

Instructivo para completar historia Clínica de Adolescentes CLAP/OMS/OPS

Versión adaptada por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes
Ministerio de Salud, Chile 2021



MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

Subsecretaría de Salud Pública

División de Prevención y Control de Enfermedades

Departamento de Ciclo Vital

Oficina Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Nota: Instructivo adaptado en base a documento original Historia Clínica del Adolescente y formularios complementarios, Sistema Informático del Adolescente (SIA) del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva- CLAP/SMR SIA. CLAP/SMR, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2010 y a su primera adaptación chilena (MINSAL, 2016).

Responsable Técnico Ministerio de Salud

<p>Sylvia Santander Rigollet Jefa División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>
<p>Bárbara Leyton Cárdenas Jefa Departamento de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública.</p>
<p>Francisca Salas Pacheco Encargada Oficina de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>

Profesionales Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

<p>Cettina D'Angelo Quezada Oficina de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>	<p>Paula Maureira Martínez Oficina de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>
<p>Felipe Nayip Hasen Narváez Oficina de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Departamento Ciclo Vital. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>	<p>Alejandro Gallegos Cárdenas Oficina de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>
<p>Pamela Meneses Cordero Departamento Gestión del Cuidado División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales</p>	

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1. PRESENTACIÓN.....	6
2. CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	7
2.1. LA HISTORIA DEL O DE LA ADOLESCENTE	7
2.2. SISTEMA DE ADVERTENCIA.....	11
3. LLENADO DE LA CONSULTA PRINCIPAL.....	11
3.1. GENERALIDADES	11
3.2 IDENTIFICACIÓN DEL O DE LA ADOLESCENTE	12
3.3 SECCIÓN CONSULTA PRINCIPAL.....	14
3.4 SECCIÓN ANTECEDENTES PERSONALES.....	15
3.5 SECCIÓN ANTECEDENTES FAMILIARES	18
3.6 SECCIÓN FAMILIA	19
3.7 SECCIÓN VIVIENDA	20
3.8 SECCIÓN EDUCACIÓN	21
3.10 SECCIÓN VIDA SOCIAL	23
3.11 SECCIÓN HÁBITOS / CONSUMO.....	25
3.12 SECCIÓN GINECO/UROLÓGICO	27
3.13 SECCIÓN SEXUALIDAD	29
3.14 SECCIÓN SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL	32
3.15 SECCIÓN EXAMEN FÍSICO	33
3.16 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL	35
3.17 DETECCIÓN DE RIESGO	36
3.18 INDICACIONES E INTERCONSULTAS.....	37
ANEXOS	38
SECCIÓN EXAMEN FÍSICO	38
Curvas para evaluación índice de masa corporal (IMC).....	38
Curvas para evaluación de talla	40
Desarrollo mamario en la mujer durante la pubertad, según Tanner.	42
Desarrollo genital en el hombre durante la pubertad, según Tanner.....	42
Listado para codificación de motivos de consulta	43

Listado para codificación de diagnósticos	45
Listado para la codificación de indicaciones e interconsultas	47

1. PRESENTACIÓN

El Control de Salud Integral de Adolescentes, inicialmente llamado Control de Salud “Joven Sano”, en adelante el Control, surge como Programa Piloto el año 2012 (Resolución Exenta Nº 680 del 12 de Junio 2012) y, a partir del 2013, se incorpora como un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, aprobado bajo Resolución Exenta Nº 04 de fecha 4 de Enero 2013.

Esta actividad, se ha consolidado como la puerta de entrada al sistema de salud y en una oportunidad para evaluar y promover un desarrollo y crecimiento saludable para la población de adolescentes (10 a 19 años) del país. En el año 2019 se alcanzó una cobertura de 17.4% (de la población de 10 a 19 años inscrita validada en FONASA), lo que da cuenta de una importante brecha en la atención de salud de adolescentes.

En 2020 se inicia un proceso de actualización de esta actividad con el fin avanzar hacia coberturas universales, adecuando el Control a un rendimiento de 45 minutos y mejorando los instrumentos de manera de tener un modelo de atención más eficiente. En este contexto el Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes actualiza la versión ya modificada en 2016 de la ficha Historia Clínica del Adolescente (HCA) propuesta originalmente por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), Salud de la Mujer y Reproductiva y el Sistema Informático del Adolescente (SIA). Esto con el fin de disminuir la complejidad de algunas preguntas, modificar otras al contexto país y relevar la entrevista clínica con el o la adolescente. De esta manera se incorporaron algunas preguntas no consideradas en la versión de 2016 y, para la impresión diagnóstica, se consideran otros riesgos detectados, mejorando el resumen de alertas detectadas en ámbitos de la salud adolescente, a fin de orientar la construcción de la impresión diagnóstica integral y las intervenciones asociadas a ella.

El presente instructivo mantiene el listado de diagnósticos frecuentes de los Trastornos emocionales/mentales en base a la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 OPS/OMS), que es la utilizada en los flujos de atención de las guías clínicas en Chile.

A continuación, se presenta este instructivo basado en la primera adaptación, en 2016, realizada por Chile, en base al documento original SIA: Sistema Informático del Adolescente de OPS (2010)¹, con la presentación del instrumento propuesto por Chile, que busca hacer más pertinente su aplicación a la realidad local, manteniendo la calidad y riqueza del instrumento original propiciado por CLAP/OPS/OMS.

¹ Historia clínica del adolescente y formularios complementarios. SIA. CLAP/SMR.OPS, 2010 Disponible en : <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/clap1579.pdf>

2. CARACTERÍSTICAS GENERALES

2.1. LA HISTORIA DEL O DE LA ADOLESCENTE

La Historia Clínica del o de la Adolescente (HCA) facilita el registro y evaluación integral de salud de este grupo etario, contemplando la percepción de vida que tienen de sí mismos/as. Además, permite el registro de la percepción y las observaciones del equipo interdisciplinario de salud, en los sectores destinados específicamente para ello.

Los datos para la atención y seguimiento de los y las adolescentes, se han condensado en dos páginas, que se proponen como el registro institucional básico de la atención, que además cuenta con un registro electrónico.

Las Figuras 1A y 1B presentan el formulario correspondiente a la consulta principal y se destinan al registro de datos sobre el motivo de consulta del o de la adolescente y de su acompañante, antecedentes personales, antecedentes familiares, y aspectos que dan cuenta de factores y conductas que afectan la vida de los y las adolescentes, y los resultados de las evaluaciones del estado de salud y sus riesgos, concluyendo con una impresión diagnóstica, indicaciones e interconsultas.

La **consulta principal** se divide en 17 sectores: identificación del adolescente, principales motivos de consulta, antecedentes personales, antecedentes familiares, familia, vivienda, educación, trabajo, vida social, hábitos y consumos, antecedentes gineco-urológicos, sexualidad, situación psicoemocional, examen físico, impresión diagnóstica integral y detección de riesgo, indicaciones e interconsultas.

El sector de **identificación** está destinado al registro de datos para reconocer a el o la adolescente, localizar a su familia, el establecimiento educacional, y en esta versión se incluye el nombre social o nombre por el que quiere ser llamado/a. Se continúa con el sector dedicado a la **consulta principal**, donde se consignan los motivos de consulta, según referencia de cada adolescente como de su acompañante, registrando los datos que surgen en la entrevista inicial.

En el sector **antecedentes personales**, se investigan los datos perinatales, de la infancia y la etapa adolescente transcurrida, que se presume puedan tener alguna repercusión en su vida actual, tanto desde el punto de vista físico, como socioemocional.

En **antecedentes familiares**, se solicita la historia de enfermedades en la familia y otros problemas psicosociales que pueden incidir en las condiciones de salud y bienestar del o de la adolescente.

El sector **familia**, se registran los datos concernientes a la constitución y funcionalidad de la misma. Incluye además datos sobre el trabajo y nivel de instrucción de los padres o de quienes cumplan funciones parentales. Este sector es fundamental para la detección de factores de riesgo familiar.

La valoración de las características de la **vivienda**, permite identificar condiciones sanitarias e indirectamente socio-económicas, que puedan incidir en el medio familiar que envuelve la vida del o de la adolescente.

Los sectores **educación, trabajo, vida social, hábitos y consumos, antecedentes gineco-urológicos, sexualidad y situación psicoemocional** se orientan a valorar aspectos de la vida del o de la adolescente que ayudan a diagnosticar patologías, problemas y/o riesgos que pueden o no ser motivo de consultas reconocidas inicialmente.

Esta versión considera la incorporación de:

Nuevas variables de género, clases virtuales y cambios semánticos en Educación, exposición a pantallas y violencia virtual; instrumento CRAFFT en la ficha, para **detección y evaluación de riesgo por consumo de alcohol y otras drogas, ritmo menstrual, tipos de violencia de pareja**, y el registro de interrupción del embarazo por 3 causales (IVE), estado de ánimo, entre algunas a destacar.

El sector examen físico, permite la inclusión de hallazgos semiológicos que pueden o no tener relación con el motivo de consulta.

Figura 1a. Anverso de la Historia del Adolescente (HCA). Este formulario contiene datos invariantes del adolescente (nombre, fecha de nacimiento, etc.) y datos recabados durante una consulta principal. Notar los casilleros de color amarillo que indican posibles situaciones de riesgo aumentado.

NOMBRES		NOMBRE SOCIAL		Centro de Salud	Código	
APELLIDOS (paterno y materno)				Control en establecimiento	educacional <input type="checkbox"/> de salud <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO (calle, número, comuna)				Establecimiento educacional	H.C.N.º	
FECHA NACIMIENTO		RUN	CEL 569	TEL FIJO	domicilio <input type="checkbox"/> recado <input type="checkbox"/>	
BENEFICIARIO DE PROGRAMA PROTECCIÓN SOCIAL			CORREO ELECTRÓNICO			
ESTADO CIVIL		NACIONALIDADES		PUEBLO ORIGINARIO		
casada <input type="checkbox"/> separada <input type="checkbox"/> unión civil <input type="checkbox"/> conviviente <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> viudo/a <input type="checkbox"/>		ado. chilena <input type="checkbox"/> chilena y otra <input type="checkbox"/> otra/s <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
				SEXO		
				femenino <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> género no conforme <input type="checkbox"/> otro: <input type="text"/>		
				ACOMPAÑANTE		
				solos <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		
CONSULTA PRINCIPAL		Nº	FECHA	EDAD	años <input type="text"/> meses <input type="text"/>	
Motivo de consulta según adolescente:			Motivo de consulta según acompañante:			
1. <input type="text"/>			1. <input type="text"/>			
2. <input type="text"/>			2. <input type="text"/>			
3. <input type="text"/>			3. <input type="text"/>			
Descripción motivo de consulta						
ANTECEDENTES PERSONALES	1. PERINATALES NORMALES		2. ALERGIAS		3. VACUNAS PNI COMPLETA	
	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
ANTECEDENTES PERSONALES	7. CIRUGIA/HOSPITALIZAC.		8. USO MEDICAMENTOS		9. PROBLEMAS SALUD MENTAL	
	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
Observaciones (indique número y comentario)						
ANTECEDENTES FAMILIARES	1. ENF. IMPORTANTES		2. OBESIDAD		3. PROBLEMAS SALUD MENTAL	
	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
ANTECEDENTES FAMILIARES	4. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		5. ALCOHOL Y OTRAS DROGAS		6. MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE	
	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
Observaciones (indique número y comentario)						
FAMILIA		3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN		DIAGRAMA FAMILIAR		
1. VIVE		ninguno <input type="checkbox"/> básica <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/>				
solos <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> en institución <input type="checkbox"/> con otros <input type="checkbox"/>		Madre o sustituta <input type="checkbox"/> Padre o sustituto <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/>				
2. COMPARTE CAMA		4. OCUPACIÓN				
no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿Con quién?		Madre o sustituta <input type="text"/> Padre o sustituto <input type="text"/> Pareja <input type="text"/>				
		5. PERCEPCIÓN SOBRE SU FAMILIA				
		buena <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> mala <input type="checkbox"/> No hay relación <input type="checkbox"/>				
VIVIENDA		Observaciones		Observaciones (indique número y comentario)		
Condiciones Sanitarias <input type="checkbox"/> Hacinamiento <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
EDUCACIÓN	1. ESTUDIA		4. GRADO O CURSO		7. VIOLENCIA ESCOLAR Y/O BULLYING	
	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> Nivel <input type="text"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="text"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
EDUCACIÓN	2. MODALIDAD DE ESTUDIO		8. PROBLEMAS EN INST. EDUCATIVA		8. DESECCIÓN/EXCLUSIÓN	
	Presencial <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> 3. CLASES VIRTUALES <input type="text"/> horas por día <input type="text"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
Observaciones (indique número y comentario)						
9. PERCEPCIÓN DE RENDIMIENTO RESPECTO A LA MAYORÍA DE SUS COMPAÑEROS/AS						
mejor <input type="checkbox"/> peor <input type="checkbox"/> igual <input type="checkbox"/>						

Figura 1b - Reverso de la Historia del Adolescente (HCA). Se completan aquí los datos de la consulta principal iniciada en el anverso.

TRABAJO	1. TRABAJO		2. SERVICIO DOMESTICO NO REMUNERADO PELIGROSO		3. RAZÓN DE TRABAJO		4. LEGALIZADO		5. TIPO DE TRABAJO																							
	Infantil <input type="checkbox"/>	Juvenil <input type="checkbox"/>	Peores formas no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Económica <input type="checkbox"/>	Autonomía <input type="checkbox"/>	Me gusta <input type="checkbox"/>	otra <input type="checkbox"/>	n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>																						
Observaciones (indique número y comentario)																																
VIDA SOCIAL	1. ACEPTACIÓN		2. AMIGOS		3. ACTIVIDAD FÍSICA		4. EXPOSICIÓN A PANTALLAS (TV, celular, Tablet, PC)		5. ACCESO A: Redes Sociales		6. OTRAS ACTIVIDADES		7. VIOLENCIA VIRTUAL (Cyberbullyng, grooming, estorsión sexual, etc.)																			
	aceptado <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	rechazado <input type="checkbox"/>	no sabe <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	horas por semana ¿Cuál?:	horas por día	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Plataformas virtuales no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	¿Cuál?:	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>																			
Observaciones (indique número y comentario)																																
HÁBITOS/ CONSUMO	1. SUEÑO NORMAL		4. COMIDAS FAMILIARES		7. RIESGO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CRAFT)																											
	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	horas por día	n° comidas/día		A. ¿En los últimos 12 meses has consumido? alcohol: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> marihuana: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> otra sustancia: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Pje total B: _____																											
Observaciones (indique número y comentario)																																
GINECO/ UROLOGICO	1. MENARCA/ ESPERMARCA		2. FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN		3. RITMO MENSTRUAL		5. FLUJO PATOLÓGICO VAGINAL/ SECRECIÓN PENEANA		6. ITS/ VIH		7. EMBARAZO		8. HUOSIAS		9. ABORTOS																	
	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	años meses	Fecha:	Duración n/s n/c	Periodicidad	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	¿Cuál? Tratamiento sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/s <input type="checkbox"/>	Tratamiento contactos	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>																					
Observaciones (indique número y comentario)																																
SEXUALIDAD	2. CONDUCTA SEXUAL		3. RELACIONES SEXUALES		4. USO DE CONDON		5. DIFICULTADES EN RELACIONES SEXUALES		5. USO DE MAC		6. ACO de emergencia		8. VIOLENCIA DE PAREJA		9. VIOLENCIA SEXUAL																	
	1. PAREJA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	postergadora <input type="checkbox"/> anticipadora <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>	a veces <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>	a veces <input type="checkbox"/>	nunca <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	Consejería uso MAC no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Doble método no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	física <input type="checkbox"/> sexual <input type="checkbox"/> psicológica <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Reparación <input type="checkbox"/>																
Observaciones (indique número y comentario)																																
SITUACIÓN PSICO EMOCIONAL	1. IMAGEN CORPORAL		2. VIDA CON PROYECTO		3. ESTADO DE ANÍMO (último mes)		4. RIESGO SUICIDA		5. REFERENTE ADULTO/A																							
	conforme <input type="checkbox"/>	más preocupación <input type="checkbox"/>	impide relación con los demás <input type="checkbox"/>	claro <input type="checkbox"/>	confuso <input type="checkbox"/>	ausente <input type="checkbox"/>	Tranquilo <input type="checkbox"/>	Desanimado <input type="checkbox"/>	Nervioso/ estresado <input type="checkbox"/>	irritable <input type="checkbox"/>	Deseo estar muertote (último mes) no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Ideación suicida (último mes) <input type="checkbox"/>	Intento suicida (último 3 meses) <input type="checkbox"/>	Suicidio amigo/a o familiar cercano <input type="checkbox"/>	madre <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>	nombre	teléfono	correo														
Observaciones (indique número y comentario)																																
EXAMEN FÍSICO	1. PESO (kg)		2. TALLA (cm)		3. PER.CINTURA		4. IMC		5. PRESIÓN ARTERIAL		6. TANNER		7. ASPECTO ORAL		8. PIEL		9. AGUD. VISUAL		10. AGUD. AUDITIVA		11. SALUD BUCAL		12. TIROIDES		13. CARDIO PULMONAR		14. ABDOMEN		15. COLUMNA		16. EXTREMIIDADES	
	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		
Observaciones (indique número y comentario)																																
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL												DETECCIÓN DE RIESGO																				
												Riesgo SSR <input type="checkbox"/> Riesgo OH/drogas <input type="checkbox"/>																				
												Riesgo suicida <input type="checkbox"/> Malnutr. por déficit <input type="checkbox"/>																				
												Riesgo social <input type="checkbox"/> Malnutr. por exceso <input type="checkbox"/>																				
												Riesgo psicoemocional <input type="checkbox"/> Riesgo Deserción Escolar <input type="checkbox"/>																				
												Violencia <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>																				
INDICACIONES												INTERCONSULTAS																				
Nombre responsable/profesión _____												Fecha próxima visita _____																				

