, oportuna de calidad y calidez, incidiendo directamente en su desarrollo.

**II. ALCANCE ( ) A. General (X) B. Específico**

Niños lactantes, maternos y preescolares.

**III. DEFINICIONES**

Titular: Que ejerce un cargo o una profesión con título o nombramiento oficial.

Estimulación temprana: Aumentar la actividad nerviosa mediante estímulos de cualquier índole antes del tiempo ordinario, durante las primeras edades del desarrollo infantil.

Competencias: Conjunto de capacidades que incluyen conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas que una persona logra mediante procesos de aprendizaje y que se manifiesta en su desempeño en situaciones y contextos diversos.

Lactante: Niños de 6 meses a 18 meses.

Maternal: Niños de 18 meses a 3 años.

Preescolares: Niños de 3 años a 6 años.

Material didáctico: Conjunto de objetos, aparatos o apoyos destinados a que la enseñanza sea más provechosa y el rendimiento de aprendizaje sean mayores.

Cognición: Conocimiento, acto y capacidad de conocer. Se refiere al conjunto de las actividades psicológicas que permiten el conocimiento y su organización.

**IV. REFERENCIAS**

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

11. Programa Educativo. C.D.I., del S.N.T.S.A., sección 43.
12. programa de Preescolar. C.D.I., del S.N.T.S.A., sección 43.
13. Programa de ingles en preescolar y primaria. SEC.
14. Tarjetas de estimulación temprana. Secretaria de salud.
15. Gran libro de la maestra de Preescolar. Euro México.
16. Inteligencia emocional. Pasos para elevar el potencial infantil. Grupo Dimas Ediciones. (tres tomos)
17. Programa de Talleres Generales de Actualización 2001- 2002. SEP.
18. Programa de Talleres Generales de Actualización 2002-2003. SEP
19. Programa de Talleres Generales de Actualización 2004-2005. SEP
20. La organización del espacio, materiales y tiempo, en el trabajo por proyectos de nivel escolar. SEP.
21. bloques de juegos y actividades en el desarrollo de los proyectos en el jardín de niños. SEP

**V. POLÍTICAS**

- Las actividades educativas que se implementen durante el día, deben ser acordes a las actividades programadas correspondientes al día y semana (formato de programación de actividades).
- Las actividades implementadas serán acorde a los tres momentos metodológicos especificados en el programa educativo.
- El material a utilizar para las actividades debe ser acorde a cada edad y actividad.

**VI. PRODUCTOS**

Niños con competencias y/o habilidades cognoscitivas, sociales, afectivas y motrices efectivas.

**VII. CLIENTE(S)**

Niños de lactantes, maternas y preescolares.

**VIII. INDICADORES**

Implementación de actividades (IA) es igual a las actividades implementadas diarias sobre actividades programadas por cien.

**IX. FORMATOS E INSTRUCTIVOS**

- F-1 Programación semanal de estimulación de lactantes
- F-2 Programación semanal de estimulación de maternas
- F-3 Programación de preescolar
- F-4 English class – lesson plan (maternal)
- F-5 English class – lesson plan (Preescolar)

**X. ANEXOS**

**XI. RESPONSABILIDADES**

Titulares, asistentes, psicóloga y jefe del departamento.

*Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43*

<b>XII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>		
<b>RESPONSABLE</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>	<b>REGISTRO</b>
	<b>1. Arreglo de sala para realizar la actividad</b>	
Titular y asistente	1.1 coloca el material didáctico a utilizar en la sala 1.2 coloca los materiales a utilizar en el área de trabajo de los niños. 1.3. Implementa durante el día las consideraciones didácticas con respecto al usuario y el educador especificados en el programa educativo.	Programa Educativo
	<b>2. Desarrollo de la actividad los tres momentos metodológicos.</b>	
Titular y asistente	2.1 Invita de forma breve y clara a los usuarios indicando que actividad y área a trabajar. 2.1 Desarrollar la actividad bajo las consideraciones de agrupamiento y didáctica contenidas en el programa educativo. 2.3 cerrar la actividad con una retroalimentación del trabajo de los niños.	Programa Educativo, localizado en la jefatura de Psicopedagogía.
	<b>3. Autoevaluación</b>	
Titular y asistente	3.1 Registrar en la libreta de planeación de la titular y asistente una autoevaluación del proceso de la actividad y los problemas presentados. 3.2 Reportar ala psicóloga y jefe del departamento cualquier observación del desempeño del niño.	Programa Educativo, localizado en la jefatura de Psicopedagogía.
	<b>TERMINO DEL PROCESO</b>	

**Elaboró:**

**Revisó:**

**Aprobó:**

**C. Aurora Deyanira Loa Martínez**  
Jefa del Departamento de  
Psicopedagogía del Centro de  
Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A.,  
Sección 43


**Lic. Sofía Livier Sallard Flores**  
Administradora del Centro de  
Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A.,  
Sección 43

**Lic. Edna Patricia Orrantia Campoy**  
Directora del Centro de Desarrollo  
Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

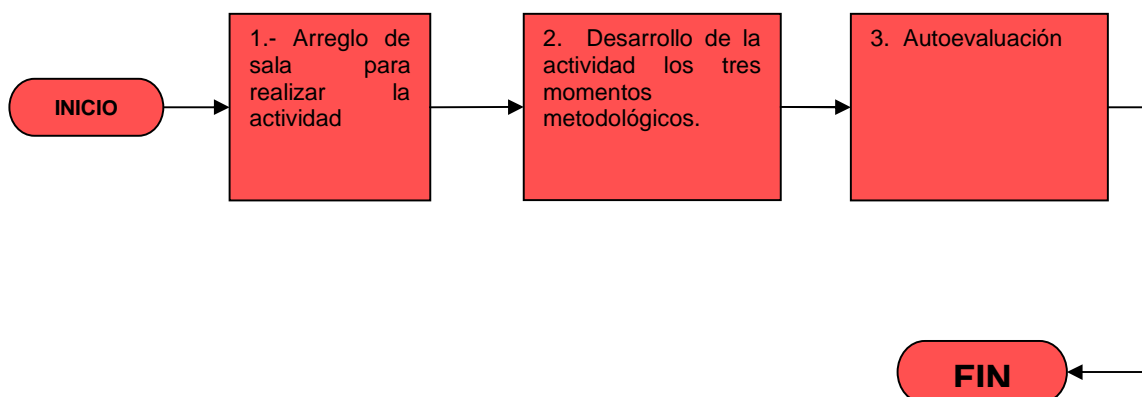


## **FORMATOS E INSTRUCTIVOS**

## **DIAGRAMA DE FLUJO**

	ENTE PÚBLICO: 11	Hoja 6 de 9
UNIDAD ADMINISTRATIVA: CENTRO DE DEDSARROLLO INFANTIL		Fecha de elaboración: 25/01/2010
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: <b>IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS</b>		CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: P03

**11-20CDI-P03-G-3**



Código del diagrama

**INVENTARIO DE REGISTRO DE PROCEDIMIENTO**

Servicios de Salud de Sonora

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Implementación de Actividades Educativas</b>	<b>Hoja 7 de 9</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO : 11-03-01-21-4/20CDI-15-P03/REV.00</b>	<b>Fecha de elaboración: 25/01/2010</b>

No.	Registro	Tipo de Resguardo*	Responsable/ Puesto	Tiempo de resguardo	Ubicación del resguardo
1	Programa Educativo. C.D.I., del S.N.T.S.A., sección 43.	Impreso Original	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
2	Programa de Preescolar. C.D.I., del S.N.T.S.A., sección 43.	Impreso Original	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
3	Programa de inglés en preescolar y primaria. SEC.	Copias de libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
5	Tarjetas de estimulación temprana. Secretaria de salud.	Tarjetas fotográficas	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
9	Inteligencia emocional. Pasos para elevar el potencial infantil. Grupo Dimas Ediciones. (tres tomos)	Libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
10	Programa de Talleres Generales de Actualización 2001- 2002. SEP.	Copias de libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
11	Programa de Talleres Generales de Actualización 2002-2003. SEP	Copias de libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I. Ciclo escolar	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
12	Programa de Talleres Generales de Actualización 2004-2005. SEP	Copias de libro	Jefe del departamento Ciclo escolar y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
13	La organización del espacio, materiales y tiempo, en el trabajo por proyectos de nivel escolar. SEP.	Copias de libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
14	Bloques de juegos y actividades en el desarrollo de los proyectos en el jardín de niños. SEP	Copias de libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
15	Cuentos de todos los tiempos	Libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía

\*Papel, electrónico, fotografía, cintas de audio/video, microfilm, otro.

## VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Implementación de Actividades Educativas</b>	<b>Hoja 9 de 9</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-03-01-21-4/20CDI-15-P03/REV.00</b>	<b>Fecha de la verificación: 25/01/2010</b>

No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	SI	NO
1	Verificar la existencia de formato de programación de las diferentes salas en archivo.		
2	Verificar firma de supervisión en los formatos de programación de las diferentes salas.		
3	Verificar en cada sala , la áreas montadas para el desarrollo de actividades.		
4	Verificar que la programación sea respaldada con el material didáctico del departamento de psicopedagogía.		

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del verificador

## ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS



Ente Público 11	Direccionamiento al PED 03-01-21	Hoja No. 1 de 27
Macroproceso 04	Subproceso 15	Fecha de elaboración 25/01/2010
Unidad Administrativa 20 CDI	Procedimiento P04	No. de Revisión 00

**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:** Control de Niño Sano

**CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:** 11-03-01-21-4/20CDI-15-P04/REV.00

### I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Es lograr alcanzar el 100% en salud de nuestros usuarios, vigilando el estado de salud del niño, su nutrición para su óptimo desarrollo del menor.

