**ANEXO-1. Ficha de datos**

Nombre y apellidos del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Historia Clínica No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Edad: \_\_\_\_, Sexo: \_\_\_, Color de la Piel: \_\_\_\_

Zona de residencia: Rural \_\_\_\_\_, Urbana \_\_\_\_

Edad de la madre: \_\_\_\_.

Nivel de escolaridad de la madre: Primaria \_\_\_, Medio \_\_\_, Universitario \_\_\_.

Nivel de escolaridad del padre: Primaria \_\_\_, Medio \_\_\_ , Universitario \_\_\_.

Cumple con los 10 requisitos de la OMS para considerar a la vivienda saludable:

Si \_\_\_\_, No \_\_\_\_. Vivienda saludable \_\_\_\_\_, Vivienda insalubre \_\_\_\_.

Percápita familiar \_\_\_\_\_ $.

Funcionalismo familiar:

Familia Funcional/ Moderadamente Funcional: \_\_\_

Familia Disfuncional/Familia Severamente Disfuncional: \_\_\_

Asiste a círculo infantil: Si \_\_\_\_, No \_\_\_\_.

Asiste a casa de cuidar niño: Si \_\_\_\_, No \_\_\_\_.

Número de habitantes en la casa: \_\_\_\_

Número de habitaciones: \_\_\_\_

Índice de hacinamiento: \_\_\_\_

Convive con al menos una persona fumadora en el hogar previo al ingreso:

Si \_\_\_\_, No \_\_\_\_.

Edad gestacional al parto: \_\_\_\_\_\_semanas de gestación.

Peso al nacer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gramos.

Bajo peso al nacer: Si \_\_\_\_, No \_\_\_\_.

Peso \_\_\_\_, Talla \_\_\_\_, CC \_\_\_\_. Peso para la talla \_\_\_\_\_, Talla para la edad \_\_\_\_, Peso para la edad \_\_\_\_, IMC \_\_\_\_, IMC para la edad.

Lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes: Si \_\_\_\_, No \_\_\_\_.

Hemoglobina \_\_\_\_\_. Anemia: Si \_\_\_\_, No \_\_\_\_.

Padece alguna enfermedad crónica: Si \_\_\_\_, No \_\_\_\_. Especificar cual o cuales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Número de episodios infecciosos durante el último año previo al ingreso: \_\_\_\_\_.

Uso de antimicrobianos en los últimos tres meses previo al ingreso: Si \_\_\_\_, No\_\_\_\_. Especificar tipo de antimicrobiano y cuantas veces: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ingresos por IRA en los últimos doce meses: Si \_\_\_\_, No \_\_\_\_. Especificar causas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y servicio donde ingresó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Neumonía complicada: Si \_\_\_\_, No \_\_\_\_. Complicación: Intratorácica: \_\_\_\_, Extratorácica: \_\_\_\_. Describir el tipo específico de complicación o complicaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.