2.2. SISTEMA DE ADVERTENCIA

Con el fin de llamar la atención sobre factores o situaciones de alerta, algunos casilleros se presentan en color amarillo. Si en ellos se consignara una cruz (x), se recomienda ampliar la información en observaciones. La presencia de situaciones de alerta hará necesario evaluar estrategias específicas de abordaje, tratamiento o referencia, acorde a las necesidades de salud del o de la adolescente y a la normativa del MINSAL vigente.

3. LLENADO DE LA CONSULTA PRINCIPAL

3.1. GENERALIDADES

El formulario de **consulta principal** deberá iniciarse en el momento en que el o la adolescente es atendido/a por primera vez en un servicio de salud y/o en los controles de salud en establecimientos educacionales. Requiere para su correcta aplicación 45 minutos aproximadamente.

La Historia Clínica del Adolescente (HCA), es un instrumento que facilita la participación del o de la adolescente. Pone el acento en los logros que ha realizado y en su estilo de vida, de acuerdo a su propia percepción. Es un instrumento confidencial entre el o la adolescente y el equipo de salud que arbitrará los medios para asegurar la privacidad de los datos. Permite registrar la percepción y observaciones del equipo de salud en las secciones evaluadas. Ha sido elaborada para ser utilizada en los distintos niveles de atención por el equipo de salud, coordinando las intervenciones según las normas del Servicio de Salud, con excepción de la atención en los servicios de urgencias.

En la HCA, para que sirva adecuadamente a la atención clínica, el o la profesional deberá elaborar preguntas de exploración dentro de una entrevista cordial, que respete el relato espontáneo de cada adolescente y sus tiempos. Muchos ítems se registrarán con una cruz (x) en casilleros cuadrados o en círculos. Existen también espacios en blanco para registrar datos cualitativos y observaciones.

Este instrumento **no es necesario completarlo en una única atención**. En todo momento se deberá priorizar la calidad del vínculo que se establece con el o la adolescente, y la resolución de su demanda, verbalizada o latente, respetando la privacidad y evaluando la oportunidad para requerir la información.

La consulta principal habitualmente coincide con la primera que el o la adolescente realiza en el servicio de salud o establecimiento educacional. Este instrumento debe completarse una vez al año, conservando el mismo número de ficha.

3.2 IDENTIFICACIÓN DEL O DE LA ADOLESCENTE

Los datos de este sector son importantes para localizar a cada adolescente y recuperar su historia del archivo. En el caso que la ficha esté en papel, los nombres y apellidos deben reproducirse fielmente en **letra de imprenta, perfectamente legible**, ya que cualquier alteración puede dificultar la ubicación de la HCA (Historia Clínica del/la Adolescente) cuando se la requiera. En caso que sea usada con la modalidad auto administrada, el o la profesional o personal de apoyo deberá verificar los datos con cada adolescente al momento del control.

- **Nombres y apellidos:** Consignar el/los nombre/s y apellido/s completo/s, según cómo el o la adolescente ha sido inscrito en el Registro Civil.
- **Nombre social:** Se refiere al nombre con el cual se identifica la persona y por el cual prefiere ser llamado/a. En caso de adolescentes que se definan con una identidad de género distinta a la asignada al nacer (trans, género no conforme, no binario, entre otros), utilizar el nombre social en lugar del nombre legal, ya que esto permite disminuir barreras hacia la atención de salud. Se puede preguntar: *¿Cómo quieres que te llamemos durante las atenciones en el Establecimiento de Salud?* En caso de que no exista un nombre diferente al del registro civil, tachar con una línea en la ficha.
- **Centro de salud:** Consignar el nombre y código asignado al Centro de Salud para su identificación. El objetivo de este casillero es identificar la institución a la que corresponde la historia clínica cuando su contenido se integra a un banco de datos regional o nacional.
- **Código:** Del establecimiento de Salud asignado por la Red (DEIS)
- **Control en Establecimiento:** Consignar si es realizado en un establecimiento educacional, de salud u otro espacio donde se realiza el control de salud integral.
- **Establecimiento Educacional:** Consignar el nombre del establecimiento educacional, donde se realiza el control de salud integral.
- **H.C.Nº** (Número de Historia Clínica): Es el número de historia clínica asignado a cada adolescente por el establecimiento donde es atendido. Se recomienda que este número se corresponda con el número de documento de cada adolescente. Si al implementarse la HCA ya tuviera iniciada una historia clínica en la institución, anotar el número que le fue asignado anteriormente.
- **Domicilio (calle, número, comuna):** Dirección de residencia habitual del o de la adolescente. Consignar la calle, el número y la comuna. Si no se pudiera identificar el domicilio con estos datos, anotar cualquier otra referencia que facilite su localización. Por ejemplo: Km 10 de la Ruta 8.
- **Fecha de nacimiento:** Día, mes y los dos últimos dígitos del año de nacimiento del o de la adolescente.
- **Nº Identidad:** Número correspondiente al documento de identidad (RUN) del o de la adolescente.
- **Teléfono fijo y celular:** En el caso que el o la adolescente cuente con teléfono celular propio, consignar el número correspondiente y en teléfono fijo del domicilio. Si no existiera teléfono en el domicilio, anotar un número de teléfono donde el o la adolescente o su familia puedan

ser contactados en caso de requerirse. Marcar en el casillero lateral si corresponde a su domicilio o a un lugar donde pueden recibir el mensaje.

- **Beneficiario protección social:** Consignar si recibe algún beneficio de programa de protección social/estatal, como: Beca JUNAEB u otras, subsidio único familiar, subsidio habitacional u otro.
- **Correo electrónico:** En el caso que el o la adolescente cuente con dirección de correo electrónico, consignarla.
- **Estado civil:** Marcar con una cruz el casillero correspondiente, según sea al momento de la consulta del o de la adolescente, “casado”, “acuerdo de unión civil”, “conviviente”, “separado”, soltero”, “viudo”. El “acuerdo de unión civil” es un contrato que pueden celebrar las parejas que hacen una vida común, a través de cual el Estado reconoce su nuevo estado civil y regula ante la ley diversos aspectos familiares, patrimoniales y de derechos de salud, laborales y previsionales de su relación.
- **Nacionalidad(es):** Registrar el país de origen de nacimiento del o de la adolescente, además si está nacionalizado en otro territorio.
- **Pueblo originario²:** Marcar con una cruz si pertenece o se identifica con algún pueblo indígena u originario, tanto en Chile como en otro país y se formula de acuerdo a como sigue: *¿te consideras perteneciente a algún pueblo indígena u originario?* En el caso que indique que “sí”, especificar el nombre del pueblo en la casilla en la que se pregunta “¿Cuál?”. Si refiere “no” tachar la pregunta. Los 9 pueblos originarios reconocidos por ley en Chile son: Aymara, Colla; Diaguita, Kawésqar, Lican Antai o Atacameño, Mapuche, Quechua, Rapa Nui y Yagán. Se han incluido los pueblos indígenas con el fin de reconocer la cultura e identidad del o de la adolescente, haciendo visible sus necesidades a través de la presentación de indicadores de salud desagregados por grupos de pueblos indígenas.
- **Sexo:** Consignar el que corresponda, de acuerdo con el sexo asignado al nacer del o de la adolescente. Personas que nacen intersexuales quiere decir que presentan características genéticas o fenotípicas (incluidos patrones cromosómicos, gonadales, hormonales y genitales propios de hombre y mujer) en un grado variable (ej. Gónadas femeninas con fenotipo masculino).
- **Género:** Esta sección se refiere a la **identidad de género** percibida por el o la adolescente, reconocida como la “vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo” (Principios de Yogyakarta, 2007). Consignar si se identifica como femenino, masculino, trans, fluido, género no conforme, u otro.
- **Acompañante:** Consignar el/los casilleros/s que correspondan si asiste a la consulta solo/a, con la madre, con el padre, con ambos, con un amigo/a, con su pareja, con un pariente, o

² La pregunta por pertenencia a pueblos originarios o indígenas está establecida en la Norma 643 (ex-820), sobre estándares de información en salud (2016) que rige para todos los formularios electrónico o de papel del sector salud.

con otros/as. Las opciones no son excluyentes, puede consignarse más de una opción, excepto cuando se consigne “solo/a”. Ejemplo para el llenado de la sección identificación:

Ejemplo para el llenado de antecedentes personales

NOMBRES Andres		NOMBRE SOCIAL 	Centro de Salud <u>Las Mercedes</u> Código <u>302</u>
APELLIDOS (paterno y materno) Rojas Paillaleo			Control en establecimiento <input type="checkbox"/> educacional <input type="checkbox"/> de salud <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> Establecimiento educacional <u>Liceo Bicentenario</u> H.C.N° <u>100036-02</u>
DOMICILIO (calle, número, comuna) <u>Alonso de Ercilla 2020 / Maipú</u>			
FECHA NACIMIENTO <u>12 03 12</u>		RUN <u>2 20 01 176 - K</u>	TEL FIJO <input type="text"/> <input type="text"/> CEL 569 <u>9 8 6 0 0 2 3 8</u>
BENEFICIARIO DE PROGRAMA PROTECCIÓN SOCIAL <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		CORREO ELECTRÓNICO <u>COP01212@GMAIL.COM</u>	
ESTADO CIVIL casada/o <input type="checkbox"/> separado/a <input type="checkbox"/> unión civil <input type="checkbox"/> soltera/o <input checked="" type="checkbox"/> conviviente <input type="checkbox"/> viudo/a <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD/ES sólo chilena <input checked="" type="checkbox"/> y otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
PUEBLO ORIGINARIO no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? <u>Mapuche</u>		SEXO mujer <input type="checkbox"/> hombre <input checked="" type="checkbox"/> intersex <input type="checkbox"/>	
GÉNERO femenino <input type="checkbox"/> trans <input type="checkbox"/> masculino <input checked="" type="checkbox"/> fluido <input type="checkbox"/> género no conforme <input type="checkbox"/>		ACOMPANANTE solo/a <input checked="" type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otro:	

3.3 SECCIÓN CONSULTA PRINCIPAL

- **Consulta principal N°:** Se consignará el número de consulta principal que corresponda, de acuerdo al número de Controles de Salud, realizados en su trayectoria.
- **Fecha:** Consignar el día, mes y los dos últimos dígitos del año en que se realiza la consulta.
- **Edad:** Anotar la edad del o de la adolescente en años y meses cumplidos, correspondiente al momento de la atención.
- **Motivos de consulta según adolescente:** Consignar las razones expuestas por el o la adolescente al iniciar la consulta, en el orden correlativo según la trascendencia que él o ella mismo/a refiera. A la derecha del texto escrito existen casilleros para su codificación, que permiten códigos de hasta cuatro dígitos. Para procesar estos datos en un programa de computación, se deberá consignar un código por cada motivo de consulta. En ANEXOS, se incluye un listado orientador de MOTIVOS DE CONSULTA (SIA) frecuentes en la adolescencia. Los dos primeros dígitos corresponden a una clasificación resumida de motivos de consulta, los dos siguientes una clasificación detallada. Para codificar, se deberá consignar los dos primeros dígitos y si se desea mayor precisión, agregar los dos dígitos siguientes sin interponer puntos ni signos. Por ejemplo, a la consulta por “dolor” le corresponde el código 0400, pero si fuera “dolor precordial” será 0406.
- **Motivos de consulta según acompañante:** Anotar los motivos verbalizados por el o la acompañante al momento del control, en orden correlativo según la trascendencia que él o ella refiera. En ocasiones coincidirán con los motivos de consulta del o de la adolescente, pero en muchos casos no será así. Este dato es importante para el diagnóstico. Consignar en

los casilleros el código correspondiente a cada MOTIVO DE CONSULTA según ANEXOS, para facilitar el procesamiento de los datos. Cada código admite un número de hasta cuatro cifras.

- **Descripción del motivo de consulta:** Describir en pocas palabras lo que el o la adolescente y/o su acompañante refieren sobre la razón que motiva el control de salud. A veces se detectan como motivo de consulta latente y como la causa de mayor preocupación consciente o inconsciente. Registre sus impresiones.

Ejemplo para el llenado de la sección consulta principal:

CONSULTA PRINCIPAL		N°	FECHA				EDAD	años	meses	días						
		1	0	8	0	4	2	1	18	10	2					
Motivo de consulta según adolescente:						Motivo de consulta según acompañante:										
1.	Desgano					0	3	0	1	1.	Ansiedad		1	1	0	1
2.	Insomnio					1	2	0	1	2.	Poco		0	6	0	2
3.										3.						
Descripción motivo de consulta																
Ingresa acompañado, dan los motivos de consulta, los que se presentan hace aproximadamente 2 meses. Madre muy preocupada sobre todo por pérdida de																

3.4 SECCIÓN ANTECEDENTES PERSONALES

Algunos de los sectores que siguen a continuación, se completan con datos que surgen de la entrevista. En los casilleros se deben registrar los datos aportados por el o la adolescente y en caso de ingresar acompañado/a, los que refiera su acompañante. Debajo hay un espacio para observaciones. Es importante especificar allí los problemas referidos y la repercusión psicoemocional o social, que los antecedentes relatados tuvieron para el o la adolescente y la percepción que el profesional logre sobre el problema que se relata, particularmente si existen contradicciones.

