# Registro de personas que ingresan al Lactario y Centro de Recolección de Leche Humana

| Registro de usuarias del Lactario | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha** | **Nombre completo/ dependencia** | **Teléfono/ extensión** | **T: Trabajadora U: Usuaria** | **Asunto** O: Orientación D: Donación E: Extracción Otro: cuál | **Número de botes/ ml** | **Hora de entrada** | **Hora de salida** | **Firma** |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

# Registro de temperatura

| Fecha | Hora | Temperatura | Nombre/Firma |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# Existencia de leche humana

| Nombre de la madre, área o departamento y extensión | Número de bote/ml | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

# Historia clínica consulta nutricia pediátrica

**L A C T A R I O**

**Historia clínica Consulta Nutricia Pediátrica**

No. de Expediente: _____

Fecha: _____

Nombre Completo: _____

Nombre completo de la madre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: M ☐ F☐ Edad: _____

SDG: _____ Pretérmino ☐ Término ☐ Postérmino ☐dad corregida: _____

Enfermedad diagnosticada: _____

| Fecha | Edad | Edad corregida | Peso | Longitud | PC | P/E | L/E | IMC/E | PC/E | CMB | PCT/E | PCSE/E | Diagnóstico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nacimiento | 0 m | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

Puntuación Z

Peso para la edad Gestacional: _____Retraso en el crecimiento intrauterino (PEG): ____

- **Lactancia materna**: Exclusiva: Sí ☐ *No☐ *Motivo: _____

No. de tomas/día: _____ Tiempo aprox.: _____ Extracciones/día: _____

- Sucedáneos de leche materna: Sí ☐No ☐

Cuál: _____ Dilución: _____ No. de tomas/día: ____ ml/toma: _____

Edad de introducción: _____ Motivo: _____

- Alimento distinto a la leche materna: Sí☐ No☐ Edad de introducción: _____

Cuál: _____ Motivo: _____

Antecedentes de alergias: Sí ☐ No ☐

Alergias, intolerancias o alimentos evitados: _____

Consumo de agua: _____

Alimentación Complementaria: Adecuada ☐ Inadecuada ☐

Motivo: _____

Elaboró: _____

# Historia clínica madres lactantes

**L A C T A R I O**

No. de Expediente: _____

**Fecha: _____**

Nombre completo: _____Edad: _____

Teléfono: _____ Ocupación: _____

Aumento de peso durante el embarazo: _____ Tipo: ☐ Único ☐ Gemelar ☐ Múltiple

Peso previo al embarazo: _____ Talla: _____ IMC pregestacional: _____

Fecha de parto: _____ Normal ☐ Cesárea ☐

Antecedentes de lactancia: ☐ Si ☐ No

| No. de hijo | Tiempo | Motivo de abandono |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |

De quién ha recibido asesoría en Lactancia: _____

Tiempo que desea dar Lactancia a su bebé. _____Por qué: _____

Estado emocional: _____ Nivel diario de estrés del 1 al 5: _____

Enfermedades y/o medicamentos actuales: _____

_____

Problema que considere le complica la lactancia: _____

Consumo de: ☐ bebidas alcohólicas ☐ Tabaco ☐ Refresco negro ☐ Café

Actividad física: Sí ☐ No ☐ Frecuencia: _____ Duración: _____

Cuantas frutas y verduras consume al día: _____ Agrega sal extra a los alimentos: _____

Número de veces que consume pescado a la semana: _____

Litros de líquidos al día: _____ Número de comidas al día: _____

**Apta para la extracción de Leche Humana:** ☐ Si ☐ No Motivo: _____

Recibió asesoría sobre:

- O Normas para el servicio de lactario
- O Cuidados e higiene del seno materno
- O Masaje y extracción manual del leche humana
- O Cuidado en la conservación de leche humana
- O Cuidados en el transporte de leche humana
- O Tratamiento en las afecciones del seno materno
- O Orientación Nutricional

Nombre y firma de la madre: _____

Evaluó: _____