### II. ALCANCE ( ) A. General (X) B. Específico

Usuarios, hijos de madres trabajadoras de origen federal de los Servicios de Salud de Sonora

### III. DEFINICIONES

CDI ( Centro de Desarrollo Infantil )  
 CPS ( Coproparasitoscópico Seriado )  
 DX ( Diagnóstico )  
 TX ( Tratamiento )  
 Ex ( Exudado )  
 Somatometría ( Medidas de peso y talla del niño )

### IV. REFERENCIAS

- Manual de Estructura Orgánica del Departamento de Fomento a la Salud

### V. POLÍTICAS

- Que el servicio que se otorga a los hijos de los beneficiarios les brinde su confianza total.

### VI. PRODUCTOS

- Usuarios sanos y seguros

### VII. CLIENTE(S)

- Niños 6 meses a 6 años, hijos de madres trabajadoras de origen federal.

### VIII. INDICADORES

90 usuarios

### IX. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

<ul style="list-style-type: none"> <li>Ⓢ F01.-Historia Clínica</li> <li>Ⓢ F02.-Hoja de Evolución</li> <li>Ⓢ F03.-Tarjeta de Control de Niño Sano</li> <li>Ⓢ F04.-Ficha de Control de Vacunación</li> <li>Ⓢ F05.-Graficas de Control de Peso y Talla</li> </ul>
<b>X. ANEXOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ⓢ Programa de Salud Bucal</li> <li>Ⓢ Valoración de Ex de laboratorio anual</li> <li>Ⓢ CPS y exudado faringeo</li> </ul>
<b>XI. RESPONSABILIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ⓢ Médico.</li> <li>Ⓢ Enfermera.</li> <li>Ⓢ Encargada de Servicios de Nutrición</li> </ul>

<b>XII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>		
<b>RESPONSABLE</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>	<b>REGISTRO</b>
Médico	1. Se inicia la revisión del niño desde el momento que ingresa al CDI, posteriormente se le revisa cada 6 meses.	
Enfermera	2. Al ingresar al programa la enfermera le realiza la somatometría al niño, y envía al niño con su expediente y los datos de revisión obtenidos al médico, el cual realiza una exploración al niño para valorar su estado general, trastornos posturales, agudeza visual, su esquema de vacunación de niños de Preescolar II y III, se transfiere esta información al expediente del niño, llenándose los formatos de gráfica de control de peso, talla, de perímetro cefálico (únicamente para menores de 3 años) se registra también en el tarjetón de control del niño sano el cual se le entrega a la enfermera para que lo archive en la caja donde se encuentran todos los tarjetones, el cual es revisado periódicamente y lo actualiza.	Ubicado en el archivero del departamento de Fomento a la Salud
	3. El médico establece un diagnóstico (dx) de salud por cada niño. Si el niño es sano continuará su siguiente revisión en 6 meses.	
	4. Si el niño presenta algún trastorno de postura, de visión u otro es enviado a valoración con el especialista.	
	5. Si el niño presenta trastornos alimenticios como sobrepeso o desnutrición se inicia control según se el caso.	

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

	<p align="center"><b>“Desnutrición”</b></p> <p>6. Se inicia control con mejorar su estado nutricional y si es necesario se inicia Tx médico.</p>	
	<p align="center"><b>“Sobrepeso”</b></p> <p>7. Se platica con la mamá para mejorar su régimen alimenticio dentro del CDI se envía al servicio de nutrición una lista con los nombres de los niños que tienen sobrepeso.</p>	
	8. La información obtenida se registra en el expediente del niño y se archiva.	Ubicado en el departamento de Fomento a la Salud
Encargada de Servicio de Nutrición	9. En el servicio de nutrición se realizan acciones destinadas a controlar el régimen de estos niños.	
	10. En caso de desnutrición, se aplican las medidas correctivas (se mantiene el usuario en observación directa para que ingiera las raciones correspondientes de acuerdo a su edad) estimulando para que logre el objetivo planteado (aumento de peso).	
	11. En usuarios con sobrepeso, se informa a la maestra a cargo y se suspende la repetición de postre. Se motiva al usuario a que coma desasió y que disfrute la dieta asignada.	
	12. En niños con obesidad, se restringe el postre y tortilla, se estimula a que ingiera su dieta masticando despacio y se le sugiere a él y a sus padres a participar de evitar alimentos no nutritivos durante las tardes y apoyar en reducir postres y harinas confeccionadas. “Posteriormente”	
	13. Después de varias semanas (2 meses aproximadamente) se valora nuevamente en coordinación con Fomento a la Salud para continuar y/o suspender el régimen alimenticio acordado.	

**Elaboró:**

**Revisó:**

**Aprobó:**

**Dr. José Alberto Partida Aguirre**  
Jefe del Depto. de Fomento a la Salud del Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

**Lic. Sofía Livier Sallard Flores**  
Administradora del Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

**Lic. Edna Patricia Orrantia Campoy**  
Directora del Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43



## **FORMATOS E INSTRUCTIVOS**

HISTORIA CLINICA 01 de04

11-20CDI-P04-F-19

Fecha de estudio \_\_\_\_\_  
 Servicio Médico que lo protege \_\_\_\_\_

**DATOS DEL NIÑO**

Nombre Del niño (a) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_

Oficina del padre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_

Oficina \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES**

Edad de los padres al Nacimiento: Padre \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

Estado de salud actual \_\_\_\_\_

Antecedentes \_\_\_\_\_

Neoplásicos \_\_\_\_\_

Endocrinológicos: Diabéticos: \_\_\_\_\_ Obesidad \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Hematológicos \_\_\_\_\_

Infecto Contagiosos: Fímicos \_\_\_\_\_ Luéticos \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Alérgicos \_\_\_\_\_

Alcoholismo y otras toxicomanías \_\_\_\_\_

Otros antecedentes \_\_\_\_\_

Número de hermanos \_\_\_\_\_ Vivos \_\_\_\_\_

Estado de salud o enfermedad de los hermanos \_\_\_\_\_

Embarazo de la madre \_\_\_\_\_

Producto de gesta No. \_\_\_\_\_ Atención Prenatal en \_\_\_\_\_

Por \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_ Semanas. Alimentación de la madre durante

el embarazo:

B \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Padecimiento durante el embarazo: Indicar en que

trimestre:

Infecciones \_\_\_\_\_ Toxemia \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_

HISTORIA CLINICA 02 de04

11-20CDI-P04-F-19

Cardiopatías _____ Estudios Radiográficos _____ Por _____ Distócico _____ Anestesia y/o Analgesia _____ Traumatismos _____	Otros _____ Fármacos _____ Parto atendido en _____ Parto Único _____ Eutócico _____ Resuelto por _____ Complicaciones obstétricas _____ Peso al nacer _____ Ictericia _____ Talla al nacer _____
Respiración espontánea (lloró y respiro al nacer) _____	
Cianosis _____ Respuestas o estímulos externos _____ Lactancia Materna _____ Lactancia Mixta _____ Meses con leche tipo _____ Meses con _____	Requirió incubadora _____ Tiempo _____ Reflejos de succión _____ Durante _____ Meses _____ Meses _____ Lactancia art. _____ Inicio ablactación a los _____
Alimentación actual _____	

**INMUNIZACIONES  
(FECHAS)**

VACUNA	DOSIS	EDAD	FECHA	VACUNA	DOSIS	EDAD	FECHA
<b>BCG</b>	PRIMERA	AL NACER		<b>PENTA VALENTE (DTP+HIP+H .B)</b>	PRIMERA	2 MESES	
	PRELIMINAR	AL NACER			SEGUNDA	4 MESES	
<b>SABIN</b>	PRIMERA	2 MESES			TERCERA	6 MESES	
	SEGUNDA	4 MESES			REFUERZO 1	2 AÑOS	
	TERCERA	6 MESES					
<b>TRIPLE VIRAL</b>	PRIMERA	1 AÑO		<b>DTP</b>	REFUERZO 2	4 AÑOS	
	SEGUNDA	6 AÑOS					

HISTORIA CLINICA 03 de04

11-20CDI-P04-F-19

**DESARROLLO SOMATICO FUNCIONAL (Fechas)**

Atención Post-Natal en \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ fija la mirada \_\_\_\_\_  
 Sonríe \_\_\_\_\_ Vuelve la cabeza \_\_\_\_\_ mantiene la cabeza erguida \_\_\_\_\_  
 Pasa objetos de una mano a otra \_\_\_\_\_ se sienta brevemente \_\_\_\_\_ gatea \_\_\_\_\_  
 Se levanta \_\_\_\_\_ camina con apoyo \_\_\_\_\_ se para solo \_\_\_\_\_  
 Inicia dentición \_\_\_\_\_ balbucea \_\_\_\_\_ primeras palabras \_\_\_\_\_  
 Control de esfínteres: vesical \_\_\_\_\_ anal \_\_\_\_\_ diurno \_\_\_\_\_ nocturno \_\_\_\_\_  
 Organiza frases \_\_\_\_\_ corre \_\_\_\_\_ sube escaleras alternando los pies \_\_\_\_\_  
 Se sostiene en un pie \_\_\_\_\_

**HABITO DE CONDUCTA**

Frecuencia del baño \_\_\_\_\_ cambio de ropa \_\_\_\_\_ aseo dental \_\_\_\_\_  
 Enuresis \_\_\_\_\_ se chupa el dedo \_\_\_\_\_ terrores nocturnos \_\_\_\_\_  
 Geofagia \_\_\_\_\_ conducta social \_\_\_\_\_ dinámica familiar \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (Edad al presentarlos)**