Los antecedentes personales se refieren a aquellos hechos importantes de la vida del o de la adolescente, que pueden tener influencia en su vida actual y que pueden ser asociados con factores de riesgo. Al identificar factores de riesgo, se hace necesario, al mismo tiempo identificar factores o situaciones de protección, para elaborar estrategias de tratamiento o referencia específicas en el servicio de salud o a través de una red intersectorial. Los factores de riesgo, podrán consignarse en el espacio de observaciones. Existe también una opción “no sé” para cuando el o la adolescente desconozca el dato y ningún familiar pueda aportar elementos precisos. En tal caso, si fuera indispensable para comprender el motivo de consulta, es conveniente solicitar a el o la adolescente que los investigue en su familia para una próxima consulta.

Es importante el cuidado de la privacidad de la información registrada. Hay datos que pueden ser requeridos en posteriores entrevistas, si se prefiere lograr un clima de mayor confianza, siempre que no estén relacionados con la demanda de atención actual o no tengan un carácter relevante para resguardar los derechos de cada adolescente. También es importante resguardar la privacidad del o de la adolescente al momento de indagar algunos datos que son de la esfera de la intimidad

(violencia, problemas judiciales), que pueden ser conflictivos de responder en presencia de terceras personas, exceptuando si estos representan un riesgo para su vida o la de terceros.

- **Perinatales normales:** Se refiere a condiciones vinculadas al periodo de gestación y parto del o de la adolescente, no sólo físicas sino también psicosociales. Es conveniente requerirlo a los padres si están presentes en la consulta. Si fueran anormales, especificar en observaciones. Si el o la adolescente concurre solo a la consulta y desconoce el dato marcar la opción “no sé”, y solicitarle que lo investigue para una próxima consulta. Ejemplos de antecedentes importantes: Prematurez, RCIU, macrosomía, sufrimiento fetal, consumo de OH/drogas de la madre durante la gestación, diabetes gestacional, entre otros.
- **Alergias:** Se refiere a la presencia de antecedentes de alergia, presentados tanto en forma cutánea como extracutáneas. En caso de antecedentes de alergia a drogas y medicamentos, así como de anafilaxia, consignar en observaciones.
- **Vacunas PNI completas:** Verificar y registrar si el esquema de vacunación del o de la adolescente está completo, de acuerdo al Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI). Particularmente es importante preguntar por vacuna HPV. De lo contrario, marcar el casillero “no” y aclarar en observaciones. Si el o la adolescente no tiene la información marcar la opción “no sé” solicitarla en una próxima consulta. Además, si existen dudas, se puede consultar el Registro Electrónico de Inmunizaciones (RNI). Consignar en observaciones otras vacunas vigentes que no están contempladas como grupo objetivo en el PNI.
- **Enfermedades importantes:** Se refiere a la presencia de enfermedades infectocontagiosas transmisibles, incluido COVID-19 y enfermedades crónicas, neurológicas y aquellos episodios mórbidos de curso prolongado, permanente o residual, muchas veces no reversible, que hayan requerido o requieran un largo período de vigilancia médica. Se excluyen las alteraciones mentales que deberán ser consignadas en problemas salud mental. Especificar en observaciones en caso de detectarse. Si el o la adolescente o los familiares que lo/la acompañan desconocen el dato, marcar “no sé” y solicitar se investigue en la familia para una próxima consulta.
- **Discapacidad:** Cualquier tipo de situación de discapacidad, de origen sensorial, motriz, neurológica o múltiple, sean estas referidas por el o la adolescente o la persona a cargo, o reconocidas por el profesional que realiza el control. En el caso de contar con la información, especificar en observaciones el tipo y grado de discapacidad.
- **Accidente relevante:** Sucesos o acciones involuntarias, que produjeron lesiones no intencionales. Si la respuesta es positiva, calificar aquellos eventos que a juicio del profesional son “llamativamente frecuentes”, y especificar en observaciones. Si el o la adolescente o los familiares que lo acompañan desconocen el dato señalar “no sé” y requerir se investigue en la familia.
- **Cirugía / hospitalizaciones:** Cualquier intervención quirúrgica y/o internación del o de la adolescente en su infancia o en el período transcurrido de adolescencia. Si la respuesta es positiva, especificar en observaciones. Si el dato fuera desconocido, señalar la opción “no sé” y solicitar se indague en la familia para la próxima consulta, si fuera indispensable para el diagnóstico.

- **Uso de medicamentos:** Se refiere al uso no accidental, habitual o prolongado de cualquier medicamento, con o sin indicación médica, incluyendo hierbas, fibras, suplementos y/u otros. Si la respuesta es positiva, especificar en observaciones el nombre e indicación. Si se desconociera el dato señalar “no sé” y solicitar a el o la adolescente que lo investigue en su familia para una próxima consulta si fuera indispensable para el diagnóstico.
- **Problemas de salud mental:** Síndromes o trastornos psicológicos o conductuales, que se encuentran asociados al deterioro de áreas de la actividad social y del pensamiento, durante la infancia y adolescencia. No se incluye en este ítem ideación o intentos de suicidio, es decir, conductas autoagresivas con intención de quitarse la vida durante la infancia o la adolescencia transcurrida. Este dato va en la sección “Situación psicoemocional”. Los trastornos psicológicos relatados deberán especificarse en Observaciones. Si el o la adolescente o sus familiares desconocieran el dato, señalar la opción “no sé” y solicitarle se investigue en la familia para una próxima consulta, si fuera indispensable para el diagnóstico.
- **Violencia:** Se registrará el antecedente de cualquier acción perjudicial o agresión, sea como víctima o agresor/a, intencional, física, psicológica y/o sexual. Se deberá incluir en este ítem situaciones de violencia intrafamiliar, entre pares (excluye violencia escolar, sección Educación). Se consignará entre otras, situaciones de **abandono**, entendiendo por tal, aquellas en las que alguno o ambos progenitores lo/la dejaron voluntariamente sin protección, alimentos o abrigo, incluyendo el abandono afectivo. Es conveniente que el dato de violencia, sea requerido en la entrevista en un momento a solas con el o la adolescente, debido a que es un dato que podría involucrar a los adultos que lo/la acompañan, ya sea como agresores o testigos y omitirse por temor a la respuesta de éstos. Si la respuesta fuera positiva o contesta “no sé”, especificar en observaciones. En ese caso se deberá indagar con el equipo de salud del sector. En algunas ocasiones los datos de **Antecedentes de Maltrato**, que también se deben considerar en esta sección, serán un hallazgo del interrogatorio general o sospechado ante un examen físico compatible. Esta situación deberá registrarse en observaciones e incluirse en la Impresión Diagnóstica Integral. El dato de violencia por ser un dato sensible, puede ser omitido en la entrevista inicial y por su relevancia en la salud del o de la adolescente puede preguntarse en otras secciones del instrumento.
- **Antecedentes judiciales:** Se refiere a antecedentes de intervenciones judiciales relacionadas con infracciones a leyes o normas instituidas por parte del o de la adolescente, o comparecencia por terceros durante la infancia o la adolescencia transcurrida. En caso positivo, especificar en observaciones. La opción “no sé”, se utilizará para cuando el o la adolescente o su familia desconozcan el dato. En ese caso se solicitará se investigue para una próxima consulta, si fuera indispensable para el diagnóstico.
- **Otros:** Si a juicio del o de la profesional que realiza el control de salud, hay otro/s antecedente/s personal/es que merezca mención marcar “si” y especificar en observaciones.

Ejemplo para el llenado de la sección antecedentes personales:

ANTECEDENTES PERSONALES	1. PERINATALES NORMALES no no sé sí <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2. ALERGIAS no no sé sí <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. VACUNAS PNI COMPLETA no no sé sí <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	4. ENFERMEDADES IMPORTANTES no no sé sí <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. DISCAPACIDAD no no sé sí <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. ACCIDENTE RELEVANTE no no sé sí <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	7. CIRUGIA/ HOSPITALIZAC. no no sé sí <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. USO MEDICAMENTOS no no sé sí <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. PROBLEMAS SALUD MENTAL no no sé sí <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10. VIOLENCIA no no sé sí <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11. ANT. JUDICIALES no no sé sí <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12. OTRO no no sé sí <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Observaciones (indique número y comentario)						
1. Prematurez y bajo peso						

3.5 SECCIÓN ANTECEDENTES FAMILIARES

En esta sección puede completarse por anamnesis a el o la adolescente y/o al acompañante. Consignar la presencia o no del antecedente, según corresponda. Si el o la adolescente concurre solo/a y desconoce el dato, se señalará la opción “no sé” y se solicitará lo investigue en la familia para una próxima consulta. Se interrogará sobre antecedentes patológicos (de padres, abuelos/as, hermanos/as, tíos/as, primos/as e hijos/as) de:

- **Enfermedades importantes:** Cardiovasculares, incluyendo hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia; hipotiroidismo; infecciones, entre ellas tuberculosis e infección por VIH. Cualquier tipo de cáncer y enfermedad por COVID-19.
- **Obesidad**
- **Problemas de salud mental:** Indagar antecedentes familiares de intento de suicidio o suicidio consumado y psicopatología en la madre, padre, hermanos/as y cuidador/a.
- **Violencia intrafamiliar:** Presencia de violencia hacia y entre algún(os) miembros de la familia nuclear.
- **Alcohol y otras drogas:** Presencia de situaciones de consumo abusivo por algún miembro de la familia nuclear.
- **Madre y/o padre adolescente:** Presencia dentro de la familia de algún evento de maternidad / paternidad adolescente.
- **Judiciales:** Presencia de situaciones de conflicto con la ley, litigios legales importantes por algún miembro de la familia nuclear.
- **Otros**

Si a criterio del o de la profesional que realiza el control de salud, existen otros antecedentes de importancia marcar una cruz (x) en otros. El espacio de observaciones, servirá para especificar lo señalado y para consignar la repercusión psicosocial que estos antecedentes familiares tuvieron en el o la adolescente que consulta.

Ejemplo para el llenado de la sección antecedentes familiares:

ANTECEDENTES FAMILIARES	1. ENF IMPORTANTES	2. OBESIDAD	3. PROBLEMAS SALUD MENTAL	4. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	5. ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	6. MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE	7. JUDICIALES	8. OTROS
	no no sé sí							
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Observaciones (Indique número y comentario)								
1. Hipotiroidismo mama. 2. Padre 6. Hermana madre adolescente								

3.6 SECCIÓN FAMILIA

Los datos correspondientes a este sector, pueden ser consultados a el o la adolescente y/o a su acompañante. Se sugiere preguntar a solas los datos referidos a la percepción que tiene de su familia y los vínculos en el genograma.

Vive con: Marcar con una cruz (x) el casillero correspondiente, según refiera vivir solo, con madre, con padre, en una residencia de protección o privado de libertad. En el caso que viva con otras personas, solo/a o en la calle, marcar “con otros” y especificar en el recuadro.

Comparte cama: Consignar si el o la adolescente comparte cama y especificar en el recuadro con quién comparte.

Nivel de instrucción: Apunta al máximo nivel de instrucción de padres o sustitutos (cuidador/a, tutor/a legal) o aquellos/as que cumplan actualmente funciones paterna o materna. Marcar con una cruz (x) el casillero correspondiente, según fuera cada uno de ellos “ninguno” (no sabe leer y escribir), “básica”, “media”, “superior”, en el nivel superior, están incluidos los de modalidad técnica. Debe señalarse sólo una alternativa para cada familiar.

Ocupación: Describir el tipo de ocupación desarrollada por el padre y la madre o sustitutos, así como de la pareja. Sólo se consignará en este espacio la profesión, título técnico-universitario u otra labor/oficio.

Percepción del o de la adolescente sobre su familia: Corresponde a la caracterización que realiza el o la adolescente de los vínculos y el funcionamiento familiar. Se preguntará a cada adolescente cómo siente que son la mayor parte del tiempo, las relaciones dentro de su familia, considerando como tal a cualquier grupo conviviente que sea interpretado por el o la adolescente como familia. El o la profesional, deberá transcribir en los casilleros sólo la opinión del o de la adolescente, al considerar las relaciones familiares en forma global y no por un suceso aislado. Marcar sólo una alternativa, la preferencial, con una cruz (x) según la percepción del o de la adolescente acerca de si las relaciones de su familia sean mayormente “buena”, “regular” o “mala”. La opción “no hay relación”, se señalará cuando se trate de una familia que no mantienen vínculos entre sí, por distancia física o emocional, o cuando no exista ningún núcleo que el o la adolescente reconozca como su familia. Puede ampliarse la información en observaciones e incluirse en la Impresión Diagnóstica Integral en caso de ser pertinente.

Para que el o la profesional pueda evaluar el funcionamiento familiar, es importante analizar el grado de cohesión, esto es el vínculo emocional entre los miembros de la familia; la adaptabilidad o capacidad de la familia de cambiar sus reglas de funcionamiento, roles y estructuras de poder en respuesta a situaciones de estrés, la capacidad de solucionar problemas, la comunicación tanto afectiva como instrumental.

Diagrama familiar: Permite visualizar fácilmente la estructura de la familia, que es reconocida por el o la adolescente. Deberá ser graficado por el o la entrevistador/a en el espacio en blanco. Se recomienda investigar tres o cuatro generaciones, incluyendo los y las abuelos/as e hijos/as de los y las adolescentes. En forma convencional, se han elegido los siguientes signos: un cuadrado para representar a adolescentes con género masculino, un círculo para género femenino, y la combinación de ambos para aquellos no binarios, remarcando con línea doble o flecha el signo que corresponda a el o la adolescente que consulta. Si es una relación presente, los integrantes de la familia estarán unidos entre sí por una línea continua, utilizando una línea cortada si es una relación que ha terminado, como en el caso de divorcio o separación, y línea de puntos para indicar noviazgo o convivencia. Se utilizará doble línea en el caso que la relación sea una buena relación, a juicio del o de la adolescente. Dentro de cada símbolo, se podrá anotar en dígitos la edad en años de cada integrante familiar. Si la persona estuviera muerta se marcará con una cruz (x) el signo correspondiente. También se podrán consignar gestación mediante un triángulo, feto muerto con un símbolo más pequeño y una cruz en él, aborto espontáneo con círculo sombreado entero y provocado con sólo una cruz (x).

3.7 SECCIÓN VIVIENDA

- **Condiciones sanitarias:** Se valoran en este apartado las condiciones generales de la vivienda donde reside el o la adolescente. Marcar en el casillero que corresponda con una cruz (x), si dispone de las siguientes condiciones sanitarias básicas en el hogar: abastecimiento agua potable, eliminación de excretas y energía eléctrica. Puede ampliarse la información en observaciones.
- **Hacinamiento:** A fin de evaluar si existe hacinamiento, deberá estimarse la razón de habitantes por cuarto (excluyendo cocina y baños). Se consignará la presencia de hacinamiento, ante una razón de 3 o más habitantes por ambiente en el hogar, sin considerar baño y cocina. Puede ampliarse la información en Observaciones.

