

[illegible]

DATOS CLÍNICOS

Fecha del accidente: *Fecha en la que se quemó el menor*

Fecha de Ingreso: *Fecha de ingreso al HUS* Fecha de egreso: *Fecha de egreso del HUS*

Agente que causó la quemadura: *Sustancia o elemento que causó la quemadura*

Zona corporal afectada: *Diligenciar la parte del cuerpo que ha sido quemada*

Grado de la Quemadura: *Diligenciar el grado de la quemadura según esté registrado en la historia clínica. Grado I, II ó III según corresponda*

% superficie corporal quemada: *Diligenciar el porcentaje de superficie corporal quemada según se encuentra consignado en la historia clínica*

Indicaciones recibidas al momento del egreso: *Escribir las indicaciones dadas por el médico tratante al momento del egreso con respecto a cuidados con la herida, cuidados en el hogar, recomendaciones de alimentación, toma adecuada de medicamentos, según aplique y según esté diligenciado en la historia clínica*

Marcar con una (X) en Si, en caso que se le entregue fórmula de medicamentos para administración en casa

Le formularon medicamentos para manejo en casa: Si ☐ No ☐

Marcar con una (X) en No, en caso que no se le entregue fórmula de medicamentos al egreso hospitalario

Los medicamentos fueron entregados por la EPS'S en menos de 24 horas después del egreso hospitalario: Si ☐ No ☐ Porque: *En caso de que la respuesta sea No, registrar el motivo por el cual no le entregaron los medicamentos al momento de solicitarlos en la farmacia*

Requiere seguimiento médico: Si ☐ No ☐ (ir a seguimiento médico)

Requiere seguimiento Psicológico: Si ☐ No ☐ (ir a seguimiento psicológico)

Requiere seguimiento nutricional: Si ☐ No ☐ (ir a seguimiento nutricional)

Requiere terapias físicas: Si ☐ No ☐ (ir a seguimiento de terapias)

Marcar una (X) en la casilla Si o No según sea el caso

Tiene incapacidad médica? Si ☐ No ☐ Cuanto tiempo? *En caso que la respuesta sea si, indicar el tiempo de duración de la incapacidad médica dada*

Requirió cirugías durante el seguimiento? Si ☐ No ☐ *Marcar con una (X) Si, o No, en caso de necesitar cirugía después del egreso hospitalario inicial según sea el caso*

Fecha de la cirugía: *En caso que la respuesta anterior sea Si, indicar fecha de la cirugía realizada durante el seguimiento, es decir, después del egreso hospitalario inicial. Si requiere más de una cirugía colocar las fechas de cada una de ellas*

Motivo de la cirugía: *Diligenciar el motivo por el cual necesitó la cirugía en el momento del seguimiento*

Requirió hospitalizaciones durante el seguimiento: Si ☐ No ☐ *Marcar con una (X) Si, si fue hospitalizado durante el tiempo del seguimiento por un motivo DIFERENTE a una cirugía*

Fecha de la hospitalización: *En caso que la respuesta anterior sea Si, diligenciar la fecha en la que el menor ingresó al servicio hospitalario*

Motivo de la hospitalización: *Registrar el motivo por el cual el menor fue hospitalizado y que sea DIFERENTE a una cirugía durante el seguimiento*

Falleció durante el seguimiento: Si ☐ No ☐ *Marcar una (X) en la casilla Si o No según sea el caso*

Fecha de la Defunción: *Si la respuesta anterior fue si, diligenciar la fecha de la defunción del menor*

Motivo de la Defunción: *Diligenciar el motivo por el cual falleció el menor, si aplica*

SEGUIMIENTO MEDICO

Fecha primer control médico después del egreso: *Diligenciar fecha del primer control médico después del egreso hospitalario*

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: *Marcar con una (X) en la casilla Si o No, según sea el caso. En caso que la respuesta sea No, Indicar el motivo por el cual el menor NO asistió al primer control médico después del egreso hospitalario*