Padecimientos: sarampión \_\_\_\_\_ varicela \_\_\_\_\_ rubéola \_\_\_\_\_  
 Escalatina \_\_\_\_\_ hepatitis \_\_\_\_\_ parotiditis \_\_\_\_\_  
 Faringomigdalitis de repetición \_\_\_\_\_ parasitosis (tipo, fecha) \_\_\_\_\_  
 Tuberculosis \_\_\_\_\_ asma bronquial \_\_\_\_\_  
 Padecimientos respiratorios \_\_\_\_\_ diarreas frecuentes \_\_\_\_\_  
 Otras \_\_\_\_\_  
 Traumáticos quirúrgicos \_\_\_\_\_  
 Antecedentes alérgicos \_\_\_\_\_

**APARATOS Y SISTEMAS**

Digestivo \_\_\_\_\_  
 Respiratorio \_\_\_\_\_  
 Cardiovascular \_\_\_\_\_  
 Genito-urinario \_\_\_\_\_  
 Nervioso \_\_\_\_\_  
 Músculo esquelético \_\_\_\_\_

HISTORIA CLINICA 04 de04

11-20CDI-P04-F-19

Linfo hemático \_\_\_\_\_  
Estado actual \_\_\_\_\_

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

**DATOS GENERALES Y SOMATOMETRIA**

Estatura \_\_\_\_\_ peso actual \_\_\_\_\_ peso ideal \_\_\_\_\_  
F.C. \_\_\_\_\_ respiraciones \_\_\_\_\_ temperatura \_\_\_\_\_  
P.C. \_\_\_\_\_ P.T. \_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_  
Inspección general \_\_\_\_\_  
Estado de la piel \_\_\_\_\_  
Cabeza \_\_\_\_\_ cráneo \_\_\_\_\_ fontanelas \_\_\_\_\_  
Nariz \_\_\_\_\_ ojos \_\_\_\_\_ oídos \_\_\_\_\_ cav. bucal \_\_\_\_\_  
Cuello \_\_\_\_\_ adenopatías \_\_\_\_\_ otras \_\_\_\_\_  
Tórax \_\_\_\_\_ campos pulmonares \_\_\_\_\_  
Área cardíaca \_\_\_\_\_ abdomen \_\_\_\_\_ genitales externos \_\_\_\_\_

Extremidades: \_\_\_\_\_  
Exploración neurológica \_\_\_\_\_

Exámenes de laboratorio y gabinete \_\_\_\_\_

Tipo sanguíneo y R.H. \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE HISTORIA CLINICA 11-20CDI-P04-I-19  
( 1 DE 6)**

<b>FECHA DE ESTUDIO:</b>	Indicar el día, mes y año en que el doctor realizó el estudio.
<b>SERVICIO MEDICO QUE LO PROTEGE:</b>	Indicar la prestación médica con la que cuenta.

**DATOS DEL NIÑO**

<b>NOMBRE DEL NIÑO:</b>	Indicar nombre(s), apellido paterno (si cuenta con él) apellido materno del niño (a).
<b>EDAD:</b>	Especificar los años cumplidos del niño (a).
<b>SEXO:</b>	Especificar si es niño o niña con la letra M o F, según sea el caso.
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	Indicar el día, mes y año que nació el niño (a).
<b>DOMICILIO:</b>	Especificar calle, número y calles colindantes, así como la colonia correspondiente, en caso de ser invasiones, especificar la manzana, lote, etc.
<b>NOMBRE DEL PADRE:</b>	Anotar el nombre (s) y apellidos del padre.
<b>OCUPACIÓN, ESCOLARIDAD Y TIPO DE SANGRE:</b>	Indicar la ocupación, el grado de estudios y el tipo de sangre del padre del menor.
<b>OFICINA DEL PADRE:</b>	Indicar la calle, número y colonia del trabajo del padre.
<b>DIRECCIÓN:</b>	Indicar la dirección del padre del menor.
<b>TELEFONO:</b>	Indicar el número telefónico del trabajo del padre.
<b>NOMBRE DE LA MADRE:</b>	Anotar el nombre (s) y apellidos completos de la madre.
<b>OCUPACIÓN, ESCOLARIDAD Y TIPO DE SANGRE:</b>	Indicar la ocupación, el grado de estudios y el tipo de sangre de la madre del menor.
<b>OFICINA:</b>	Indicar la calle, número y colonia del trabajo de la madre.
<b>DIRECCIÓN:</b>	Indicar la dirección de la madre del menor.
<b>TELEFONO:</b>	Indicar el número telefónico del trabajo de la madre.

**ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES**

<b>EDAD DE LOS PADRES AL NACIMIENTO PADRE:</b>	Indicar los años cumplidos del padre al nacer el niño (a).
<b>MADRE:</b>	Indicar los años cumplidos de la madre al nacer el niño (a).
<b>ESTADO DE SALUD ACTUAL:</b>	Indicar mediante los conceptos de bueno, regular y malo, la salud general de los padres, especificando por separado al padre y a la madre.
<b>ANTECEDENTES:</b>	Indicar si existen antecedentes de cáncer en los padres del niño (a) o familiares cercanos.

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

<b>NEOPLÁSICOS:</b>	Señalar con una X si existen o han existido antecedentes familiares de dicha enfermedad.
<b>ENDOCRINOLÓGICOS DIABÉTICOS:</b>	Especificar si los padres del niño (a) cuentan con alguna enfermedad en relación a la sangre, indicando a cuál se refiere, asimismo de algún familiar.
<b>OBESIDAD:</b>	Señalar con una X si existen familiares con dicha enfermedad.
<b>OTROS:</b>	Indicar con una X si existe otro tipo de enfermedad.
<b>HEMATOLÓGICOS FIMICOS:</b>	Indicar con una X si los padres del niño (a) o algún familiar cercano padecen o han padecido esta enfermedad.
<b>LUÉTICOS:</b>	Indicar con una X, si existe o ha existido padecimiento o padecido otro tipo de enfermedad. Infectocontagiosos: Fimicos, luéticos u otros. Especificar, otra enfermedad infecto-contagiosa en los padres o familiares del niño (a) y el nombre de la misma.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

<b>ALÉRGICOS:</b>	Especificar, en caso de existir, el nombre de la patología alérgica y parentesco, en relación al niño (a) de quien la padece.
<b>ALCOHOLISMO Y OTRAS TOXICOMANIAS:</b>	Indicar si existe entre los padres o familiares del menor este tipo de problema.
<b>OTROS ANTECEDENTES:</b>	Especificar si existen o han existido entre los padres o familiares del menor otro tipo de antecedentes.
<b>NUMERO DE HERMANOS:</b>	Especificar el número de hermanos del menor.
<b>VIVOS:</b>	Especificar cuántos hermanos están vivos.
<b>ESTADO DE SALUD O ENFERMEDAD DE LOS HERMANOS:</b>	Especificar el estado de salud o si padecen de alguna enfermedad los hermanos del menor.
<b>EMBARAZO DE LA MADRE:</b>	Indicar con número, la cantidad de embarazos que ha tenido la madre del niño (a).
<b>PRODUCTO DE GESTA NO.</b>	Indicar con número, el lugar de embarazo que corresponde al niño (a).
<b>ATENCIÓN PRENATAL EN:</b>	Indicar en qué institución se atendió su embarazo, en caso contrario, indicar NO.
<b>POR:</b>	Indicar quién atendió su embarazo, (médico general, ginecólogo, enfermera, partera, partera empírica, etc.)
<b>DURACIÓN:</b>	Indicar con número, la cantidad de semanas de gestación del niño (a).

SEMANAS: ALIMENTACIÓN DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO:

<b>B:</b>	Señalar con una X si la alimentación de la madre durante el embarazo fue buena.
<b>R:</b>	Señalar con una X si la alimentación de la madre durante el embarazo fue regular.
<b>M:</b>	Señalar con una X si la alimentación de la madre durante el embarazo fue mala.