Ejemplo para el llenado de la sección familia y vivienda:

FAMILIA		3. ESCOLARIDAD COMPLETA		DIAGRAMA FAMILIAR
1. VIVE solo/a <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> en institución <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> con otros <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> especifique:		ninguno <input type="checkbox"/> básica <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> superior <input checked="" type="checkbox"/> Madre o sustituta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Padre o sustituto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Madre o sustituta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padre o sustituto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2. COMPARTO CAMA no <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿Con quién?		4. OCUPACIÓN Madre o sustituta <i>Ejecutiva banco</i> Padre o sustituto <i>Informático</i> Pareja		
5. PERCEPCIÓN SOBRE SU FAMILIA buena <input type="checkbox"/> regular <input checked="" type="checkbox"/> mala <input type="checkbox"/> No hay relación <input type="checkbox"/>		Observaciones <i>Material mixto / Arriendan</i>		Observaciones (indique número y comentario) <i>Padre se involucra poco en la resolución de problemas.</i>
VIVIENDA Condiciones Sanitarias <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Hacinamiento <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				

3.8 SECCIÓN EDUCACIÓN

- **Estudia:** Si el o la adolescente concurre en el momento de la consulta a alguna institución educacional para completar estudios, marcar la casilla “sí”.
- **Nivel:** Nivel de estudios alcanzado por el o la adolescente hasta ese momento, aunque no haya completado el nivel y no asista en el momento de la consulta a establecimiento educacional. Marcar una cruz (x) sólo un casillero, según “no escolarizado”, “básico”, “medio” y “superior”, éste último incluye estudios técnicos.
- **Modalidad de estudio:** Señalar a qué tipo de modalidad está adscrito el o la adolescente en su Institución Educacional.
- **Clases virtuales:** Indicar el número de horas que el o la adolescente está diariamente en clases en modalidad remota (virtual), si corresponde. De no tener, poner 0 (cero).
- **Grado o curso:** Al que asiste el o la adolescente en el momento del control. Se colocará el número, sin el agregado de signo o letra. Por ejemplo, evitar registrar “5º o 3ro”. Si no asiste a ninguna institución escolar al momento de la consulta se colocará 0 (cero), aunque haya concurrido anteriormente. En el caso de educación media colocar en número romanos (I, II, III o IV).
- **Años repetidos:** Anotar el número de veces que el o la adolescente repitió algún año de estudio, en cualquier nivel. Consignar la sumatoria de años repetidos. Si se conoce la causa o las materias que ofrecieron dificultad, consignarlo. Si no repitió ningún año de estudio registrar 0 (cero) en el casillero correspondiente.
- **Problemas en institución educativa:** Se señalarán aquí las dificultades de adaptación al sistema escolar que empobrezcan el rendimiento, o le impidan mantener un nivel de instrucción similar al promedio de sus compañeros/as. Se incluirán las dificultades que refieran a problemas psicológicos o de conducta, trastornos de la atención, problemas económicos o laborales, problemas de comunicación o de relación con sus compañeros/as o docentes. Marcar con una cruz (x) el casillero correspondiente y especificar en

observaciones, aclarando si al momento de la consulta se está en la etapa del problema. Si fuera una indicación que surge de la consulta, se registrará en el sector Indicaciones e Interconsultas.

- **Violencia escolar y/o bullying:** Se registrará la referencia de cualquier acción perjudicial, hostigamiento o agresión, heteroinfligida, intencional, física, psicológica y/o sexual, entre pares, en contexto escolar, sea en calidad de víctima, victimario/a o testigo. Si la respuesta fuera positiva, especificar en observaciones.
- **Deserción/exclusión:** Marcar una cruz (x) si abandonó los estudios antes de completar el nivel, y describir, si se conoce, la causa o las materias que ofrecieron mayor dificultad. Si el o la adolescente retomó luego la educación formal marcar “sí” y especificarlo en observaciones.
- **Percepción de rendimiento respecto a la mayoría de sus compañeros:** Marcar una cruz (x) la respuesta que da el o la adolescente ante la autopercepción que da de su rendimiento en relación a sus compañeros/as.

Ejemplo para el llenado de la sección Educación:

EDUCACIÓN	1. ESTUDIA sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> NIVEL No escolarizado <input type="checkbox"/> Básica <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>	2. GRADO O CURSO 7°	3. AÑOS REPETIDOS 0 Causa	4. PROBLEMAS EN INST. EDUCATIVA no <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	5. VIOLENCIA ESCOLAR Y/O BULLYING no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/>	6. DESERCIÓN EXCLUSIÓN no <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Causa	7. PERCEPCIÓN DE RENDIMIENTO RESPECTO A LA MAYORÍA DE SUS COMPAÑEROS/AS mejor <input type="checkbox"/> peor <input type="checkbox"/> igual <input checked="" type="checkbox"/>
	Observaciones (Indique número y comentario) <i>Ha sido testigo del hostigamiento y bullying hacia compañera</i>						

3.9 SECCIÓN TRABAJO

- **Trabaja:** Este sector se refiere al trabajo del o de la adolescente, entendiendo por tal cualquier actividad remunerada o no, que mantenga al momento de la consulta y que implique relación laboral. Consignar “trabaja” si está trabajando en el momento de la entrevista. En caso contrario marque con una cruz (x) la opción no.
- **Trabajo infantil:** Consignar la presencia de trabajo infantil, que es toda actividad laboral remunerada o no, realizada por menores de 15 años, que entorpezca su proceso educativo regular, afecte su salud y/o desarrollo integral.
- **Trabajo juvenil:** Consignar la presencia de trabajo adolescente, que considera cuando una actividad es realizada por personas mayores de 15 y menores de 18 años.
- **Trabajo horas por semana:** Si la respuesta es afirmativa, consignar las horas por semana. Si el o la adolescente no trabaja al momento del control marcar 0 (cero).

- **Peores formas de trabajo:** Comprenden los trabajos intolerables que incluyen la explotación sexual comercial (prostitución, pornografía, turismo sexual y tráfico de menores con fines de explotación sexual comercial), las actividades ilícitas y aquellas asociadas a la esclavitud, la utilización de niños/as y adolescentes (NNA) por delincuentes; también considera los trabajos peligrosos que son aquellos que representan riesgo para la salud y seguridad de los NNA que los realizan.
- **Servicio doméstico no remunerado peligroso:** Consignar las tareas del hogar que se realizan durante jornadas extensas de 21 o más horas a la semana.
- **Razón de trabajo:** Consignar los motivos por los cuales el o la adolescente expresa su necesidad de trabajar. Se transcribirá en los casilleros sólo la opinión del o de la adolescente. Las divergencias con el criterio profesional se consignarán en observaciones, integrándose a la Impresión Diagnóstica. Deberá registrarse sólo una opción, la de mayor peso, pudiendo especificar en observaciones. Pueden ser razones “económicas”, de “autonomía”, porque encuentra placer en el trabajo, “me gusta” o existir otro motivo. Si el o la adolescente no trabaja, se marcará el casillero “no corresponde” (n/c).
- **Trabajo legalizado:** Registrar si existe contrato de trabajo de acuerdo a las normas legales vigentes. Si el o la adolescente no trabaja en el momento de la consulta, señalar “no corresponde” (n/c).
- **Tipo de trabajo:** Describir el tipo de trabajo que realiza el o la adolescente, siempre que exista al momento del control.

Ejemplo para el llenado sección Trabajo:

TRABAJO	1. TRABAJO				2. SERVICIO DOMESTICO NO REMUNERADO PELIGROSO	3. RAZON DE TRABAJO				4. LEGALIZADO			5. TIPO DE TRABAJO	
	Infantil	no	si	Peores formas		Económica	Autonomía	Me gusta	otra	n/c	no	si		n/c
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	no	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empaque
	Juvenil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	si	no	si	no	si	no	si	n/c			
	Horas por semana				no	si								
	<input type="text" value="6"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Observaciones (indique número y comentario)														
1. Fin de semana en supermercado														

3.10 SECCIÓN VIDA SOCIAL

Este sector investiga la relación con otros pares, actividades realizadas habitualmente fuera del hogar y a veces fuera de la escuela y, normalmente, en su tiempo libre.

- **Aceptación:** El objetivo de esta variable es explorar globalmente la integración al medio. Se preguntará en el medio social en el cual vive (escuela, trabajo, amigos/as) se siente “aceptado/a”, “ignorado/a”, “rechazado/a”. Solicitar una evaluación integral evitando considerar un suceso aislado. Si el o la adolescente no cree poder contestarlo, se marcará la opción “no sabe”. En observaciones se precisará si fuera necesario. Los datos sobre su relación en la familia serán incluidos en la sección Familia.

- **Amigos/as:** Se trata de amigos/as íntimos/as y no meramente compañeros/as de escuela o trabajo. Señalar si el o la adolescente tiene, al momento de la consulta, personas principalmente de su edad con las que puede hablar de sus problemas y aspectos íntimos y con las que siente que mantiene una relación de aceptación y afecto mutuo. Si fuera necesario, especificar en observaciones.
- **Actividad física** (horas por semana): Consignar el número de horas semanales dedicadas a la actividad física, incluyendo las practicadas en la escuela y señalar cuáles. De no realizar, poner 0 (cero).
- **Exposición a pantallas:** Se considerarán en promedio las horas dedicadas diariamente al uso de TV, tablet, celulares, consolas y/o computador, para todo fin.
- **Acceso a redes sociales:** Esta pregunta busca especificar la exposición del o de la adolescente en el uso y participación de redes sociales (Tik Tok, Instagram, Facebook, tweeter, chat, entre otras) y plataformas virtuales (Zoom, Teams, Google Meet, etc.). Especificar en el campo para observaciones si el uso es educativo (clases virtuales).
- **Otras actividades (incluso grupales):** Señalar si el o la adolescente realiza otras actividades diferentes a las mencionadas anteriormente, sin incluir las educativas ni las de trabajo, especificando el tipo de actividad (grupos de interés específico, entidades religiosas, clubes, etc.).
- **Violencia virtual:** Considera las siguientes manifestaciones de violencia y/o agresiones virtuales, como también la ciberviolencia de género, entre otras:

- **Cyberbullying:** Se registrará el uso de los medios virtuales (Internet, telefonía móvil y videojuegos online, principalmente) para ejercer el acoso y/o maltrato psicológico entre pares. Se excluye aquí el acoso o abuso de índole estrictamente sexual y los casos en que personas adultas intervienen.

Ejemplos de preguntas: *¿Te han molestado por redes sociales? ¿Te han llegado mensajes de texto, de voz o memes ofensivos sobre ti por parte de amigos/as o compañeros/as?*

- **Grooming:** Se consignará cualquier acción de carácter sexual virtual hacia un menor de edad, a través de servicios de chat y mensajería instantánea, para obtener imágenes de contenido erótico y extorsión, ejercida por un adulto que simula ser un/a adolescente.

Ejemplos de preguntas: *¿Te han pedido que te desnudes por webcam o envíes fotos íntimas?, ¿Te han forzado para que envíes fotografías íntimas por internet? ¿Has conocido a alguien por internet que aparentaba ser un/a adolescente, como tú, y descubriste después que era un adulto?*

- **Extorsión sexual (sextorsión):** Se registrará el antecedente que se obtiene cuando la persona que agrede (par o adulto) tiene información y/o imágenes con contenido sexual del o de la adolescente y con esto intenta manipularlo/a y/o conseguir algún beneficio a cambio de no difundir el material.

Ejemplo de pregunta: *¿Alguna vez te han pedido fotos con poca o sin ropa (“pack”) y luego te han amenazado con hacerlas públicas?*

Ejemplo para el llenado sección Vida social:

VIDA SOCIAL	1. ACEPTACIÓN aceptado <input checked="" type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>	2. AMIGOS no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/>	3. ACTIVIDAD FÍSICA <input type="text" value="7"/> horas por semana ¿Cuál(es)? Bicicleta	4. EXPOSICIÓN A PANTALLAS (TV, celular, Tablet/PC) <input type="text" value="3"/> horas por día	5. ACCESO A: Redes Sociales no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> Plataformas virtuales no <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	6. OTRAS ACTIVIDADES no <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?	7. VIOLENCIA VIRTUAL (cyberbullying, grooming, extorsión sexual, etc.) no <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
	Observaciones (indique número y comentario)						

3.11 SECCIÓN HÁBITOS / CONSUMO

En esta sección se deberán consignar ciertos aspectos de la vida cotidiana que tienen relación con el cuidado personal y con el estilo de vida del o de la adolescente.

- **Sueño normal:** El sueño es normal si duerme en forma continua, no surge patología del sueño y el o la adolescente refiere que se despierta descansado/a. Consignar las horas que refiere dormir en promedio en forma diaria. Marcar el casillero que corresponda y especificar en observaciones.
- **Tabaco:** Consignar el casillero correspondiente según fume o no.
- **Seguridad vial:** Interrogar sobre la adherencia a medidas de seguridad al conducir, como uso de casco en motos o bicicletas, de cinturón de seguridad, respeto a las normas de tránsito, velocidad máxima, carnet de conductor, conducir de noche o no conducir luego de consumir alcohol, etc. Consignar en observaciones las conductas de riesgo o infracciones al conducir.
- **Comidas familiares diarias :** Anotar el número de comidas que comparte con la mayor parte de los miembros de la familia conviviente y especificar en observaciones. Si no existiera ninguna, registrar cero (0). Un indicador de interacción familiar es la posibilidad de compartir al menos una comida por día con la familia.
- **Alimentación inadecuada:** Se debe indagar por el número de comidas, siendo adecuado comer entre cuatro a seis veces por día, en intervalos horarios según costumbre del lugar donde vive o de su familia. Considerar además si no es variada, es decir, no incluye las cantidades recomendables de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales. Es importante tener en cuenta la calidad y cantidad de las comidas, también el lugar, la modalidad, en qué compañía se desarrollan, así como el grado de satisfacción que expresa el o la adolescente. Marcar con una cruz (x) el casillero amarillo, si no cumple con los estándares anteriores y especificar en observaciones. También indagar una preocupación excesiva por la alimentación, el peso y/o la figura (especialmente si es el motivo de consulta).
- **Alimentación especial:** Señalar en esta parte si está sujeto/a alguna restricción alimentaria, alergia alimentaria (ej. dieta celíaca) y/o especificar si tiene una dieta especial. Es frecuente como parte del desarrollo de la autonomía y de la identidad, que los y las adolescentes elijan

formas de alimentarse que los/las identifiquen con sus pares y los/las diferencien de su grupo familiar, ya sea por distintos motivos (mejor estado de salud, rechazo a consumir alimentos procesados o producidos usando biotecnología, ideales ecológicos o especistas). Las dietas más utilizadas son los *semivegetarianas* (eliminan las carnes rojas, pudiendo consumir pollo y/o pescado), *lactoovovegetarianos* (comen preferentemente alimentos de origen vegetal, más huevos y leche) y *veganos* (rechazan todos los alimentos de origen animal, sólo consumen alimentos de origen vegetal).

- **Riesgo de trastorno por consumo de alcohol y otras drogas (Instrumento CRAFFT)**³

Durante la entrevista, en esta sección se espera que cada profesional establezca un espacio a solas, confidencial y privado, que permita abordar las respuestas con la mayor honestidad posible. Para aplicar el CRAFFT se debe solicitar a el o la adolescente enfocarse **específicamente en los últimos 12 meses**.

PARTE A se indaga por el uso de alcohol, marihuana y otras sustancias. Los resultados del instrumento deben ser interpretados de acuerdo a tramos de edad:

1. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)? (Sin tomar en cuenta sorbos de bebidas alcohólicas consumidas durante reuniones familiares o religiosas)
2. ¿Ha fumado marihuana o probado hachís?
3. ¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?

Si las respuestas son NO a todas las preguntas anteriores, se debe pasar a la pregunta B1 solamente.

- Entre los 10-13 años, cualquier respuesta positiva en la PARTE A, es decir, cualquier consumo, debe considerarse como de ALTO RIESGO y, de esa manera, conducir directamente a una REFERENCIA ASISTIDA para evaluación clínica e intervención por el equipo vinculado al programa de salud mental integral.
- Entre los 14-19 años, cualquier respuesta positiva a la parte A, lleva a la PARTE B, que incorpora las seis preguntas CRAFFT y que determinan el riesgo del consumo.