Indicaciones recibidas en el primer seguimiento médico: *Registrar las recomendaciones dadas por el médico en cuanto a educación, alimentación, manejo de la herida (si aplica), necesidad de terapias o valoración por otras especialidades y demás indicaciones*

Fecha próximo control médico: *Diligenciar la fecha del próximo control médico*

Fecha control médico: *Diligenciar la fecha del control médico*

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: *Marcar con una (X) en la casilla Si o No, según sea el caso. En caso que la respuesta sea No, Indicar el motivo por el cual el menor NO asistió al control médico programado*

Indicaciones recibidas en el control médico: *Registrar las recomendaciones dadas por el médico en cuanto a educación, alimentación, manejo de la herida (si aplica), necesidad de terapias o valoración por otras especialidades y demás indicaciones*

Fecha próximo control médico: *Diligenciar la fecha del próximo control médico*

Fecha control médico: *Diligenciar la fecha del control médico*

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: *Marcar con una (X) en la casilla Si o No, según sea el caso. En caso que la respuesta sea No, Indicar el motivo por el cual el menor NO asistió al control médico programado*

Indicaciones recibidas en el control médico: *Registrar las recomendaciones dadas por el médico en cuanto a educación, alimentación, manejo de la herida (si aplica), necesidad de terapias o valoración por otras especialidades y demás indicaciones*

Fecha próximo control médico: *Diligenciar la fecha del próximo control médico*

SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO

Fecha primer control psicológico: *Diligenciar la fecha del primer control psicológico después del egreso hospitalario*

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: *Marcar con una (X) en la casilla Si o No, según sea el caso. En caso que la respuesta sea No, Indicar el motivo por el cual el menor NO asistió al primer control psicológico después del egreso hospitalario*

Indicaciones recibidas en el primer seguimiento psicológico: *Registrar las indicaciones dadas por psicología con respecto a integración familiar, manejo del tiempo durante la incapacidad médica, dinámica familiar, manejo de miedos, proyecto de vida, fortalecimiento de autoestima y autoconcepto, reintegración a la vida escolar y/o demás actividades previas realizadas antes del accidente*

Fecha próximo control psicológico: *Diligenciar la fecha del próximo control psicológico*

Fecha control psicológico: *Diligenciar la fecha del control psicológico*

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: *Marcar con una (X) en la casilla Si o No, según sea el caso. En caso que la respuesta sea No, Indicar el motivo por el cual el menor NO asistió al control psicológico programado*

Indicaciones recibidas en el control psicológico: *Registrar las indicaciones dadas por psicología con respecto a integración familiar, manejo del tiempo durante la incapacidad médica, dinámica familiar, manejo de miedos, proyecto de vida, fortalecimiento de autoestima y autoconcepto, reintegración a la vida escolar y/o demás actividades previas realizadas antes del accidente*

Fecha próximo control psicológico: *Diligenciar la fecha del próximo control psicológico*

Fecha control psicológico: *Diligenciar la fecha del control psicológico*

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: *Marcar con una (X) en la casilla Si o No, según sea el caso. En caso que la respuesta sea No, Indicar el motivo por el cual el menor NO asistió al control psicológico programado*

Indicaciones recibidas en el control psicológico: *Registrar las indicaciones dadas por psicología con respecto a integración familiar, manejo del tiempo durante la incapacidad médica, dinámica familiar, manejo de miedos, proyecto de vida, fortalecimiento de autoestima y autoconcepto, reintegración a la vida escolar y/o demás actividades previas realizadas antes del accidente*

Fecha próximo control psicológico: *Diligenciar la fecha del próximo control psicológico*

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Fecha primer control nutricional: *Diligenciar fecha del primer control nutricional después del egreso hospitalario*

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: *Marcar con una (X) en la casilla Si o No, según sea el caso. En caso que la respuesta sea No, Indicar el motivo por el cual el menor NO asistió al primer control nutricional después del egreso hospitalario*