**PADECIMIENTO DURANTE EL EMBARAZO INDICAR EN QUE TRIMESTRE**

## Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

<b>INFECCIONES:</b>	Señalar con número el trimestre correspondiente al embarazo, en el cual se presentaron infecciones. En caso contrario, indicar NO.
<b>TOXEMIA:</b>	Señalar con número el trimestre al embarazo, en el cual se presentaron toxemias, en caso contrario indicar NO.
<b>DIABETES:</b>	Señalar con número el trimestre correspondiente al embarazo en el cual se presentó diabetes, en caso contrario indicar NO.
<b>CARDIOPATIAS:</b>	Señalar con número el trimestre correspondiente al embarazo, en el cual se presentaron cardiopatías, en caso contrario indicar NO.
<b>OTROS:</b>	Indicar con número en qué trimestre, presentó alguna otra patología antes no mencionada, describiendo su nombre. En caso contrario indicar NO.
<b>FÁRMACOS:</b>	Indicar con número en qué trimestre tomó algún medicamento, en caso contrario indicar NO. Si corresponde, indicar el nombre del medicamento.
<b>ESTUDIOS RADIOGRAFICOS:</b>	Indicar con número en qué trimestre le realizaron estudios radiológicos, en caso contrario, indicar NO.
<b>PARTO ATENDIDO EN:</b>	Indicar en qué institución se atendió el parto del menor.
<b>POR:</b>	Indicar quién atendió el parto del menor (doctor, enfermera, partera, etc.)
<b>PARTO UNICO:</b>	Indicar con una X si el producto del parto fue uno solo.
<b>EUTOCICO:</b>	Indicar con una X si el parto fue normal.
<b>DISTOCICO:</b>	Indicar con una X si el parto fue anormal.
<b>RESUELTO POR:</b>	Indicar en caso de dificultades en el parto, cómo se resolvió la problemática.
<b>ANESTESIA Y/O ANALGESIA:</b>	Indicar SI o NO se utilizó anestesia.
<b>COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS:</b>	Indicar SI o NO hubo complicaciones en el parto.
<b>TRAUMATISMOS:</b>	Indicar SI o NO hubo traumatismos en el niño (a) al nacer.
<b>PESO AL NACER:</b>	Indicar con número el peso del niño (a) al nacer.
<b>ICTERICIA:</b>	Indicar SI o NO presentó ictericia el niño (a) al nacer.
<b>TALLA AL NACER:</b>	Indicar la talla del niño al nacer.
<b>RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA:</b>	Indicar SI o NO presentó respiración y llanto espontáneo.
<b>CIANOSIS:</b>	Indicar SI o NO presentó cianosis el niño (a) al nacer.
<b>REQUIRIÓ INCUBADORA:</b>	Indicar SI o NO el niño (a) al nacer requirió incubadora.
<b>TIEMPO:</b>	En caso de haber utilizado el niño (a) incubadora, indicar con número el tiempo correspondiente de uso.
<b>RESPUESTAS O ESTÍMULOS EXTERNOS:</b>	Indicar SI o NO el niño (a) respondió a los estímulos externos existentes.
<b>REFLEJOS DE SUCCION:</b>	Indicar SI o NO el niño (a) respondió al reflejo de succión.
<b>LACTANCIA MATERNA:</b>	Indicar SI o NO la madre amamantó al niño (a).
<b>DURANTE:</b>	Indicar con número el tiempo en que la madre amamantó al niño (a).



Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

<b>MESES:</b>	Indicar con número el tiempo en que la madre amamantó al niño (a).
<b>LACTANCIA MIXTA:</b>	Indicar SI, si se le proporciono otro tipo de leche. Lo contrario seria con un NO.
<b>LACTANCIA ARTIFICIAL:</b>	Indicar con un SI, si la respuesta de lactancia materna fue negativa.
<b>MESES CON LECHE TIPO:</b>	Indicar con número de meses por cuánto tiempo le dio lactancia artificial y especificar el tipo de leche.
<b>INICIO ABLACTACION A LOS:</b>	Indicar con número, la edad en que inició la ablactación.
<b>MESES CON:</b>	Indicar los meses de la edad que inicio la ablactación.
<b>ALIMENTACIÓN ACTUAL:</b>	Indicar el tipo de alimentación, leche que el niño esté tomando, así como especificar si es alérgico a algún alimento.
<b>INMUNIZACIONES</b>	
<b>BCG</b>	Indicar fecha, día, mes y año de cada dosis administrada, en caso contrario con un NO.
<b>SABIN</b>	Indicar fecha, día, mes y año de cada dosis administrada, en caso contrario con un NO.
<b>PENTA-VALENTE (DTP+HIB+H.B)</b>	Indicar fecha, día, mes y año de cada dosis administrada, en caso contrario con un NO.
<b>D.P.T.</b>	Indicar fecha, día, mes y año de cada dosis administrada, en caso contrario con un NO.
<b>TRIPLE-VIRAL</b>	Indicar fecha, día, mes y año de la aplicación de la vacuna, en caso contrario con un NO.
<b>OTRAS:</b>	Indicar con el nombre de la vacuna en caso de que le hayan aplicado otra que no venga contemplada en el esquema básico.

DESARROLLO SOMATICO FUNCIONAL (FECHAS)

<b>ATENCIÓN POST-NATAL:</b>	Escribir nombre de la institución, si está o estuvo atendido el infante. Si no lo atendió con un NO.
<b>POR:</b>	Indicar si tenía fija la mirada.
<b>FIJA LA MIRADA:</b>	Indicar con un SI o un NO
<b>SONRIE:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>VUELVE LA CABEZA:</b>	Si la anterior respuesta fue afirmativa, escribir por quién: médico general, pediatra, etc., y por cuánto tiempo.
<b>SE LEVANTA:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>CAMINA CON APOYO:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>SE PARA SOLO:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>INICIA DENTICIÓN:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>BALBUCEO:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>PRIMERAS PALABRAS:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>CONTROL DE ESFÍNTERES VERSICAL:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>ANAL:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>CORRE:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>SUBE ESCALERAS ALTERNANDO LOS PIES:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>SE SOSTIENE EN UN PIE:</b>	Indicar con un SI o un NO.

**HÁBITOS DE CONDUCTA**

<b>FRECUENCIAS DEL BAÑO:</b>	Indicar con qué regularidad baña al menor.
<b>CAMBIO DE ROPA:</b>	Indicar la regularidad del cambio de ropa personal del infante.
<b>ASEO DENTAL:</b>	Indicar con qué frecuencia asea los dientes del infante, de lo contrario indicar NO.
<b>ENURESIS:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>SE CHUPA EL DEDO:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>TERRORES NOCTURNOS:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>GEOFAGIA:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>CONDUCTA SOCIAL:</b>	Indicar cómo es su conducta buena, mala o regular.
<b>DINAMICA FAMILIAR:</b>	Indicar con un SI o un NO.

## ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (Edad al presentarlos)

<b>PADECIMIENTOS: SARAMPIÓN:</b>	Indicar con un SI o un NO
<b>VARICELA:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>RUBÉOLA:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>ESCARLATINA:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>HEPATITIS:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>PAROTIDITIS:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>FARINGOMIGDALITIS DE REPETICIÓN:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>PARASITOSIS (TIPO, FECHA):</b>	Indicar con un SI o un NO, el tipo y la fecha.
<b>TUBERCULOSIS:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>ASMA BRONQUIAL:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>PADECIMIENTOS RESPIRATORIOS:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>DIARREAS FRECUENTES:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>OTRAS:</b>	Indicar con un SI, si padece otras enfermedades.
<b>TRAUMATICOS QUIRÚRGICOS:</b>	Indicar con un SI o un NO.
<b>ANTECEDENTES ALÉRGICOS:</b>	Indicar con un SI o un NO.

**APARATOS Y SISTEMAS**

<b>DIGESTIVO:</b>	Indicar si ha tenido problemas con un SI o un NO.
<b>RESPIRATORIO:</b>	Indicar si ha tenido problemas con un SI o un NO.
<b>CARDIOVASCULAR:</b>	Indicar si ha tenido problemas con un SI o un NO.
<b>GENITO-URINARIO:</b>	Indicar si ha tenido problemas con un SI o un NO.
<b>NERVIOSO:</b>	Indicar si ha tenido problemas con un SI o un NO.
<b>MÚSCULO ESQUELÉTICO:</b>	Indicar si ha tenido problemas con un SI o un NO.
<b>LINFO HEMÁTICO:</b>	Indicar si ha tenido problemas con un SI o un NO.
<b>ESTADO ACTUAL:</b>	Indicar el estado actual del niño (a).

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

## Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

**DATOS GENERALES Y SOMATOMETRIA:**

<b>ESTATURA:</b>	Indicar la estatura.
<b>PESO ACTUAL:</b>	Indicar el peso actual del menor.
<b>PESO IDEAL:</b>	Indicar el peso ideal del menor.
<b>F.C:</b>	Indicar la frecuencia cardiaca del menor.
<b>RESPIRACIONES:</b>	Indicar las respiraciones por minuto del menor.
<b>TEMPERATURA:</b>	Indicar la temperatura del menor.
<b>P.C:</b>	Indicar el perímetro cefálico del menor.
<b>P.T:</b>	Indicar el perímetro torácico del menor.
<b>P.A:</b>	Indicar el perímetro abdominal del menor.
<b>INSPECCION GENERAL:</b>	Anotar la inspección general del menor.
<b>ESTADO DE LA PIEL:</b>	Indicar el estado de la piel del menor.
<b>CABEZA:</b>	Indicar si el tamaño es normal y si es anormal decir ¿por qué?.
<b>CRANEO:</b>	Indicar si el tamaño es normal y si es anormal decir ¿por qué?.
<b>FONTANELAS:</b>	Indicar si el tamaño es normal y si es anormal decir ¿por qué?.
<b>OIDOS:</b>	Indicar si el tamaño es normal y si es anormal decir ¿por qué?.
<b>CAV. BUCAL:</b>	Indicar si el tamaño es normal y si es anormal decir ¿por qué?.
<b>CUELLO:</b>	Indicar si el tamaño es normal y si es anormal decir ¿por qué?.
<b>ADENOPATIAS:</b>	Indicar si el tamaño es normal y si es anormal decir ¿por qué?.
<b>OTRAS:</b>	Indicar si tiene otras anomalías.
<b>TORAX:</b>	Indicar si el tamaño es normal y si es anormal decir ¿por qué?.
<b>CAMPOS PULMONARES:</b>	Indicar si el tamaño es normal y si es anormal decir ¿por qué?.
<b>AREA CARDIACO:</b>	Indicar si el área cardiaca es normal o anormal y decir ¿por qué?.
<b>ABDOMEN:</b>	Indicar si el tamaño es normal y si es anormal decir ¿por qué?.
<b>GENITALES EXTERNOS:</b>	Indicar si el tamaño es normal y si es anormal decir ¿por qué?.
<b>EXTREMIDADES:</b>	Indicar si el tamaño es normal y si es anormal decir ¿por qué?.
<b>EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA:</b>	Anotar los resultados de la exploración neurológico.
<b>EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:</b>	Anotar los resultados de los exámenes de laboratorio.
<b>TIPO SANGUÍNEO Y R.H:</b>	Anotar el tipo sanguíneo y R.H. del menor.
<b>OBSERVACIONES:</b>	Anotar las observaciones.