PARTE B: Preguntas CRAFFT

1. ¿Alguna vez has andado en un AUTO manejado por alguien (incluyéndote a ti mismo) que estuviera “volado” o que estuviera consumiendo alcohol o drogas?
2. ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo o para ser parte de un grupo?

³ CRAFFT, acrónimo en inglés que hace referencia a seis aspectos o dimensiones que son evaluadas: CAR/auto; RELAX/relajarse; ALONE/solo; FORGET/olvidar; FRIENDS/amigos; TROUBLE/problemas

3. ¿Has consumido alguna vez alcohol o drogas estando SOLO?
4. ¿Has OLVIDADO alguna vez cosas que hiciste mientras estabas bajo la influencia del alcohol o drogas?
5. ¿Te ha dicho tu familia o AMIGOS que debes disminuir el consumo de alcohol o drogas?
6. ¿Te has metido alguna vez en PROBLEMAS mientras estabas bajo la influencia del alcohol o las drogas?

Se determinan 3 niveles de riesgo:

- **Bajo riesgo:** corresponde al no consumo de alcohol y otras drogas y debe continuarse con una “intervención mínima”, reforzando la abstinencia y entregando información.
- **Riesgo:** corresponde a adolescentes que usan alcohol y otras drogas, pero el nivel de riesgo intermedio, que pueden ser abordado sin recurrir a profesionales especialistas, a través de una “intervención motivacional”.
- **Alto riesgo:** corresponde a consumos que presentan mayores indicadores de riesgo. En estos casos, debe realizarse una “derivación asistida” para evaluación clínica e intervención por el equipo vinculado al programa de salud mental, prestación denominada “evaluación y confirmación diagnóstica”, la cual es realizada por profesional de medicina junto con algún integrante del equipo de sector (profesional de psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional).

Ejemplo para el llenado de la sección hábitos/consumo:

HÁBITOS/ CONSUMO	1. SUEÑO NORMAL no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> horas por día <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="8,5"/>	4. COMIDAS FAMILIARES <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="2"/> nº comidas/día	7. RIESGO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CRAFTT) A. ¿En los últimos 12 meses has consumido? alcohol: sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> marihuana: sí <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> otra sustancia: sí <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> Pje total B: <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="0"/>	
	2. TABACO no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/>	5. ALIMENTACIÓN INADECUADA no <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	B1. ¿Alguna vez has andado en AUTO manejado por alguien (incluyéndote a ti mismo) que estuviera "volado" o que estuviera consumiendo alcohol o drogas? sí no <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	B4. ¿Has OLVIDADO alguna vez cosas que hiciste mientras estabas bajo la influencia del alcohol o drogas? sí no <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	3. SEGURIDAD VIAL no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/>	6. ALIMENTACIÓN ESPECIAL no <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	B2. ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo o para ser parte de un grupo? sí no <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	B5. ¿Te ha dicho tu familia o amigos que debes disminuir el consumo de alcohol o drogas? sí no <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Observaciones (indique número y comentario)		B3. ¿Has consumido alguna vez alcohol o drogas estando SOLO? sí no <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
4. Habitualmente comen juntos (desayuno, once).		B6. ¿Te has metido alguna vez en PROBLEMAS mientras estabas bajo la influencia del alcohol? sí no <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		

3.12 SECCIÓN GINECO/UROLÓGICO

En la historia clínica del o de la adolescente (HCA) se encuentran dos sectores “GINECO-UROLÓGICO” y “SEXUALIDAD” cuyo contenido puede ser tratado en forma conjunta como aspectos de salud sexual y reproductiva. El llenado de estas variables puede seguir un orden diferente a criterio del o de la profesional que atiende a los y las adolescentes, indistintamente de su sexo. Es importante recordar que la entrevista sobre aspectos de Salud Sexual y Reproductiva debe realizarse con el o la adolescente a solas, en privado y en el momento oportuno de la consulta.

- **Menarca / espermarca:** Anotar la edad en años y meses de la menarquia o primera eyaculación.
- **Fecha de última menstruación:** Indagar sobre el día, el mes y los dos últimos dígitos del año en que tuvo su última menstruación. Por ejemplo 04/05/16 para el 4 de mayo de 2016. Si el o la adolescente no recordara su fecha de última menstruación, marcar una cruz (x) en la opción “no conoce”. En este caso es conveniente reforzar las acciones sobre educación sexual. Si no tuvo aún la menarca, o es un hombre cisgénero⁴, marcar con una cruz en el casillero “no corresponde” (n/c).
- **Ritmo menstrual:** Se debe registrar duración de la menstruación en días (romanos) y el intervalo entre ellas (periodicidad) en números arábigos. Se consideran ciclos regulares, aquellos en los que el intervalo entre las menstruaciones es más o menos similar, no menor a 21 días ni mayor a 35. Si ya tuvo la menarca, marcar una cruz (x) en el casillero correspondiente. Si es un hombre trans o una mujer cisgénero que aún no tuvo la menarca, o un hombre cisgénero, marcar una cruz (x) en el casillero “n/c” (no corresponde), y si no lo sabe “n/s”.
- **Dismenorrea:** Se considera dismenorrea el dolor menstrual que limita en cierta forma las actividades diarias de la adolescente. Marcar una cruz (x) si existe dolor en un/a adolescente con menarca. En adolescentes hombres, hombres trans o en mujeres cisgénero que aún no tuvieron la menarca, marcar una cruz (x) en “no corresponde (n/c).
- **Flujo patológico vaginal /secreción peneana:** En la mujer cisgénero u hombre trans indicar la presencia de secreción o descarga vaginal que se asocia en ocasiones a prurito, ardor, olor desagradable y coloración no compatible con la leucorrea fisiológica. En el hombre cisgénero o mujer trans registrar cualquier secreción peneana no fisiológica. Marcar el casillero que corresponda con una cruz (x).
- **ITS /VIH (Infección de Transmisión Sexual - Virus de la Inmunodeficiencia Humana):** Se refiere a enfermedades infecciosas adquiridas, habitualmente, por contacto sexual. Se incluirá la infección por VIH, aunque no haya sido adquirido por transmisión sexual. Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda y consignar en el espacio “¿Cuál?” la ITS referida, y si ha recibido tratamiento específico, según corresponda, con las alternativas “sí” “no” o “n/s” (no sabe). Utilizar espacio de observaciones.
- **Tratamiento:** Identifique en el casillero si recibió tratamiento por ITS.
- **Tratamiento de contactos:** Identifique en el casillero correspondiente si fue posible realizar tratamiento en los contactos sexuales.
- **Embarazos:** Para ambos sexos. Anotar el número, en dígitos, de embarazos propios, de la pareja, o en que fue el padre. Especificar en Observaciones. Si no hubo embarazos anotar 0 (cero) en el casillero correspondiente.

⁴ Cisgénero: Término que se utiliza de manera complementaria al término Transgénero para referirse a personas cuya identidad y/o expresión de género se corresponde con su sexo asignado al nacer. Recomendaciones para la implementación del Programa de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme 2021 Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/recomendaciones-para-la-implementacion-del-programa-de-acompanamiento-para-ninos-ninas-y-adolescentes-trans-y-genero-no-conforme.pdf>

- **Hijos (del/de la adolescente):** Para ambos sexos. Registrar el número en dígitos, de hijos/as del o de la adolescente. Especificar en observaciones. Si no tuvo hijos/as marcar 0(cero) en el casillero correspondiente.
- **Abortos:** Se pregunta sin distinción de sexos. Anotar el número (en dígitos), de abortos de la adolescente o de la/s pareja/s en el caso que el adolescente fue progenitor. Especificar en observaciones. Si no hubo abortos, anotar 0 (cero) en el correspondiente casillero.

Ejemplo para el llenado sección Gineco/uroológico:

GINECO/ UROLOGICO	1. MENARCA/ ESPERMARCA no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/>	2. FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN Fecha: 16 08 21 n/c <input type="checkbox"/> n/s <input checked="" type="checkbox"/>	3. RITMO MENSTRUAL Duración: IV n/s <input checked="" type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> Periodicidad: 30 n/s <input checked="" type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	5. FLUJO PATOLÓGICO VAGINAL/ SECRECIÓN PENEANA no <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	6. ITS / VIH no <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Tratamiento sí <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> n/s <input type="checkbox"/> Tratamiento contactos sí <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> n/s <input type="checkbox"/>	7. EMBARAZO <input type="text" value="0"/> 8. HIJOS/AS <input type="text" value="0"/> 9. ABORTOS <input type="text" value="0"/>
	Observaciones (Indique número y comentario)					

3.13 SECCIÓN SEXUALIDAD

Las preguntas de esta sección es importante realizarlas a solas con la o el adolescente, de manera de resguardar la privacidad, asegurar la confidencialidad (explicitando los límites), y en el momento oportuno del control.

- **Pareja:** Marcar con una cruz (x) si tiene en el momento de la consulta pareja (polola/o), aunque no sea pareja sexual. Si fuera necesario, especificar en Observaciones.
- **Edad de la pareja:** consignar en el casillero correspondiente la edad de la pareja, en años y meses. Y consignar en observaciones si durante la entrevista, detecta alguna situación de riesgo.
- **Intención o conducta sexual:** Consignar si la conducta o intención de conducta sexual que presenta el o la adolescente dentro de los siguientes seis meses, es **postergadora, anticipadora o activa**. Si no ha iniciado actividad sexual (Petting I y II) y no tiene intención de cambiar su conducta dentro de los próximos 6 meses, se registrará como postergador/a. Si no ha iniciado actividad sexual, pero tiene intención de cambiar la conducta sexual dentro de los próximos seis meses, se registrará como anticipador/a. Si ha iniciado prácticas sexuales (incluye coito único) y tiene intención de mantener la conducta sexual, se registrará como activo/a. Preguntar “¿Crees probable tener relaciones sexuales dentro de los próximos seis meses?”.
- **En los activos sexualmente, preguntar:**
 - **Edad de inicio relaciones sexuales:** Anotar en años la edad de la primera relación sexual, aunque al momento de la consulta no mantenga relaciones sexuales. Marcar el casillero que corresponda y especificar en Observaciones.

Figura N°1: Escala de Petting para explorar tipo de intimidad sexual

Petting 0	Sin contacto físico.
Petting I	Contacto físico, a través de besos y abrazos.
Petting II	Contacto físico, a través de besos y caricias de pechos y/o región genital sobre la ropa.
Petting III	Contacto físico, a través de besos y caricias de pechos y/o región genital bajo la ropa, pudiendo incluir sexo oral (boca-genitales, boca ano) y masturbación.
Petting IV	Coito/sexo anal.

FUENTE: Práctica Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Orientaciones para los equipos de Atención Primaria. MINSAL,2016

- **Orientación sexual:** Consigne la orientación sexual del o de la adolescente. Esta es la atracción sexual por un hombre, una mujer o ambos. Preguntar por su orientación sexual de forma abierta, como “prefiero identificarme como...” (dando la opción a completar lo que la persona prefiera, ejemplo: Pansexualidad: atracción hacia las personas, sin importar el sexo ni género), de esta manera es sensible a la diversidad sexual y favorece que el o la adolescente vaya fortaleciendo su identidad, sin opciones cerradas o binarias. Es importante clarificar la confidencialidad de este dato entregado y también dar la opción a no responder. En este caso escriba en el cuadro.
- **Relaciones sexuales:** Consignar en “sí”, si ya ha tenido actividad sexual, independiente de la vía (incluye coito único), o “no” si no ha habido contacto sexual alguno. En la o las prácticas sexuales, consigne “sí” según la referencia del o de la adolescente (vía vaginal, oral, anal). Es importante clarificar la confidencialidad de este dato entregado y también dar la opción a no responder.
- **Uso de condón:** Se indaga de manera separada del resto de métodos anticonceptivos, ya que a su vez refiere al uso de elementos protectores en las relaciones sexuales con el fin de evitar infecciones de transmisión sexual, además de prevenir un embarazo no deseado. Consignar si el o la adolescente utiliza el condón “siempre”, en todas las relaciones sexuales y en forma adecuada, o lo usa “a veces” o “nunca”, y si “no corresponde” (n/c). Se deberá consignar sólo una alternativa. Considere el uso de condón o método de barrera para vulva y pene.
- **Dificultades en las relaciones sexuales:** Este dato debe ser indagado en un clima de confianza y a solas, por lo que se deberá tener en cuenta la ocasión en la cual requerirlo. Marcar el casillero que corresponda, de acuerdo a si el o la adolescente relata que tiene o ha tenido dificultades para obtener satisfacción en las relaciones sexuales. Se consignarán en observaciones aquellos aspectos que se considere relevantes. Si no tuvo relaciones sexuales marcar el casillero “no corresponde” (n/c).
- **Uso de MAC actual (Métodos Anticonceptivos):** Consignar “sí” usa métodos anticonceptivos actualmente o si “no” usa, o lo usa “a veces”. Especificar cuál método anticonceptivo está usando y consignar las razones de “no” uso y de uso “a veces”, en observaciones.

- **Consejería de uso MAC:** Consignar si el o la adolescente ha recibido consejería específica acerca del uso de anticoncepción.
- **Doble método:** Se refiere a la protección simultánea para prevenir el embarazo no deseado y las ITS/VIH. Consignar si la mujer u hombre trans usa un método anticonceptivo (no de barrera) para prevenir el embarazo y su pareja usa el condón para pene o vulva.
- **ACO de emergencia:** Consignar en el casillero correspondiente, si el o la adolescente o su pareja ha utilizado anticoncepción de emergencia.
- **IVE (Interrupción voluntaria del embarazo):** Consignar si el o la adolescente ha optado por alguna de las 3 causales, según ley, para la interrupción voluntaria del embarazo.
- **Violencia pareja:** Consignar si el o la adolescente refiere episodios de violencia en la pareja, sea física, sexual y/o psicológica, tanto si es el perpetrador/a o víctima de las situaciones de violencia.
- **Violencia sexual:** La OMS define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. Se deberá consignar “si” en las relaciones sexuales bajo coacción dentro y fuera del matrimonio, las violaciones por extraños y en conflictos armados, como el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de adolescentes, la prostitución forzada y la trata de personas. La relación existente entre el o la agresor/a y la víctima en la violencia sexual está caracterizada por coerción y asimetría entre ambos. Esta sección incluye ser testigo de eventos de violencia sexual, precisar en comentarios u observaciones.
- **Reparación:** Se consignará “si” cuando a nivel individual exista una detención del proceso de traumatización de la víctima, a la restauración de la justicia y a la elaboración e integración de la experiencia vivida, lo que favorece la remisión sintomática, la resignificación de la vivencia y el proceso de readaptación y a nivel psicosocial, implica el reconocimiento del daño psicológico a consecuencia de la vivencia traumática, el desarrollo de la conciencia social y la adopción de medidas preventivas de revictimización. Es importante no indagar detalles de la agresión o de los aspectos abordados en la atención de salud reparatoria, de manera de evitar que pueda evocar la situación vivida.

Ejemplo para el llenado sección Sexualidad:

SEXUALIDAD		2. CONDUCTA SEXUAL	3. RELACIONES SEXUALES	4. USO DE CONDÓN	5. DIFICULTADES EN RELACIONES SEXUALES	5. USO DE MAC	6. ACO de emergencia	8. VIOLENCIA DE PAREJA								
1. PAREJA sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Edad pareja 17	postergadora <input type="checkbox"/> anticipadora <input type="checkbox"/> activa <input checked="" type="checkbox"/> edad de inicio 16 Orientación Sexual: heterosexual	no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> sí no vía vaginal <input checked="" type="checkbox"/> vía oral <input type="checkbox"/> vía anal <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/> a veces <input checked="" type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	siempre <input checked="" type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> ¿Ovul? Inyectable Consejería uso MAC no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> Doble método no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>si</td><td>no</td> </tr> <tr> <td>física <input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>sexual <input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>psicológica <input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	si	no	física <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sexual <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	psicológica <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
si	no															
física <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
sexual <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
psicológica <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Observaciones (indique número y comentario)		7. IVE no <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Reparación no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>														
5. Doble método a veces.																