Indicaciones recibidas en el primer seguimiento nutricional: *Registrar la recomendaciones dadas por nutrición con respecto al tipo de alimentación adecuada (hiperproteica), manejo de la minuta según presupuesto familiar, ingesta de alimentos según la necesidad del menor, educación a la madre/acudiente con respecto a la preparación adecuada de alimentos y demás recomendaciones*

Fecha próximo control nutricional: *Diligenciar la fecha del próximo control nutricional*

Fecha control nutricional: *Diligenciar la fecha del control nutricional*

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: *Marcar con una (X) en la casilla Si o No, según sea el caso. En caso que la respuesta sea No, Indicar el motivo por el cual el menor NO asistió al control nutricional después del egreso hospitalario*

Indicaciones recibidas en el control nutricional: *Registrar la recomendaciones dadas por nutrición con respecto al tipo de alimentación adecuada (hiperproteica), manejo de la minuta según presupuesto familiar, ingesta de alimentos según la necesidad del menor, educación a la madre/acudiente con respecto a la preparación adecuada de alimentos y demás recomendaciones*

Fecha próximo control nutricional: *Diligenciar la fecha del próximo control nutricional*

Fecha control nutricional: *Diligenciar la fecha del control nutricional*

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: *Marcar con una (X) en la casilla Si o No, según sea el caso. En caso que la respuesta sea No, Indicar el motivo por el cual el menor NO asistió al control nutricional después del egreso hospitalario*

Indicaciones recibidas en el control nutricional: *Registrar la recomendaciones dadas por nutrición con respecto al tipo de alimentación adecuada (hiperproteica), manejo de la minuta según presupuesto familiar, ingesta de alimentos según la necesidad del menor, educación a la madre/acudiente con respecto a la preparación adecuada de alimentos y demás recomendaciones*

Fecha próximo control nutricional: *Diligenciar la fecha del próximo control nutricional*

SEGUIMIENTO DE TERAPIAS FÍSICAS

Fecha primera Terapia Física: Diligenciar la fecha de la primera terapia física después del egreso hospitalario

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: Marcar con una (X) en la casilla Si o No, según sea el caso. En caso que la respuesta sea No, Indicar el motivo por el cual el menor NO asistió a la primera terapia física después del egreso hospitalario

Indicaciones recibidas en el primera Terapia Física: Registrar las recomendaciones dadas por la terapeuta en cuanto a movilidad de la zona corporal afectada, uso de ayudas para el movimiento, ejercicios a realizar en casa para evitar retracciones, entre otras

Fecha próxima Terapia Física: Diligenciar la fecha de la próxima terapia física

Fecha Terapia Física: Diligenciar la fecha de la terapia física programada

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: Marcar con una (X) en la casilla Si o No, según sea el caso. En caso que la respuesta sea No, Indicar el motivo por el cual el menor NO asistió a la terapia física programada después del egreso hospitalario

Indicaciones recibidas en la Terapia Física: Registrar las recomendaciones dadas por la terapeuta en cuanto a movilidad de la zona corporal afectada, uso de ayudas para el movimiento, ejercicios a realizar en casa para evitar retracciones, entre otras

Fecha próximo control Terapia Física: Diligenciar la fecha de la próxima terapia física

Fecha Terapia Física: Diligenciar la fecha de la terapia física programada

Asistió?: Si ☐ No ☐ Porque: Marcar con una (X) en la casilla Si o No, según sea el caso. En caso que la respuesta sea No, Indicar el motivo por el cual el menor NO asistió a la terapia física programada después del egreso hospitalario

Indicaciones recibidas en la Terapia Física: Registrar las recomendaciones dadas por la terapeuta en cuanto a movilidad de la zona corporal afectada, uso de ayudas para el movimiento, ejercicios a realizar en casa para evitar retracciones, entre otras

Fecha próxima Terapia Física: Diligenciar la fecha de la próxima terapia física