11-20CDI-P04-F-22



**FICHA DE CONTROL DE VACUNACIÓN  
C.D.I. S.N.T.S.A., SECC. 43**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NAC.:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_

VACUNA Y ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD	FECHA DE VACUNACION
BCG TUBERCULOSIS	PRIMERA	AL NACER	
SABIN	PRELIMINAR	AL NACER	
POLIOMIELITIS	PRIMERA	2 MESES	
	SEGUNDA	4 MESES	
	TERCERA	6 MESES	
	ADICIONAL	/ /	/ / /
	PENTAVALENTE FIDTERIA HEPATITIS B TOS FERINA H. INFLUENZAE B. TETANOS	PRIMERA	2 MESES
DPT DIFTERIA TOS FERINA, TETANOS	SEGUNDA	4 MESES	
	TERCERA	6 MESES	
	REFUERZO 1	2 AÑOS	
TRIPLE VIRAL SARAMPIÓN, RUBÉOLA, PARATIDITIS	REFUERZO 2	4 AÑOS	
	PRIMERA	1 AÑO	
OTRAS	REFUERZO	6 AÑOS	

GRAFICAS 01 DE 03

11-20CDI-P04-F23

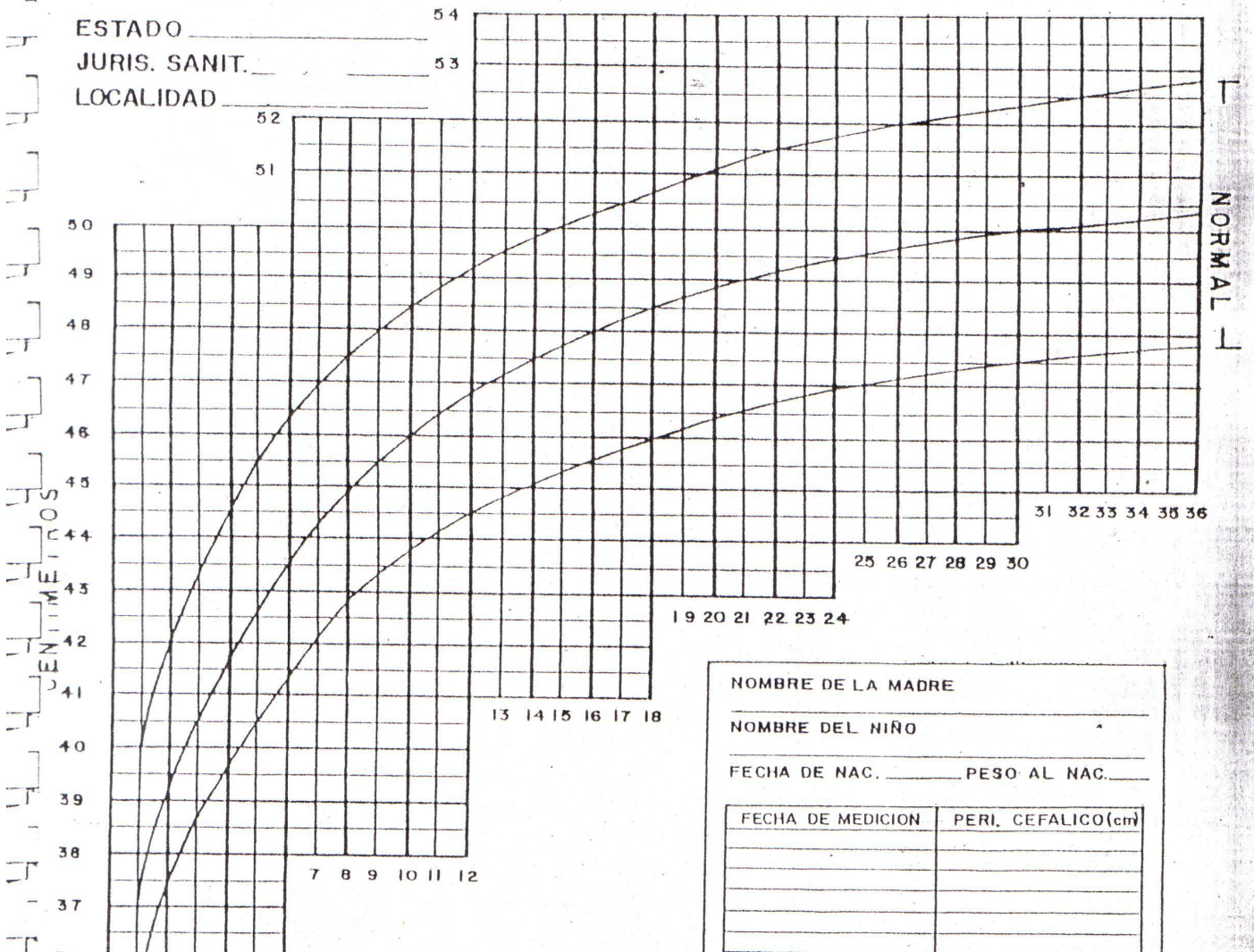


DGAMI

CONTROL DE LA NUTRICION CRECIMIENTO Y DESARROLLO  
GRAFICA DE PERIMETRO CEFALICO EN NIÑOS

DE 0 A 36 MESES DE EDAD

ESTADO \_\_\_\_\_  
JURIS. SANIT. \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD \_\_\_\_\_



NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_

FECHA DE NAC. \_\_\_\_\_ PESO AL NAC. \_\_\_\_\_

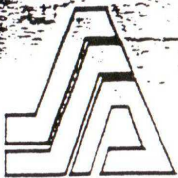
FECHA DE MEDICION	PERI. CEFALICO (cm)





GRAFICAS 03 DE 03

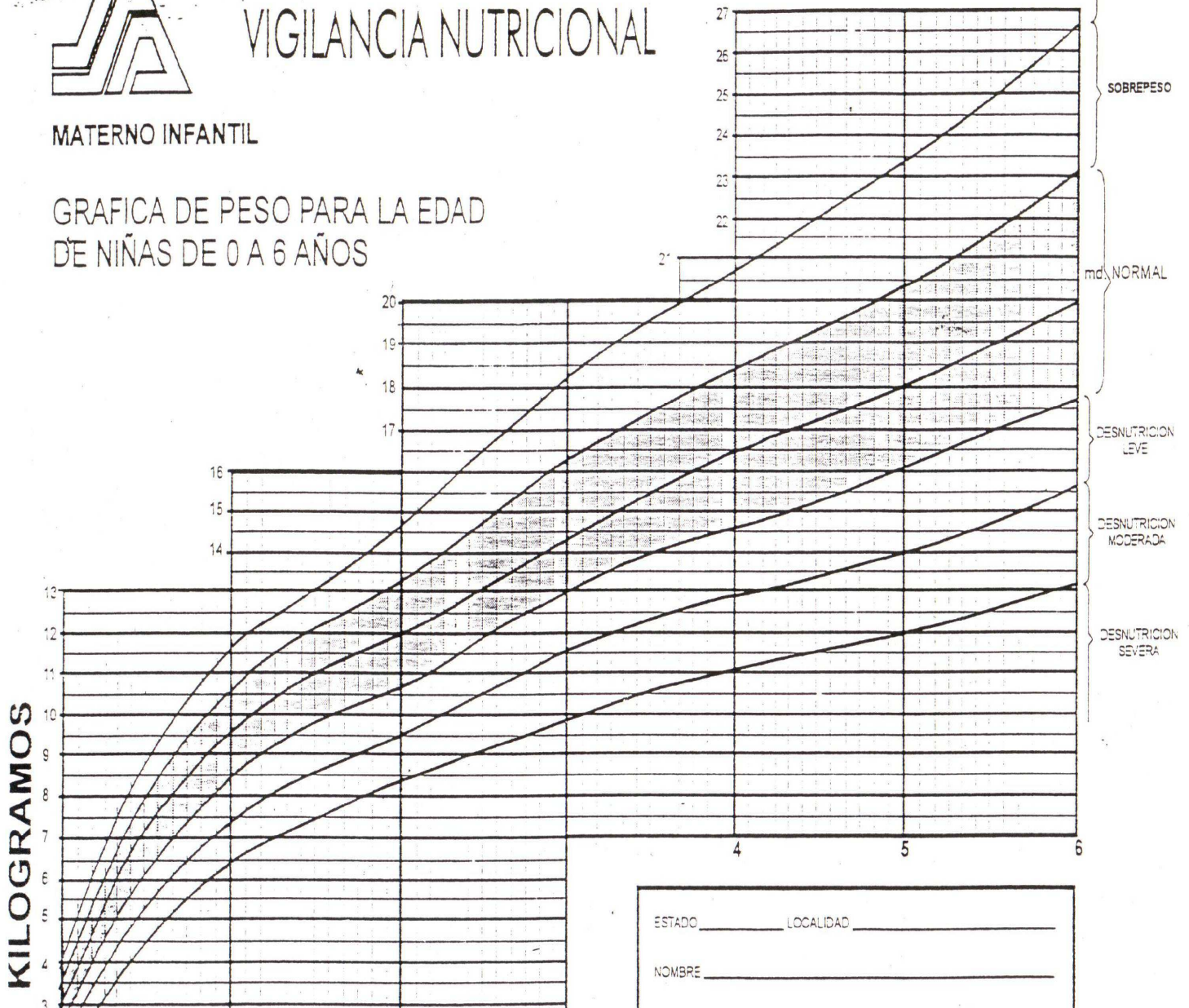
11-20CDI-P04-F23



# VIGILANCIA NUTRICIONAL

MATERNO INFANTIL

GRAFICA DE PESO PARA LA EDAD  
DE NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS



CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL S.N.T.S.A. SECCIÓN 43

**FORMATO CON ALTERACIONES NUTRICIAS.**

**RELACIÓN DE USUARIOS CON  
DESNUTRICIÓN, SOBRE PESO Y OBESIDAD**

**INSTRUCCIÓN DE LLENADO:**

1. COLOCAR EN LA COLUMNA DE LA IZQUIERDA EL NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO (USUARIO).
2. MARQUE CON "X" EN EL ESPACIO DE DESNUTRICIÓN Ó SOBREPESO Ú OBESIDAD, SEGÚN SEA EL CASO.
3. ANOTE CON "X" LA SALA : LB (LACTANTES B), LC (LACTANTES C), MA (MATERNAL A), MB (MATERNAL B) PI (PREESCOLAR I), PII (PREESCOLAR II), PIII (PREESCOLAR III). SEGÚN SEA EL CASO.
4. ENVÍE COPIA DE FORMATO AL DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN PARA MEDIDAS CORRECTIVAS.
5. ANEXE ORIGINAL EN ARCHIVO DE DEPARTAMENTO DE FOMENTO A LA SALUD.
6. ANOTAR EN ESPACIO CORRESPONDIENTE:
7. FECHA.  
SE ANOTARÁ EL DÍA MES Y AÑO QUE SE REALIZA LA RELACIÓN. ( POSTERIOR A LA VALORACIÓN DEL USUARIO).
8. SE ANOTARÁ EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZÓ LA VALORACIÓN EN ESPACIO CORRESPONDIENTE.
9. SE ANOTARÁ ELNOMBRE DEL DEPARTAMENTO QUE REQUISITA EL FORMATO.

RELACIÓN DE SUSUARIOS CON DESNUTRICIÓN, SOBREPESO U OBESIDAD.

FECHA: \_\_\_\_\_

84

NOMBRE DE QUIÉN REALIZÓ LA VALORACIÓN:  
\_\_\_\_\_.

---

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

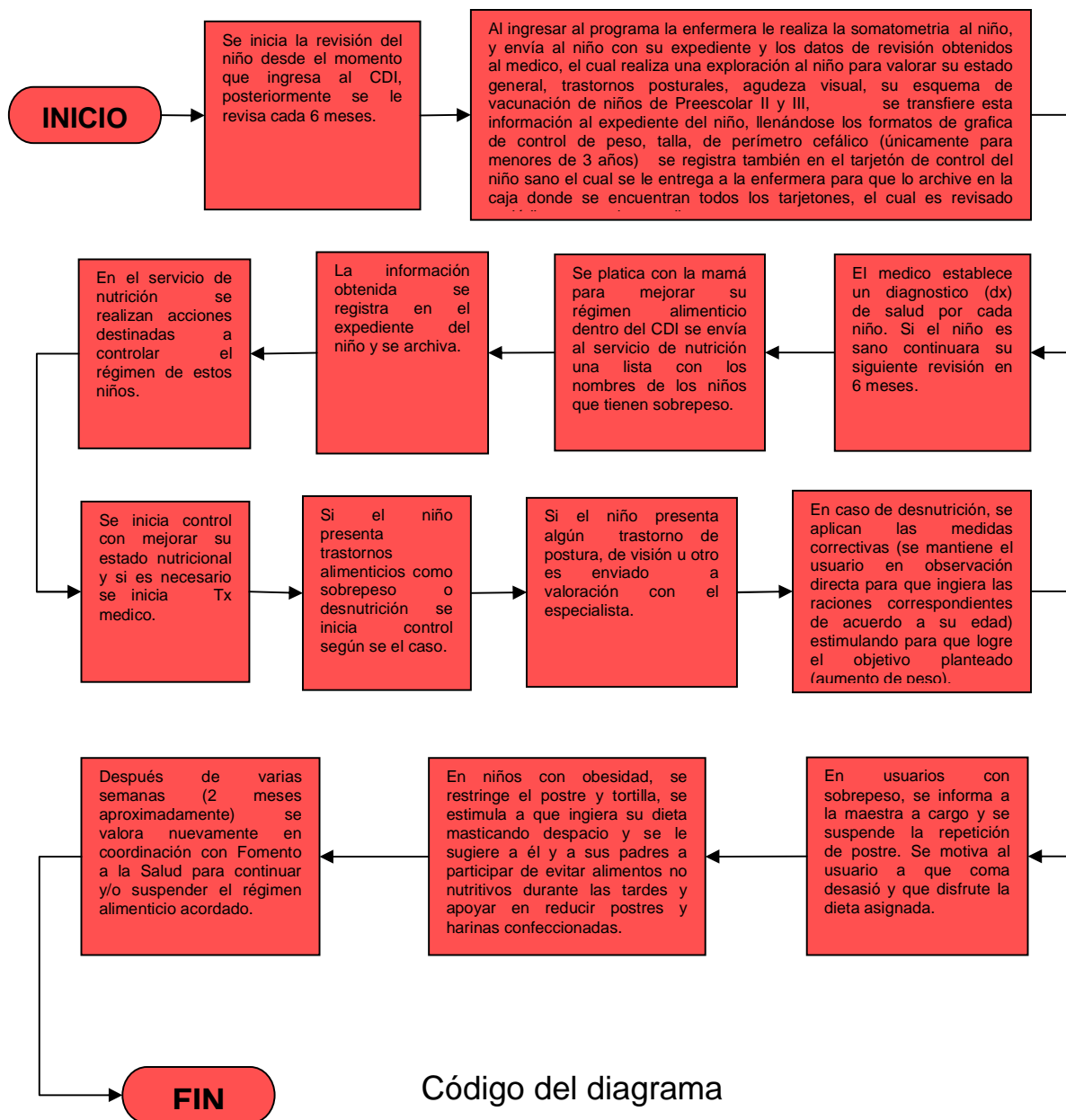
<b>Nº.</b>	<b>NOMBRE DEL USUARIO</b>	<b>DESNUTRICIÓN</b>	<b>SOBREPESO</b>	<b>OBESIDAD</b>	<b>SALA</b>
<b>01</b>					
<b>02</b>					
<b>03</b>					
<b>04</b>					
<b>05</b>					
<b>06</b>					
<b>07</b>					
<b>08</b>					
<b>09</b>					
<b>10</b>					
<b>11</b>					
<b>12</b>					
<b>13</b>					
<b>14</b>					
<b>15</b>					
<b>16</b>					
<b>17</b>					
<b>18</b>					
<b>19</b>					
<b>20</b>					

## DIAGRAMA DE FLUJO

	ENTE PÚBLICO: 11	Hoja 25 de 27
UNIDAD ADMINISTRATIVA: CENTRO DE DEDSARROLLO INFANTIL		Fecha de elaboración: 25/01/2010
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: CONTROL DEL NIÑO SANO		CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: P04

**11-20CDI-P04-G-4**

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43



Código del diagrama

**INVENTARIO DE REGISTRO DE PROCEDIMIENTO**

Servicios de Salud de Sonora

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Control del Niño Sano	Hoja 26 de 27
---	---------------

*Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43*

<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO</b> : 11-03-01-21-4/20CDI-15-P04/REV.00	<b>Fecha de elaboración:</b> 25/01/2010
---	--

No.	Registro	Tipo de Resguardo*	Responsable/ Puesto	Tiempo de resguardo	Ubicación del resguardo
1	Expediente clínico	Papel original	Dra. Adoración Benítez	A partir del ingreso del menor hasta la baja definitiva ó límite de edad	Fomento a la Salud

\*Papel, electrónico, fotografía, cintas de audio/video, microfilm, otro.

06-SIP-P01-F03/REV.00

## VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43



Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Control del Niño Sano	Hoja 27 de 27
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> 11-03-01-21-4/20CDI-15-P04/REV.00	<b>Fecha de la verificación:</b> 25/01/2010

No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	SI	NO
1	Verificar que cada usuario cuente con su expediente clínico completo y con sus respectivos formatos.		
2	Se revisarán las salas para corroborar que se encuentren libres de peligro		
3	Verificar que el tarjetero de Control del Niño Sano se encuentre al corriente		

Nombre y firma del verificador

06-SIP-P01-F04/REV.00

## ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Ente Público 11	Direccionamiento al PED 03-01-21	Hoja No. 1 de 7
Macroproceso 04	Subproceso 15	Fecha de elaboración 25/01/2010



Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

	Unidad Administrativa 20 CDI	Procedimiento P05	No. de Revisión 00
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Reporte Diario de Supervisión de Áreas</b>			
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: 11-03-01-21-4/20CDI-15-P05/REV.00</b>			
<b>I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO</b>			
Verificar el correcto saneamiento de las áreas del CDI			
<b>II. ALCANCE ( ) A. General (X) B. Específico</b>			
Aplicación específica al CDI Inmuebles, Material Didáctico, Personal Docente y Usuarios			
<b>III. DEFINICIONES</b>			
CDI Centro de Desarrollo Infantil			
<b>IV. REFERENCIAS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manual de Procedimientos año 1993.</li> <li>- Reglamento Interno</li> </ul>			
<b>V. POLÍTICAS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo áreas del CDI</li> </ul>			
<b>VI. PRODUCTOS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener las diferentes áreas del CDI en buenas condiciones de seguridad e higiene.</li> </ul>			
<b>VII. CLIENTE(S)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios.</li> <li>• Personal Docente.</li> </ul>			
<b>VIII. INDICADORES</b>			
Mediante visita diaria se verifica que se encuentren en óptimas condiciones.			
<b>IX. FORMATOS E INSTRUCTIVOS</b>			
06-20CDI-P02-F02/REV.00 "Reporte Diario de Supervisión de Áreas."			
<b>X. ANEXOS</b>			
06-10DCS-P01-G01/REV.00 "Diagrama de flujo de Reporte Diario de Supervisión de Áreas" Formato de Revisión de Área Médica.			
<b>XI. RESPONSABILIDADES</b>			
<p><b>Fomento a la Salud.-</b> <b>Dirección.-</b></p>			

<b>XII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>		
<b>RESPONSABLE</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>	<b>REGISTRO</b>
Fomento a la Salud	1.- Supervisa diariamente todas las áreas del CDI en cuanto a higiene y limpieza.	