3.14 SECCIÓN SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL

Este sector utiliza cinco indicadores para evaluar de modo cualitativo el desarrollo de la identidad y el estado emocional y riesgo de suicidio del o de la adolescente, según su propia percepción. Para completar esta parte de la consulta principal, el o la profesional pedirá al o la adolescente su opinión sobre algunos aspectos de su vida e identidad. La discordancia entre lo expresado por el o la adolescente y el criterio profesional, deberá registrarse en observaciones e incluirse en Impresión Diagnóstica Integral.

- **Imagen corporal:** Corresponde a la percepción que el o la adolescente tiene de su apariencia física y sus cambios corporales. Deberá sólo registrarse lo expresado por el o la adolescente ante la pregunta *¿Qué opinas sobre tu apariencia física y tu cuerpo? ¿Estás conforme con los cambios en tu cuerpo? ¿Qué tanto te preocupa tu alimentación, el peso y la figura? ¿Deseas ser diferente, reducir alguna parte del cuerpo o aumentar la musculatura?, ¿Sientes presión para ser delgado/a por parte de tus padres y/o amigos/as?, ¿Sufres constantes burlas por el peso de parte de familiares y/o amigos/as?* Se deberá marcar sólo una alternativa, la de mayor peso en la opinión del o de la adolescente entre las opciones “conforme”, “crea preocupación”, o “impide relación con demás”. Puede complementarse con comentarios o apreciaciones del o de la profesional en observaciones e incluirlo en Impresión Diagnóstica Integral.
- **Vida con proyecto:** Se refiere a la imagen que el o la adolescente construye sobre sus objetivos de futuro y que sintetiza su autopercepción y relación con el medio, a partir de una cosmovisión integradora. Se interrogará respecto a la existencia de planes y proyectos, su claridad y su factibilidad, y se registrará sólo la opinión del o de la adolescente. Una pregunta orientadora podría ser *“¿Cómo te imaginas a ti mismo/a dentro de unos años? ¿Qué planes y proyectos tienes? ¿Qué tan claros y posibles son?”*. Se registrará sólo una opción entre “claro”, “confuso”, o “ausente”, integrando los proyectos respecto a estudios, trabajo, maternidad/paternidad. En Observaciones podrá especificarse cuáles son.
- **Estado de ánimo:** En relación **al último mes** consigne la impresión del o de la adolescente acerca de su estado de ánimo o sus emociones predominantes. Se puede consultar cómo: *Ahora quisiera que me contaras sobre tu estado de ánimo en este último mes, voy a nombrarte 4 opciones, si no es ninguna de éstas, me puedes señalar otra:*
 - Tranquilo
 - Desanimado
 - Nervioso/ estresado
 - Irritable
- **Riesgo suicida:** Cualquiera de las siguientes preguntas son indicadores para registrar en la sección de “Detección de riesgos” y en el diagnóstico integral.
- **Deseo de estar muerto:** Corresponde al deseo de no existir, de manera persistente, a través de pensamientos y sentimientos.

- **Ideación suicida:** Corresponde a pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método **en el último mes**. En este caso incluir en la Impresión Diagnóstica Integral.
- **Intento suicida:** Corresponde a actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta en los **últimos tres meses**. En este caso incluir en la Impresión Diagnóstica Integral.
- **Suicidio amigo/a o familiar cercano:** Consignar si hay antecedentes de suicidio de amigos/as o familiar cercano en el último mes. Esta variable es importante de explorar debido a que es un indicador de riesgo suicida en adolescentes vulnerables. En este caso incluir en la Impresión Diagnóstica Integral.
- **Referente adulto:** Permite evaluar el grado de integración social con figuras adultas significativas. Esto ha sido descrito como un importante factor de protección. Se indagará a la o el adolescente *¿Hay algún adulto con quien converses sobre tus problemas, con el que tengas más confianza?* Se transcribirá sólo su opinión, señalando una sola alternativa. Puede ser “el padre”, “la madre”, “otro/a familiar”, “otro/a”, como docente o religioso, o bien “ninguno”. Consignar nombre y teléfono del o de la adulto/a reconocido/a como referente por parte del o de la adolescente.

Ejemplo para el llenado sección Situación psicoemocional:

SITUACIÓN PSICO EMOCIONAL	1. IMAGEN CORPORAL	2. VIDA CON PROYECTO	3. ESTADO DE ÁNIMO (último mes)	4. RIESGO SUICIDA	5. REFERENTE ADULTO/A
	conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input checked="" type="checkbox"/> impide relación con los demás <input type="checkbox"/>	claro <input type="checkbox"/> confuso <input checked="" type="checkbox"/> ausente <input checked="" type="checkbox"/>	Tranquilo <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> no sí Desanimado <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nervioso/estresado <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Irritable <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Deseo estar muerto/a (último mes) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> no sí Ideación suicida (último mes) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intento suicida (últimos 3 meses) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Suicidio amigo/a o familiar cercano <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> ninguno <input checked="" type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> nombre: Fernando Castillo teléfono: 5697852169 correo:
Observaciones (indique número y comentario) 1. Preocupado por aumento peso, sobretodo en cuarentena. 3. Muy bajo de animo, al conversar evita la mirada.					

3.15 SECCIÓN EXAMEN FÍSICO

Consignar en este sector las apreciaciones profesionales sobre el aspecto general del o de la adolescente, incluyendo el aspecto de higiene personal, en el momento del control. Marcar una cruz (x) según lo que corresponda en el examen físico: aspecto general, agudeza visual, salud bucal, tiroides, cardiopulmonar, abdomen, columna, extremidades u otra área relevante. Especificar en Observaciones los hallazgos más relevantes.

- **Peso:** Anotar el peso en kilogramos con un decimal, registrado preferentemente en balanza mecánica, con el o la adolescente descalzo/a y vestido/a con la menor cantidad de ropa posible. Se registra la desviación estándar (DE) correspondiente en el espacio asignado.
- **Talla:** Consignar la talla en centímetros con un decimal, medida con el o la adolescente descalzo/a, sobre superficie nivelada, apoyado sobre superficie lisa (pared o tallímetro) y con

centímetro fijo. Este dato se grafica en la curva de talla, registrando la desviación estándar (DE) correspondiente en el espacio asignado.

- **Perímetro cintura:** Anotar el perímetro en centímetros con un decimal. Para la medición del perímetro de cintura, debe utilizarse una cinta métrica inextensible, justo encima del borde lateral (línea media axilar) del ilion derecho de la pelvis. Se registra el percentil correspondiente en el espacio asignado, acorde a la edad.
- **IMC (Índice de masa corporal):** Consigne el valor correspondiente al índice de la masa corporal, calculado como el cociente entre peso (Kg) y la talla (en metros) elevada al cuadrado. Se registra la desviación estándar (DE) correspondiente en el espacio asignado, acorde a la edad cronológica o biológica, según corresponda.
- **Presión arterial:** Consignar la presión arterial sistólica y diastólica en milímetros de mercurio. Para la toma de la presión arterial, debe estar sentado/a en reposo por al menos 5 minutos, su brazo derecho descansando sobre la mesa, la fosa antecubital esté a nivel del corazón. El manguito seleccionado, cuyo ancho debe cubrir el 80% de la longitud y 40% del ancho de la circunferencia del brazo, debe estar desinflado y el manómetro marcar el punto cero. Envolver el brazo suave y firmemente, pero no muy ajustado; el borde inferior debe estar a 2,5 a 3 cm por encima del pliegue del codo. Palpar la arteria braquial; colocar allí la campana del fonendoscopio, inflar el manguito y luego desinflar lentamente. La aparición del primer ruido, representa la presión sistólica. El punto donde el sonido desaparece es la presión diastólica. Si la primera toma se corresponde con cifras por encima del nivel de normalidad, esperar al menos 30 segundos y volver a tomar. El promedio de estas dos lecturas, es considerado como la presión arterial de esa consulta. Si el valor difiere en más de 5 mmHg, se deben tomar lecturas adicionales hasta estabilizar valores. Se deberá considerar los valores de referencia vigente para consignar si el promedio es normal o anormal (percentil 90).

Tanner: Registrar en números el estadio de Tanner de mamas en mujeres cisgénero u hombre trans y genitales en los hombres cisgénero o mujeres trans; valorados en la fecha de la atención. Recordar que el examen de mamas y genitales, puede ser evaluado a través de la muestra de imágenes para que el propio adolescente identifique cual se ellas se asemejan más a su desarrollo. En este caso consignar en observaciones.

Grados de Desarrollo de Mamas mujer:

- Grado 1: Prepuberal: Solamente hay elevación del pezón.
- Grado 2: La areola y el pezón se elevan en forma de un pequeño botón.
- Grado 3: La mama se agranda y eleva junto con la areola, sin separación de sus contornos.
- Grado 4: La areola y el pezón se proyectan por encima de la piel de la mama que siguió creciendo.
- Grado 5: Mama de aspecto adulto con proyección del pezón.

Grados de Desarrollo de Genitales hombre:

- Grado 1: Prepuberal: Testículos, escroto y pene sin modificaciones, con respecto a la infancia.
- El volumen testicular es menor de 1,5 cm³.
- Grado 2: Testículos y escroto se agrandan. La piel del escroto se congestiona y cambia de textura. El pene no ha crecido todavía. El volumen testicular aumenta de 1,6 a 6 cm³.
- Grado 3: El pene crece en longitud. Los testículos y el escroto siguen desarrollándose. El volumen oscila entre 6 y 12cm³.
- Grado 4: El pene aumenta de diámetro y se desarrolla el glande. Los testículos y escroto siguen aumentando de tamaño y la piel del escroto se oscurece. El volumen aumenta de 12 a 20 cm³.
- Grado 5: Genitales adultos, en tamaño y forma. Volumen mayor de 20 cm³.
- El volumen deberá medirse con el orquidómetro de Prader, serie de cuentas huecas de madera u otro material que se utiliza para tal fin y registrarse en el espacio correspondiente.

- **Aspecto general:** consignar la apreciación sobre el aspecto general del o de la adolescente, incluyendo el aspecto de higiene personal en el momento de la consulta. Marcar con una (x) lo que corresponda.
- **Piel:** Condiciones y estado de piel, fanéreos y mucosas. Presencia de tatuajes y/o piercing.

Consigne como normal o anormal de acuerdo a su valoración clínica y examen físico, su impresión acerca de los siguientes órganos, aparatos o condiciones: agudeza visual, salud bucal, tiroides, cardiopulmonar, presión arterial, abdomen, tanner, columna, extremidades y consigne en “otra área”, algún aspecto destacable del examen físico (no incluido) que según valoración clínica es relevante.

Ejemplo para el llenado de la sección examen físico:

EXAMEN FÍSICO	1.PESO (kg)		2.TALLA (cm)		3. PER.CINTURA		4.IMC		5.PRESIÓN ARTERIAL		6. TANNER			
		DE		DE		percentil		DE		normal	mamas	vello	genital	con foto
	59		162	-1	66	10	25,1	+1	108 / 70	<input checked="" type="checkbox"/>	--	4	4	<input checked="" type="checkbox"/>
7.ASPECTO GRAL. normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	8. PIEL normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	9. AGUD. VISUAL normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	10. AGUD. AUDITIVA normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	11.SALUD BUCAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>	12. TIROIDES normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	13. CARDIO PULMONAR normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	14. ABDOMEN normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	15. COLUMNA normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	16. EXTREMIDADES normal <input checked="" type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>					
Observaciones (indique número y comentario) 11. Presenta caries														

3.16 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL

Esta sección, deberá ser completada al finalizar el control. Anotar todos los diagnósticos presuntivos más pertinentes priorizados. Recordar consignar no sólo las enfermedades físicas, sino también los problemas más serios hallados en el área psíquica, social, y salud sexual y reproductiva. Para las observaciones diagnósticas, se recomienda utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), ver anexo.

3.17 DETECCIÓN DE RIESGO

- **Riesgo salud sexual y reproductiva (SSR):** Se debe considerar las situaciones de alerta (color amarillo) de la sección: 1) Vida social: Violencia en la pareja, 2) Gineco/uroológico: ITS/VIH, embarazo, hijos, abortos 3) Sexualidad: Intensión/conducta anticipatoria o activa, dificultad en relaciones sexuales, uso habitual condón (a veces o nunca), uso MAC actual (a veces o nunca), no uso de doble protección, violencia sexual, no haber tenido consejería para uso MAC. Se considera riesgo SSR, si tiene una o más situaciones de alerta en estas secciones.
- **Riesgo suicida:** Se debe considerar riesgo las situaciones de alerta (color amarillo) de la sección riesgo suicida: ideación suicida actual (último mes) e intento suicida (últimos 3 meses). En el caso de suicidio amigos/as o familiares cercanos, este se considera riesgo sólo en adolescentes vulnerables (ver OT Control de Salud Integral).
- **Riesgo social:** Se considera el riesgo social en adolescentes que en la entrevista refieran antecedentes judiciales, vivir solo/a o en institución, vivienda con malas condiciones sanitarias o hacinamiento, trabajo infantil, peores formas o peligroso, entre otros.
- **Riesgo psicoemocional:** Se considera riesgo psicoemocional en adolescentes con antecedentes de problemas de salud mental no tratados, mala percepción sobre su familia, con signos o síntomas de sufrimiento emocional (rechazado entre pares, cyberbullyng, acoso, sin amigos, impedimento para relacionarse con los demás, sin proyecto de vida u otro), y/o con un estado de ánimo desanimado, estresado o irritable.
- **Violencia:** Se considera la detección de riesgo de violencia en aquellos/as adolescentes que refieran en la entrevista episodios de violencia, como víctima o perpetrador/a, ya sea física, psicológica y/o sexual, presencial o virtual, de parte de pares, adultos, familia y/o desconocidos.
- **Riesgo por consumo OH / drogas:** Se considera riesgo cuando refiere consumo de alcohol y/o drogas en el último mes y cuyo resultado del CRAFFT resulta positivo para consumo. Todo adolescente menor de 14 años que refiere consumo debiera recibir *Intervención Motivacional*, ya sea para un refuerzo preventivo, como para realizar estrategias de motivación y cambio.
- **Malnutrición por déficit:** Se debe considerar quienes resulten de la antropometría con IMC menor o igual a - 2 DE, detención o disminución de canal de crecimiento de IMC sin tratamiento para bajar de peso, asociado a cambios en conducta alimentaria, alimentación inadecuada, o dietas vegetariana, vegana o práctica de deportes de alto rendimiento sin supervisión profesional; consumo fármacos purgantes u otras conductas similares. También se considerará Talla/Edad menor o igual - 2 DE, Incremento en estatura por debajo de lo esperado en 6 meses.
- **Malnutrición por exceso:** Se debe considerar quienes resulten de la antropometría con IMC igual o superior +2 DE y/o con Perímetro de cintura mayor o igual al percentil 90, según edad y sexo.
- **Riesgo deserción escolar:** Considera a adolescentes que refieran no estar escolarizados, hayan repetido, tengan problemas en instituciones educativas, sean víctimas de violencia

escolar y/o su rendimiento sea peor que el de sus pares, y que el o la profesional lo interprete como una amenaza para la continuidad de sus estudios.

- **Otro riesgo:** Se debe consignar otro riesgo relevante que presente el o la adolescente, que resulte de la evaluación de las alertas, motivo de consulta y/o problema definido en la entrevista (incluye agenda oculta).

Ante toda detección de riesgo, establecer un plan de acción para su abordaje según corresponda a cada adolescente y según los recursos disponibles localmente. Ej. Programa DIR, Vida Sana, COSAM, equipo multidisciplinario, entre otros.

3.18 INDICACIONES E INTERCONSULTAS

En este sector, se deberá consignar las indicaciones brindadas a el o la adolescente y/o acompañante, los exámenes complementarios, derivaciones e interconsultas. El tratamiento en ocasiones consiste en una medicación específica o sintomática, pero en muchas otras en orientaciones de aspectos relacionados con la alimentación, la actividad física, el tiempo libre, la sexualidad, la escolaridad, la vocación, las relaciones familiares, vacunas y otros temas. Es importante anotar las pautas señaladas y de ser posible, agregar el código correspondiente según lo referido en anexos en listado de indicaciones e interconsultas.

Nombre responsable/profesión/firma: Escribir el nombre completo del profesional que entrevistó a el o la adolescente y acompañante. Se debe incluir nombre, profesión (timbre) y firma.

Fecha próxima visita: Consignar día y mes de la próxima citación. Este dato facilitará el seguimiento de los y las adolescentes que faltan a las citas y su posterior recaptación.

Ejemplo para el llenado detección de riesgo, impresión diagnóstica, indicaciones e interconsulta:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL					DETECCIÓN DE RIESGO				
Adolescente medio					Riesgo SSR	<input type="checkbox"/>	Riesgo OH/drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talla normal - baja	0	3	0	9	Riesgo suicida	<input type="checkbox"/>	Malnutr. por déficit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obs. Trast. del animo	0	5	2	7	Riesgo social	<input type="checkbox"/>	Malnutr. por exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INDICACIONES					Riesgo psicoemocional	<input checked="" type="checkbox"/>	Riesgo Deserción Escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutricionista / Psicólogo					Violencia	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre responsable/profesión <u>Monica Soto</u>					INTERCONSULTAS				
					Fecha próxima visita <u>27/08/2021</u>				

ANEXOS

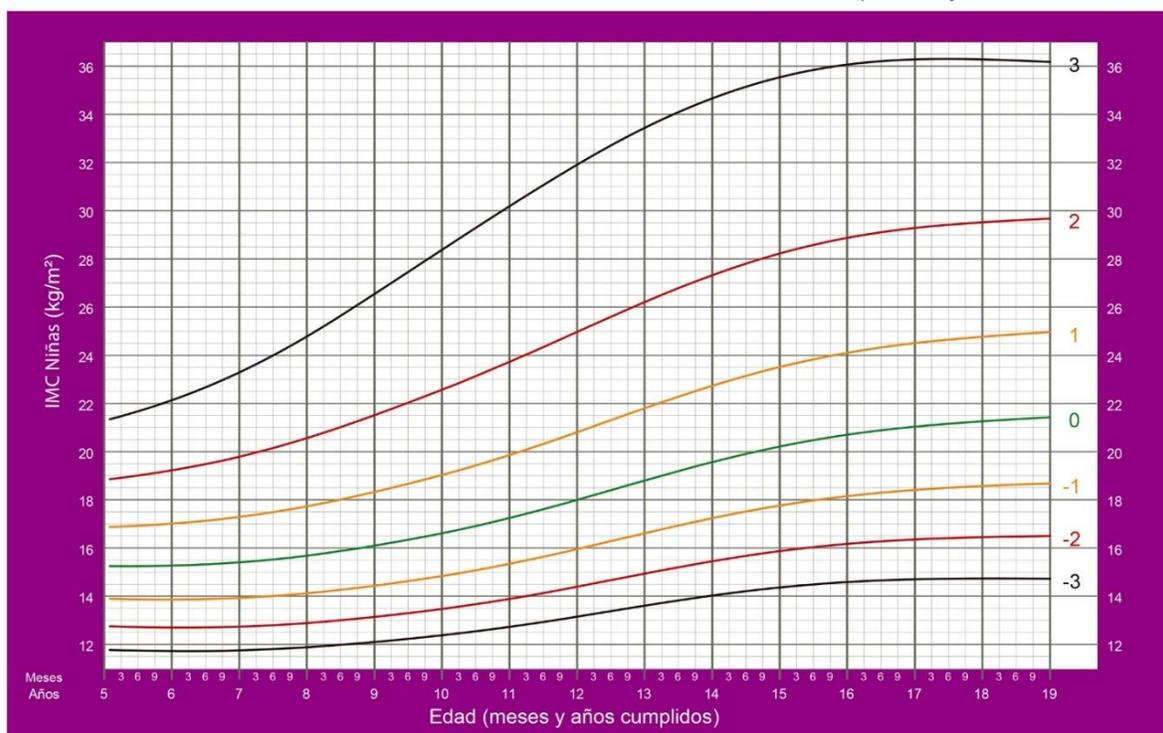
SECCIÓN EXAMEN FÍSICO

Curvas para evaluación índice de masa corporal (IMC)



IMC por Edad en Niñas y Adolescentes

5 a 19 años (Mediana y desviaciones estándar)

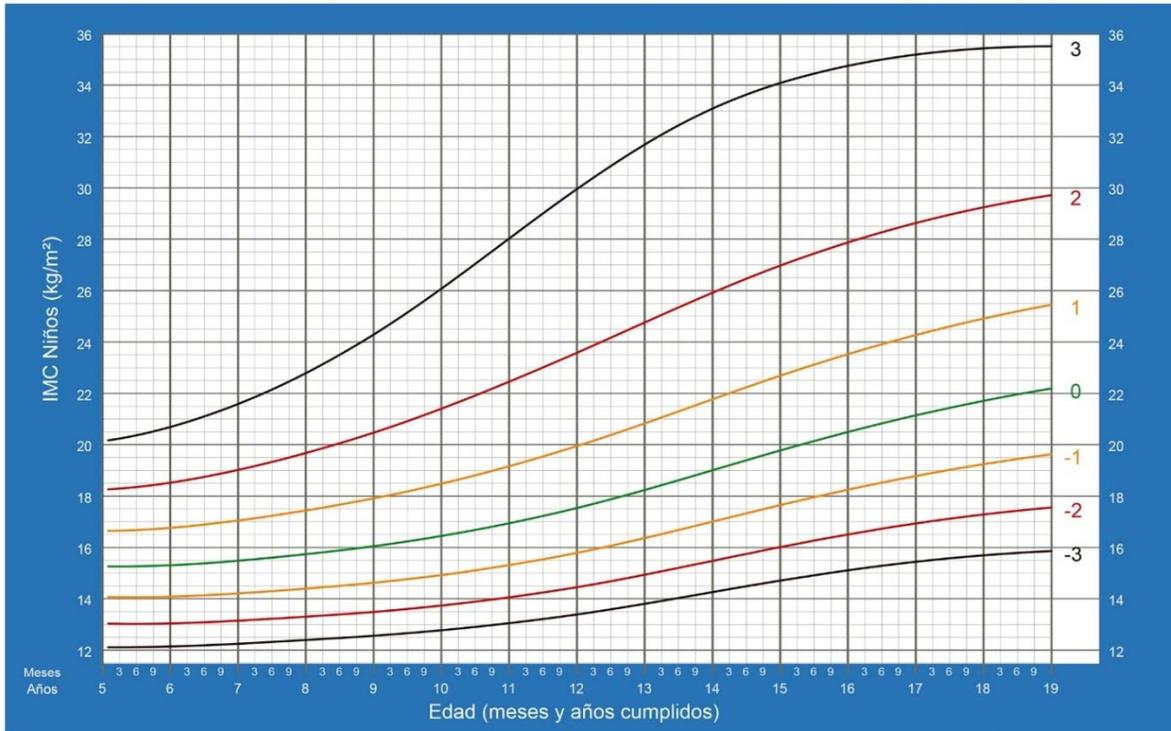


2007 WHO Reference



IMC por Edad en Niños y Adolescentes

5 a 19 años (Mediana y desviaciones estándar)



2007 WHO Reference

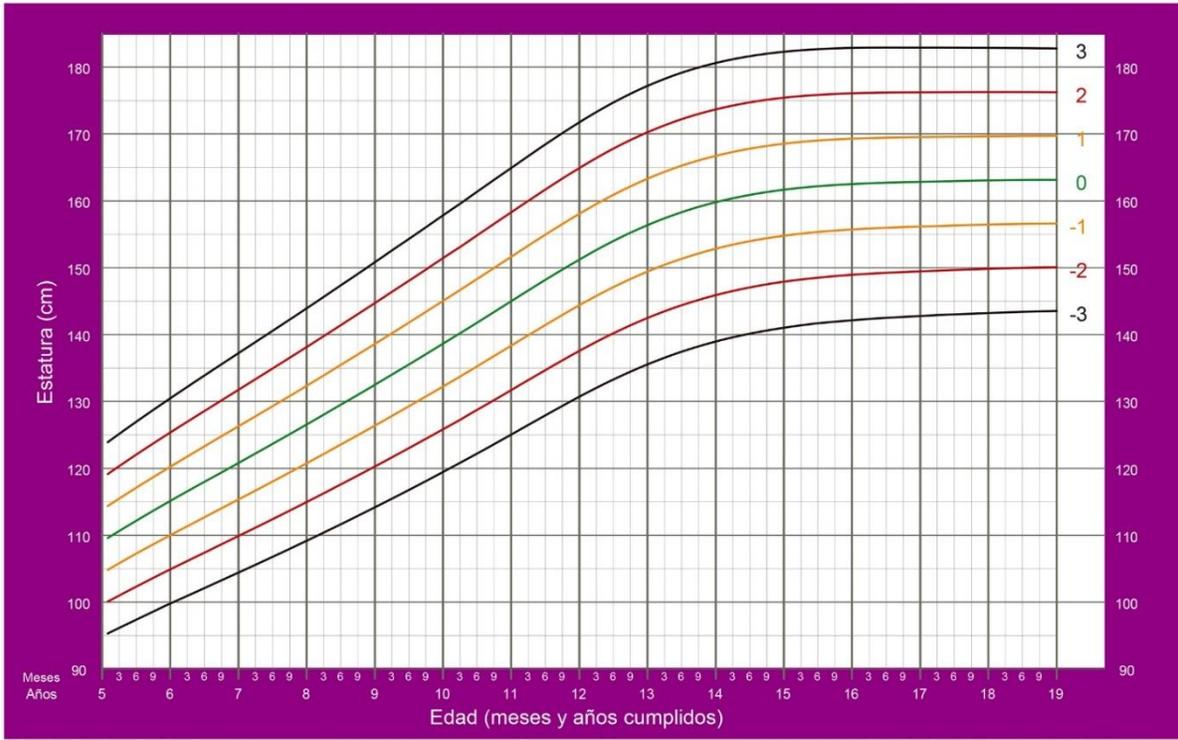


Curvas para evaluación de talla



Talla por Edad en Niñas y Adolescentes

5 a 19 años (Mediana y desviaciones estándar)

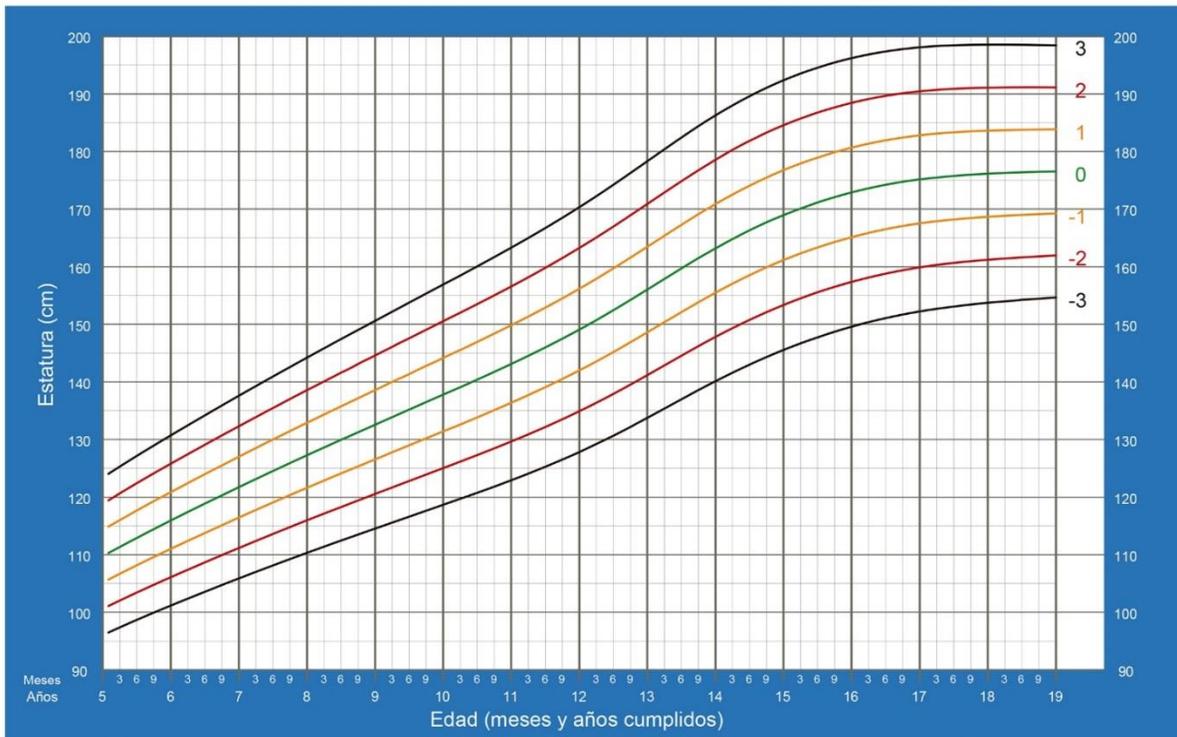


2007 WHO Reference



Talla por Edad en Niños y Adolescentes

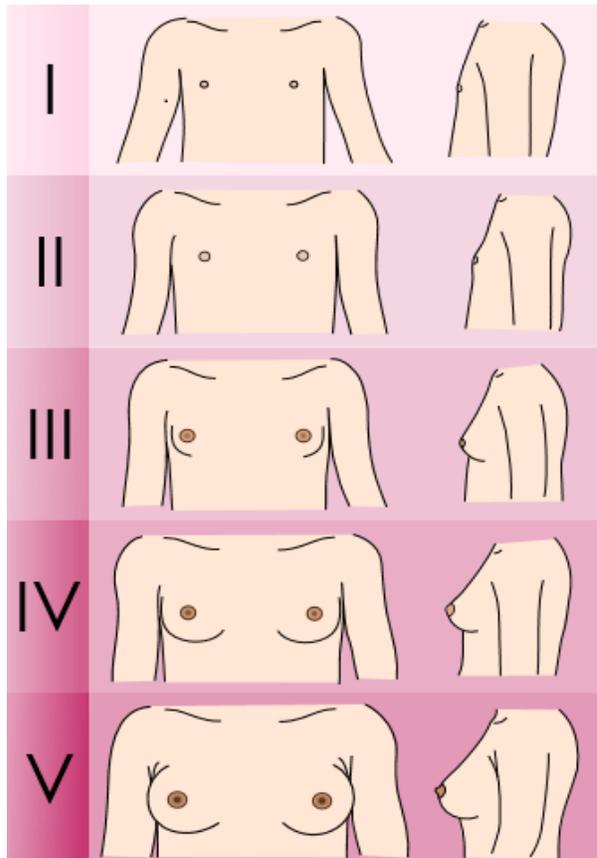
5 a 19 años (Mediana y desviaciones estándar)



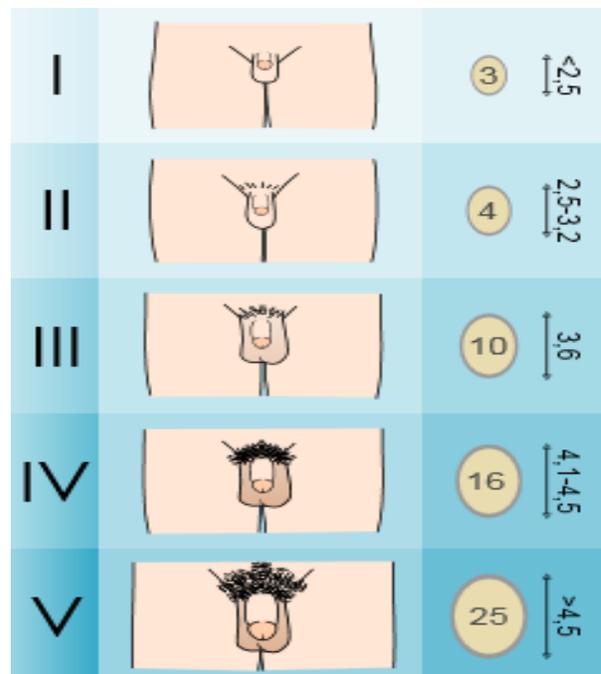
2007 WHO Reference



Desarrollo mamario en la mujer durante la pubertad, según Tanner.