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

	2.- Indica en el formato la evaluación que tuvieron las áreas en los conceptos señalados en los mismos.	
	3.- Revisión de área médica, señala a quien corresponda las recomendaciones pertinentes para manejar los conceptos antes señalados.	
	4.- "Si <b><u>NO</u></b> se acatan las recomendaciones" 5.- Redacta oficio y anexa copia de reporte de revisión diaria de área médica y turna a Dirección del Centro de Desarrollo Infantil. 6.- "Posteriormente:"	
Dirección	7.- La dirección toma las medidas correspondientes y se les hace llegar un memorandum al personal encargado de estas acciones.	
	8.- "Si <b><u>SI</u></b> se acataron las recomendaciones" 9.- Anexa informe en el reporte de revisión diario y archiva.	
TERMINO DEL PROCESO		

Elaboró:

Revisó:

Aprobó:

Enf. Emilia Figueroa Silva  
Enfermera del Centro de  
Desarrollo Infantil del  
S.N.T.S.A., Sección 43

Lic. Sofía Livier Sallard Flores  
Administradora del Centro de  
Desarrollo Infantil del  
S.N.T.S.A., Sección 43

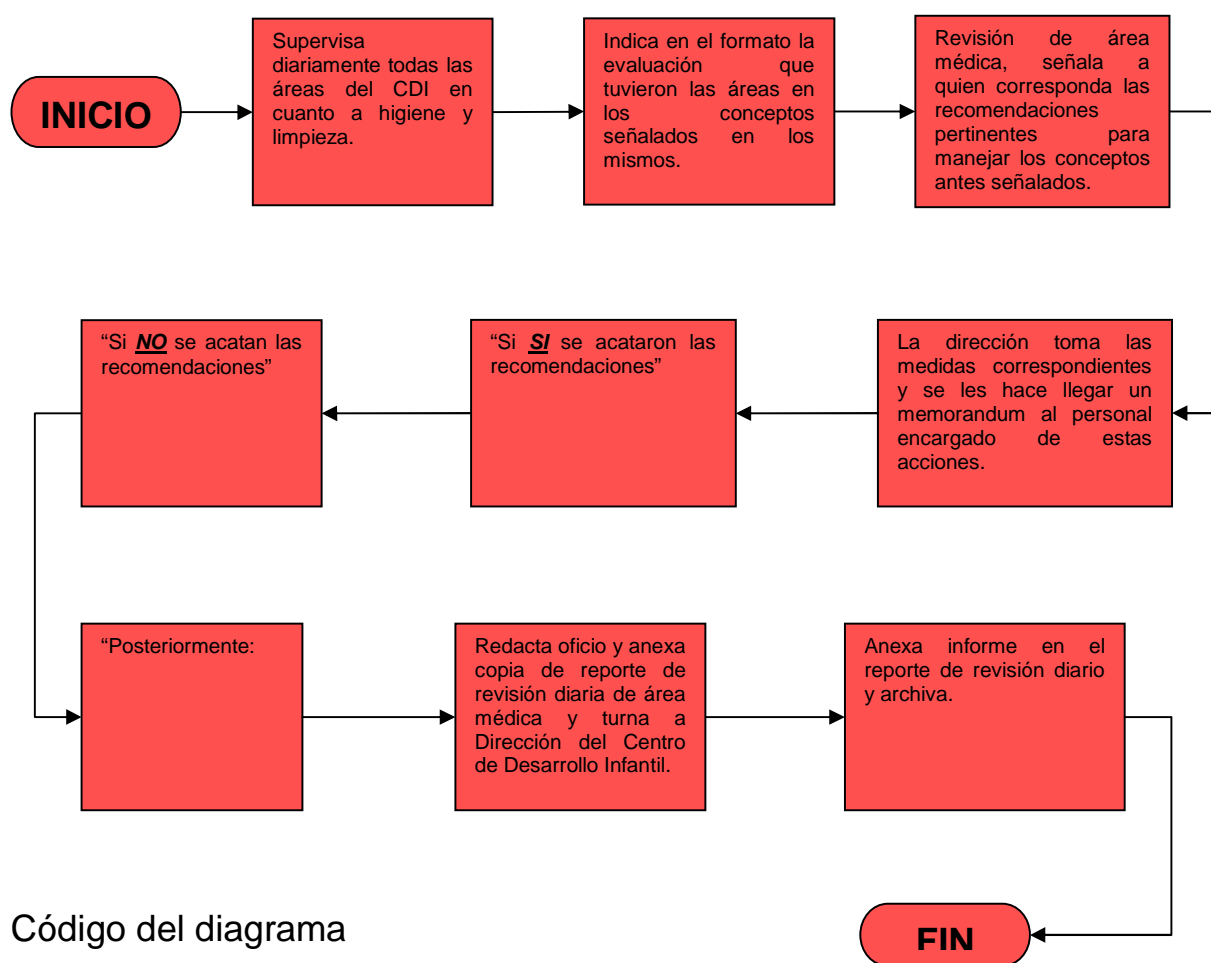
Lic. Edna Patricia Orrantia Campoy  
Directora del Centro de Desarrollo  
Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

## **FORMATOS E INSTRUCTIVOS**

## DIAGRAMA DE FLUJO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: CENTRO DE DEDSARROLLO INFANTIL	Fecha de elaboración: 25/01/2010
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: REPORTE DIARIO DE SUPERVISIÓN DE ÁREAS	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: P05

**11-20CDI-P05-G-5**



**INVENTARIO DE REGISTRO DE PROCEDIMIENTO**

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

Servicios de Salud de Sonora  
 Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Reporte Diario de Supervisión de Área</b>	<b>Hoja 6 de 7</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO : 11-03-01-21-4/20CDI-15-P05/REV.00</b>	<b>Fecha de elaboración: 25/01/2010</b>

No.	Registro	Tipo de Resguardo*	Responsable/ Puesto	Tiempo de resguardo	Ubicación del resguardo

\*Papel, electrónico, fotografía, cintas de audio/video, microfilm, otro.

06-SIP-P01-F03/REV.00

## VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Reporte Diario de Supervisión de Área	Hoja 7 de 7
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> 11-03-01-21-4/20CDI-15-P05/REV.00	<b>Fecha de la verificación:</b> 25/01/2010

No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	SI	NO
1	Verificar que se realice la limpieza completa y correcta de salitas		
2	Se supervisa que el lavado de colchonetas permanezcan limpias y en buen estado para el descanso de los pequeños		
3	Supervisar el lavado y resguardo diario de juguetes en sus respectivas salitas.		
4	Se supervisa limpieza y buen funcionamiento de sanitarios		

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del verificador

06-SIP-P01-F04/REV.00

**ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS**



Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43



Ente Público 11	Direccionamiento al PED 03-01-21	Hoja No. 1 de 7
Macroproceso 04	Subproceso 15	Fecha de elaboración 25/01/2010
Unidad Administrativa 20 CDI	Procedimiento P06	No. de Revisión 00

**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:** Escuela para Padres

**CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:** 11-03-01-21-4/20CDI-15-P06/REV.00

**I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO**

Incrementar la atención y calidad en el servicio del C.D.I. para las beneficiarias, coadyuvando y retroalimentando los aprendizajes de los padres de familia, reflexionar a cerca de los aspectos físicos, biológicos, psicológicos y sociales, así como actitudes y conductas que les permitan generar el bienestar familiar a través del conocimiento del desarrollo infantil.

**II. ALCANCE ( ) A. General (X) B. Específico**

Invitación abierta de pláticas a madres y padres de los niños usuarios

**III. DEFINICIONES**

C.D.I. Centro de Desarrollo Infantil.

**IV. REFERENCIAS**

No existe

**V. POLÍTICAS**

Realizar encuesta anual con temas sugeridos para la calendarización de los mismos, Convocar a padres de familia para que asistan a pláticas.

**VI. PRODUCTOS**

Tema seleccionado y calendarizado, lista de asistencia, encuesta sobre el tema dirigido.

**VII. CLIENTE(S)**

Padres de familia beneficiados de los Servicios de Salud Pública

**VIII. INDICADORES**

Padres de familia por usuarios inscritos.

**IX. FORMATOS E INSTRUCTIVOS**

Formato sin instructivo.

**X. ANEXOS**

Encuesta anual para selección de temas, lista de asistencia, encuesta del tema impartido, tríptico, gaceta del tema impartido, aviso de invitación con fecha implícita.

**XI. RESPONSABILIDADES**

Encargada de Escuela para Padres  
Directora del C.D.I.

---

 Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43
 

---

<b>XII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>		
<b>RESPONSABLE</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>	<b>REGISTRO</b>
Encargada de Escuela para Padres	<b>1. Aplicación de encuestas</b>	
	1.1 Aplicar encuestas a beneficiarios durante el mes de julio. 1.2 recopilación de la información (base de datos). 1.3 elabora calendario, con temas seleccionados por la mayoría de los beneficiarios.	
	<b>2. Notifica a dirección los resultados obtenidos de encuestas</b>	
	2.1. envía el calendario a dirección 2.2. envió de solicitud didáctico y logístico	
	<b>3. Notificación de día y hora del tema de la platica de escuela para padres a beneficiarios.</b>	
	3.1 se convoca a beneficiarios por medio de aviso general y personalizado.	
	<b>4. Elabora tríptico, gaceta en relación a la plática y lista de asistencia.</b>	
	TERMINO DEL PROCESO	

Elaboró:

Revisó:

Aprobó:

---

 C. Norma Alicia Godoy  
 Encargada de Escuela para  
 Padres del Centro de  
 Desarrollo Infantil del  
 S.N.T.S.A., Sección 43

---

 Lic. Sofía Livier Sallard Flores  
 Administradora del Centro de  
 Desarrollo Infantil del  
 S.N.T.S.A., Sección 43


---

 Lic. Edna Patricia Orrantia Campoy  
 Directora del Centro de Desarrollo  
 Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

## **FORMATOS E INSTRUCTIVOS**


**La Autoestima**  
 Tiene origen en el núcleo familiar, desde el momento en que el niño es deseado por sus padres, a partir de ahí es posible que el niño se sienta esperado y amado.  
 Si proporcionamos desde la infancia dosis ruidadas en amor, paciencia, firmeza, tolerancia, respeto y fe, lograremos que el infante en la vida joven reconozca internamente su capacidad y virtud para aceptarse, valorarse, apreciarse y amarse como es, sabrá afrontar los cambios que se le presenten en la vida, tendrá autocontrol en sus sentimientos y emociones.  
 Una buena autoestima nos permite crecer, ser libres, auténticos, creativos, alegres, amistosos, amorosos, sentimos plenos y con capacidad de dar y de recibir.  
 "Es difícil sentirse bien en la vida familiar si no se está seguro de que se tiene una auténtica familia"

**ORGANIZACIÓN**  
**Directora:**  
 L.A.E EDNA PATRICIA ORRANTIA CAMPOY.  
**Administradora:**  
 L.A.E SOFÍA L. SALLARD FLORES  
**Responsable de Escuela para Padres:**  
 Psic. Norma Alicia Godoy  
**Diseño:**  
 Brenda García Salazar



**Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A. Sección 43**

**ESCUELA PARA PADRES**



27 DE ENERO DE 2019

**Programa**

**Inscripción**  
 13:30 a 13:40 hrs.


**Ponente**  
**Dr. Félix Higuera Romero**

**Inicio del tema**  
 13:41 a 14:30

**Conclusiones**  
 14:31 a 15:00

**TEMA**  
 ¿Cómo Educar la Autoestima en el niño?  
 Autoestima es la capacidad de tener confianza, respeto y valoración hacia sí mismo, es lo que conlleva por una parte un juicio de valor y por otro un afecto que acompaña al ser humano en momentos de su vida.  
 Es lo que cada uno percibe y siente de sí mismo, no lo que otras personas piensan y sienten sobre uno. **Cuadro de texto**

**OBJETIVO:**  
 Considerar la autoestima un factor relevante con la finalidad de valorar el impacto que tiene en el desarrollo del infante y que determinará en parte su personalidad y sus relaciones interpersonales, familiares y laborales.



Valorar la importancia de fortalecer cada día la autoestima en el pequeño por medio del reconocimiento de sus cualidades.

La importancia de una autoestima saludable reside en que es la base de la capacidad para responder de manera activa y positiva a las oportunidades que se nos presentan en el amor, en la familia, en el trabajo y en la diversión. Es también la base de esa serenidad de espíritu que hace posible disfrutar de la vida.

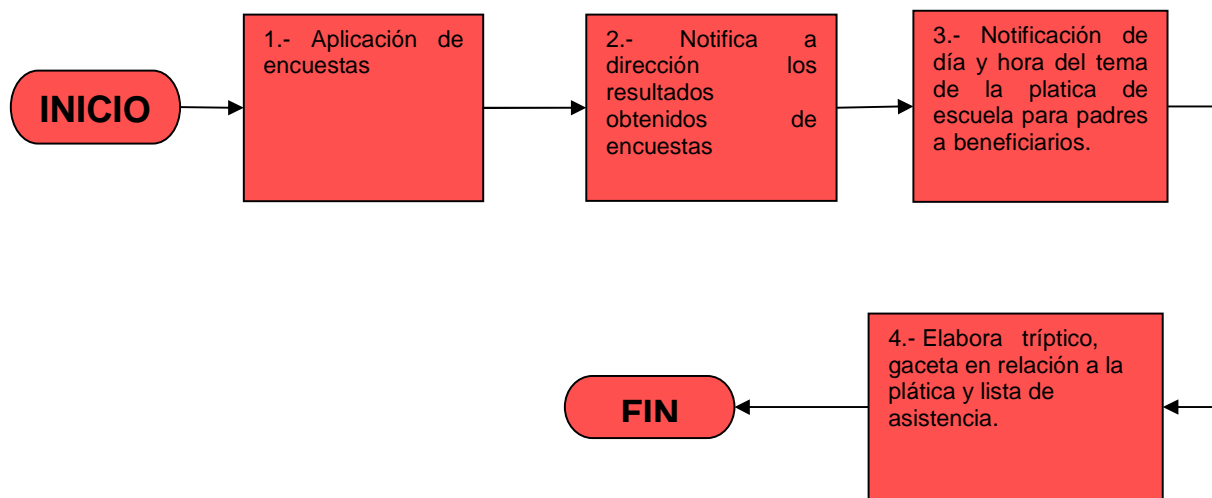
Incrementar la autoestima durante el desarrollo del infante es coadyuvar en la convicción de que cada quien es competente para vivir y digno de ser feliz y por lo tanto equivale a enfrentar la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, lo que ayudará a lograr las metas y experimentar la plenitud.

Desarrollar la autoestima es uno de los elementos básicos para ampliar la capacidad de ser feliz.

## **DIAGRAMA DE FLUJO**

	ENTE PÚBLICO: 11	Hoja 5 de 7
UNIDAD ADMINISTRATIVA: CENTRO DE DEDSARROLLO INFANTIL		Fecha de elaboración: 25/01/2010
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ESCUELA PARA PADRES		CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: P06

**11-20CDI-P06-G-6**



Código del diagrama

**INVENTARIO DE REGISTRO DE PROCEDIMIENTO**

Servicios de Salud de Sonora

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Escuela para Padres	<b>Hoja 6 de 7</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO :</b> 11-03-01-21-4/20CDI-15-P06/REV.00	<b>Fecha de elaboración:</b> 25/01/2010

No.	Registro	Tipo de Resguardo*	Responsable/ Puesto	Tiempo de resguardo	Ubicación del resguardo
1	Programa Educativo. C.D.I., del S.N.T.S.A., sección 43.	Impreso Original	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
2	Programa de Preescolar. C.D.I., del S.N.T.S.A., sección 43.	Impreso Original	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
3	Programa de inglés en preescolar y primaria. SEC.	Copias de libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
5	Tarjetas de estimulación temprana. Secretaria de salud.	Tarjetas fotográficas	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
9	Inteligencia emocional. Pasos para elevar el potencial infantil. Grupo Dimas Ediciones. (tres tomos)	Libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
10	Programa de Talleres Generales de Actualización 2001- 2002. SEP.	Copias de libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
11	Programa de Talleres Generales de Actualización 2002-2003. SEP	Copias de libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I. Ciclo escolar	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
12	Programa de Talleres Generales de Actualización 2004-2005. SEP	Copias de libro	Jefe del departamento Ciclo escolar y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
13	La organización del espacio, materiales y tiempo, en el trabajo por proyectos de nivel escolar. SEP.	Copias de libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
14	Bloques de juegos y actividades en el desarrollo de los proyectos en el jardín de niños. SEP	Copias de libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía
15	Cuentos de todos los tiempos	Libro	Jefe del departamento y en ausencia la psicóloga del C.D.I.	Ciclo escolar	Jefatura del departamento de psicopedagogía

\*Papel, electrónico, fotografía, cintas de audio/video, microfilm, otro.

## VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Servicios de Salud de Sonora

Centro de Desarrollo Infantil del S.N.T.S.A., Sección 43

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Escuela para Padres	Hoja 7 de 7
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> 11-03-01-21-4/20CDI-15-P06/REV.00	<b>Fecha de la verificación:</b> 25/01/2010

No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	SI	NO
1	Revisar exhaustivamente el contenido y ortografía de la información que se presentará como tema.		
2	Verificar que el material didáctico esté con oportunidad para la realización del tema		
3	Informar oportunamente todo lo realizado a Dirección para su Vo. Bo. Y fines procedentes.		
4	Revisar presentación en Power Point, solicitando con anticipación el material necesario.		

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del verificador

06-SIP-P01-F04/REV.00



# **CAPÍTULO V**

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **V. BIBLIOGRAFÍA**

- Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos. Secretaría de la Contraloría General, 2005.