Desarrollo genital en el hombre durante la pubertad, según Tanner.



CIE – 11: En mayo de 2019 se presentó ante la Asamblea Mundial de la Salud para su adopción formal por los Estados miembros, estando establecida la fecha para su **entrada en vigor el 1 de enero de 2022**.

Listado para codificación de motivos de consulta

Los dos primeros dígitos corresponden a una clasificación resumida de motivos de consulta. Si la institución requiere mayor discriminación, deberán consignarse juntos los cuatro dígitos, sin interponer puntos o signos. Por ejemplo, a “síntomas urinarios” le corresponderá el código 20; pero a “enuresis” será codificado como 2005.

<p>01 Control de salud</p> <p>0101 Puberal 0102 Escolar 0103 Por deporte 0104 Por contacto con enfermo 0105 Otro</p> <p>02 Preocupación por el aspecto corporal</p> <p>0201 Talla baja 0202 Talla alta 0203 Delgadez 0204 Exceso de peso 0205 Disconformidad con su desarrollo muscular 0206 Disconformidad con su distribución adiposa 0207 Disconformidad con alguna parte de su cuerpo 0208 Ginecomastia 0209 Botón mamario 0210 Asimetría del tamaño de las mamas 0211 Mamas pequeñas 0212 Pene pequeño 0213 Testículos pequeños 0214 Desarrollo puberal adelantado 0215 Desarrollo puberal retrasado 0216 Otro</p> <p>03 Síntomas generales</p> <p>0301 Debilidad, cansancio, desgano 0302 Mareos 0303 Falta de aire 0304 Flojedad, caída 0305 Palpitaciones 0306 Otro</p> <p>04 Dolor</p> <p>0401 Cefalea 0402 Dolor en cara, cuello 0403 Otagia 0404 Odinofagia 0405 Dolor ocular 0406 Dolor precordial, precordialgia 0407 Dolor de mamas, mastodinia</p>	<p>0413 Dolor desarrollándose 0414 Otro dolor genital 0415 Dolor anal, rectal 0416 Dolor muscular, mialgia 0417 Dolor articular, artralgia 0418 Dolor óseo 0419 Otro dolor de miembros 0420 Dolor a nivel de piel 0421 Otro</p> <p>05 Fiebre</p> <p>06 Trastorno de la alimentación</p> <p>0601 Búsqueda de una dieta 0602 Pérdida del apetito 0603 Inapetencia de larga data 0604 Pérdida de peso 0605 Aumento del apetito 0606 Atracón 0607 Aumento de la sed 0608 Otro</p> <p>07 Traumatismos, accidentes</p> <p>0701 Luxaciones, esguinces, desgarros 0702 Fractura 0703 Herida 0704 Quemadura 0705 Intoxicación 0706 Otro</p> <p>08 Problemas de aprendizaje</p> <p>09 Problemas de conducta</p> <p>10 Problemas de dinámica familiar</p> <p>11 Problemas emocionales / mentales</p> <p>1101 Ansiedad, angustia 1102 Otro problema emocional/mental</p> <p>12 Problemas en el sueño</p> <p>1201 Insomnio 1202 Sonambulismo 1203 Somnolencia 1204 Otro</p>
---	--

0408 Otro dolor torácico 0409 Dolor de espalda 0410 Dolor abdominal 0411 Disuria 0412 Dismenorrea	
---	--

13 Abuso de drogas y alcohol 14 Tumoración visible 1401 Cara, cuello 1402 Tórax 1403 Mamas 1404 Abdomen 1405 Miembros 1406 Articular 1407 Genital 1408 Otro 15 Síntomas o signos circulatorios 1501 Dilatación venosa de miembros inferiores 1502 Edema 1503 Cianosis 1504 Otro 16 Síntomas, signos oculares 1601 Prurito 1602 Lagrimeo 1603 Secreción 1604 Congestión 1605 Disminución de la visión 1606 Diplopía 1607 Otro 17 Síntomas, signos auditivos y trastornos del habla 1701 Disminución de la audición 1702 Zumbido 1703 Tartamudeo 1704 Seseo 1705 Otro 18 Síntomas, signos respiratorios 1801 Catarro de vías aéreas superiores 1802 Epistaxis 1803 Obstrucción nasal 1804 Disfonía 1805 Tos 1806 Disnea 1807 Otro 19 Síntomas, signos digestivos 1901 Náuseas 1902 Vómitos 1903 Diarrea 1904 Constipación 1905 Distensión abdominal 1906 Prurito anal 1907 Parásitos en materia fecal 1908 Melena o sangre en materia fecal	1909 Incontinencia anal 1910 Encopresis 1911 Trastornos en labios y/o boca 1912 Otro 20 Síntomas y signos urinarios y genitales 2001 Poliuria 2002 Oliguria 2003 Hematuria 2004 Incontinencia urinaria 2005 Enuresis 2006 Secreción de pezones 2007 Prurito de pezones 2008 Ausencia de un/dos testículo/s 2009 Flujo 2010 Otra secreción genital 2011 Prurito genital 2012 Amenorrea primaria 2013 Amenorrea secundaria 2014 Metrorragia 2015 Polimenorrea 2016 Oligomenorrea 2017 Hipermenorrea 2018 Hipomenorrea 2019 Impotencia 2020 Frigidez 2021 Ausencia de eyaculación 2022 Esterilidad 2023 Aborto 2024 Embarazo 2025 Parto 2026 Abuso sexual 2027 Otro 21 Síntomas, signos relacionados con piel y faneras 2101 Prurito 2102 Exantema, “granitos” 2103 Lunares 2104 Palidez 2105 Secreción 2106 Sudoración 2107 Alteración ungueal 2108 Caída de cabello 2109 Hipertrichosis 2110 Otro 22 Síntomas, signos osteoarticulares 2201 Alteración de la postura
---	--

	2202 Impotencia funcional 2203 Trastornos de la marcha 2204 Malformación 2205 Otro
--	---

23 Síntomas, signos neurológicos 2301 Atraso madurativo 2302 Retardo mental 2303 Pérdida de conocimiento 2304 Convulsión 2305 Temblor 2306 Otro movimiento involuntario 2307 Manejo de medicación neurológica 2308 otro 24 Búsqueda de orientación 2401 Alimentación 2402 Actividad física 2403 Tiempo libre	2404 Vocación 2405 Desarrollo puberal 2406 Inicio de relaciones sexuales 2407 Anticoncepción 2408 Dudas sobre identidad sexual 2409 Vacunas 2410 Otro 25 Control por enfermedad previa 26 Motivo de consulta ignorado 27 Otro
--	---

Listado para codificación de diagnósticos

Los dos primeros dígitos corresponden a una clasificación resumida de motivos de consulta. Si la institución requiere mayor discriminación, deberán consignarse juntos los cuatro dígitos, sin interponer puntos o signos.

01 Enfermedades infecciosas y parasitarias 0101 Enfermedades infecciosas y/o parasitarias intestinales 0102 Tuberculosis 0103 Angina estreptocócica 0104 Otras enfermedades bacterianas 0105 Hepatitis viral 0106 Mononucleosis 0107 Infección por el VIH/SIDA 0108 Otra enfermedad vírica 0109 Enfermedades de transmisión sexual 0110 Otra enfermedad infecciosa o parasitaria 02 Tumores malignos y benignos 0201 Hodgkin 0202 Otro linfoma 0203 Leucemia 0204 Otro tumor maligno 0205 Otro tumor benigno 03 Enfermedades de las glándulas endócrinas, del metabolismo y la nutrición, y trastornos de la inmunidad 0301 Enfermedades tiroideas 0302 Enfermedades hipofisarias	0305 Obesidad 0307 Otra deficiencia de la nutrición (no anorexia, no bulimia, no atracones) 0308 Otro trastorno de la inmunidad 0309 Otra enfermedad de las glándulas endócrinas, del metabolismo o de la nutrición 04 Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos 0401 Anemias 0402 Trastornos de la coagulación 0403 Otra enfermedad de la sangre u órganos hematopoyéticos 05 Trastornos emocionales/ mentales 0501 Retraso mental 0502 Trastorno específicos del desarrollo del aprendizaje 0503 Autismo infantil 0504 Trastorno disociales 0505 Anorexia nerviosa 0506 Bulimia nerviosa 0507 Otro trastorno de la conducta alimentaria 0508 Trastorno de la identidad sexual
---	---

0303 Diabetes 0304 Hiperlipoproteinemias	0509 Trastorno de Tics
---	------------------------

<p>0510 Encopresis no orgánica</p> <p>0511 Enuresis no orgánica</p> <p>0512 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje</p> <p>0513 Trastornos hipercinéticos</p> <p>0514 Consumo perjudicial</p> <p>0515 Esquizofrenia</p> <p>0516 Trastorno del humor (afectivos)</p> <p>0517 trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.</p> <p>0518 Trastorno disociativo de conversión</p> <p>0519 Disfunciones sexuales no orgánica</p> <p>0520 Trastorno no orgánico del sueño</p> <p>0521 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos</p> <p>0522 Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares</p> <p>0523 Otros problemas relacionados con la crianza del niño</p> <p>0524 Problemas relacionados con el empleo y el desempleo o Problemas relacionados con la educación y la alfabetización.</p> <p>0525 Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez</p> <p>0526 Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario</p> <p>0527 Trastornos mentales sin especificar</p> <p>06 Enfermedades del sistema nervioso</p> <p>0601 Meningitis</p> <p>0602 Epilepsia</p> <p>0604 Migraña</p> <p>0605 Otro trastorno neurológico</p> <p>07 Enfermedades de los órganos de los sentidos</p> <p>0701 Trastornos del ojo y anexos</p> <p>0702 Otitis</p> <p>0703 Sordera</p> <p>0704 Otro trastorno del oído o mastoides</p> <p>08 Enfermedades del aparato circulatorio</p> <p>0801 Enfermedad hipertensiva</p> <p>0802 Enfermedad cardíaca</p> <p>0803 Otras enfermedades cardíacas</p> <p>0804 Otra enfermedad del aparato circulatorio</p>	<p>10 Enfermedades de la cavidad bucal y cara</p> <p>1001 Enfermedad de los dientes y sus estructuras de sostén</p> <p>1002 Enfermedad de las glándulas salivales</p> <p>1003 Enfermedad de los maxilares</p> <p>1004 Otra enfermedad de la cavidad bucal y cara</p> <p>11 Enfermedades del aparato digestivo</p> <p>1101 Úlcera gástrica o duodenal</p> <p>1102 Apendicitis</p> <p>1103 Constipación</p> <p>1104 Otra enfermedad del aparato digestivo</p> <p>12 Enfermedades del aparato urinario</p> <p>1201 Infecciones renales</p> <p>1202 Cistitis</p> <p>1203 Otra enfermedad del aparato urinario</p> <p>13 Enfermedades de órganos genitales masculinos</p> <p>1301 Hidrocele</p> <p>1302 Falta de descenso testicular</p> <p>1303 Varicocele</p> <p>1304 Fimosis</p> <p>1305 Otra enfermedad de los órganos genitales masculinos</p> <p>14 Enfermedades de órganos genitales femeninos</p> <p>1401 Enfermedades de las mamas</p> <p>1402 Enfermedad inflamatoria del útero vagina, vulva</p> <p>1403 Dismenorrea</p> <p>1404 Trastornos menstruales</p> <p>1405 Otra enfermedad de los órganos genitales femeninos</p> <p>15 Embarazo y trastornos del embarazo, parto y puerperio</p> <p>1501 Parto normal</p> <p>1502 Embarazo múltiple</p> <p>1503 Embarazo terminado en aborto</p> <p>1504 Complicaciones del embarazo</p> <p>1505 Complicaciones del parto</p> <p>1506 Complicaciones del puerperio</p>
---	--

09 Enfermedades del aparato respiratorio 0901 Amigdalitis 0902 Infección de las vías respiratorias superiores 0903 Rinosinusitis alérgica 0904 Bronquitis 0905 Neumonía 0906 Influenza 0907 Asma 0908 Otra enfermedad del aparato respiratorio	
---	--

16 Enfermedades de la piel y tejido celular 1601 Acné 1602 Infecciones de la piel y/o tejido celular subcutáneo 1603 Otra enfermedad de la piel y/o del tejido celular 17 Enfermedades del sistema osteoarticular y tejidos conjuntivos 1701 Escoliosis 1702 Asimetría en la longitud de miembros inferiores 1703 Otra anomalía de la columna 1704 Artritis no reumatoidea 1705 Fiebre reumática 1706 Artritis reumatoidea 1707 Lupus eritematoso disseminado 1708 Otra enfermedad del tejido conjuntivo 1709 Otra enfermedad del sistema osteoarticular 18 Anomalías congénitas 1801 Malformaciones cardíacas 1802 Otra anomalía congénita 19 Signos y síntomas mórbidos mal definidos 1901 Síndrome febril prolongado 1902 Lipotimia 1903 Otro síntoma cardíaco 1904 Cefalea tensional 1905 Dolor abdominal	1906 Dolor torácico 1907 Dolor de espaldas 1908 Dolor de miembros 1909 Otro dolor sin sustento orgánico de enfermedad 20 Traumatismos 2001 Fracturas 2002 Luxaciones, esguinces y desgarros 2003 Otras heridas o traumatismos 21 Quemaduras 22 Envenenamientos no intencionales 23 Intento de suicidio 24 Trastorno de aprendizaje 25 Madurador lento, retraso puberal familiar 26 Talla baja familiar 27 Adolescente sano 28 Otro diagnóstico 29 Conducta e intensión de conducta sexual 2901 Conducta Postergadora 2902 Conducta Anticipadora 2903 Conducta activa
---	---

Listado para la codificación de indicaciones e interconsultas

00 Ninguna 01 Control 02 Medidas generales 03 Orientación en crecimiento y desarrollo 04 Orientación en alimentación 05 Orientación en sexualidad 06 Orientación en otras áreas 07 Antibióticos, antimicóticos, antiparasitarios	08 Antidepresivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes 09 Analgésicos, antiinflamatorios 10 Otra medicación específica 11 Psicoterapia 12 Solicitud de exámenes 13 Solicitud de interconsulta 14 Consulta con Odontología 15 Solicitud de informes intersectoriales (escuela, justicia)
---	---

