



GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE DESARROLLO  
E INCLUSIÓN SOCIAL

***FICHA TECNICA***  
***DIRECCION EJECUTIVA***  
***PROGRAMA***  
***ESCUELAS SALUDABLES.***  
***TRANSPARENCIA SEDIS***



ESCUELAS SALUDABLES  
SEDIS

## **Secretaría Desarrollo e Inclusión Social**

### **Dirección Ejecutiva Programa Escuelas Saludables**

#### **Introducción.**



#### **Antecedentes**

El Programa Escuelas Saludables se inicia el 27 de Julio de 1998, con la participación de diferentes Secretarías de Estado con el objeto de abrir oportunidades que mejoren la calidad de vida de la niñez.

El Programa es oficializado por Decreto Ejecutivo Número PCM-001-2000 el 18 de enero, es dependencia de la Presidencia de la República, adscrito a la Secretaría de Desarrollo Social y coordinado por la Primera Dama de la Nación.

#### **Misión**

Somos un programa sostenible que promueve la reducción de los índices de desnutrición, deserción y repitencia escolar; aumentando la asistencia y el rendimiento académico de los escolares en ambientes y entornos favorables para la vida con la participación activa de los padres y madres de familia, comunidad e instituciones.

#### **Visión**

Que para el año 2015 Escuelas Saludables sea el programa líder en la contribución de la reducción de los índices de desnutrición, morbilidad, deserción y repitencia escolar, aumentando la asistencia y el rendimiento académico de los escolares en centros educativos con ambientes y entornos favorables para su armonioso desarrollo, mediante la ejecución de esta estrategia por parte de los gobiernos locales, diferentes instituciones y la comunidad como ente vigilante del fiel cumplimiento de sus objetivos.

#### **Objetivos**

##### **En la Comunidad**

Mejorar la calidad de vida de la población

##### **En los escolares**

1. Fomentar conductas, habilidades, destrezas orientadas a la práctica y conservación de salud.
2. Promover estilos de vida saludable
3. Prevenir los riesgos y problemas de salud, detectarlos y tratarlos precozmente.
4. Posibilitar el pleno desarrollo físico, psíquico, emocional y social, la autoestima y una imagen positiva de sí mismo.

##### **En la Comunidad Educativa:**

1. Fortalecer su participación en la identificación de su problemática, de las alternativas de solución y de su abordaje.
2. Apoyar el lograr los objetivos de Escuelas Saludables a través de capacitación y material didáctico
3. Ofrecer el aprendizaje, experiencias, ambientes y entornos saludables.

**Algoritmo:**

1. *Dirección Ejecutiva Programa Escuelas Saludables, pertenece Sub Secretaría “Vida Mejor”.*
2. *Bienes/Servicios Ofertados:*
  - a. *Consta de cuatro Unidades Funcionales y en Ejecución.*
  - b. *Por Tipo de Unidad:*
    - i. *Unidad de Salud, Medicina.*
      1. *Atención Brigadas Medica Escolares.*
      2. *Atención Brigadas Médica-Entornos Saludables.*
    - ii. *Unidad de Salud, Odontología.*
      1. *Atención Brigadas Odontológicas Escolares.*
      2. *Atención Brigadas Odontológicas-Entornos Saludables.*
    - iii. *Unidad de Salud, Psicología.*
      1. *Atención Brigadas Psicología Escolares.*
      2. *Atención Brigadas Psicología Puntual.*
        - a. *Orientación Psicológica Maestros ó Padres de Familia.*
        - b. *Evaluación Alzheimer Adulto Mayor.*
    - iv. *Unidad Entornos Saludables.*
      1. *Atención Brigadas Escolares.*
      2. *Atención Entornos Saludables Puntuales.*
      3. *Capacitación Técnicas de Conservación de Alimentos.*
        - a. *Atención Barrios/Comunidades.*
        - b. *Atención Instituciones Varias.*
        - c. *Capacitación Puntual, Maestros Padres de Familia.*

c. *Por tipo de Atención:*

i. *Medicina:*

1. *Consulta Médica general de carácter restitutivo y preventivo.*
2. *Tratamiento farmacológico restitutivo y preventivo.*
3. *Intervenciones quirúrgicas menores en caso de emergencia.*
4. *Capacitación y charlas en medicina preventiva.*

ii. *Odontología:*

1. *Consulta odontológica/diagnostico.*
2. *Tratamiento profilaxis.*
3. *Tratamiento Extracciones.*
4. *Tratamiento/resolución procesos infecciosos.*
5. *Tratamiento Periodontal.*
6. *Tratamiento, Aplicación flúor Tópico.*
7. *Capacitación y charlas educación oral preventivas.*
8. *Intervenciones quirúrgicas menores en caso de emergencia.*

iii. *Psicología:*

1. *Evaluación psicológica para detección de problemas de aprendizaje en el niño(a) escolar, Segundo Ciclo, Escolar, 1ero. a 6to. Grado.*
2. *Capacitación y charlas preventivas en varios temas (bullying, autoestima, higiene personal, hábitos de estudio, otros)*
3. *Entrevistas a maestros, padres de familia.*

iv. *Entornos Saludables:*

1. *Procesos preventivos de control de plaga, vectores (fumigación).*
2. *Procesos preventivos desparasitación externa (cortes de cabello).*
3. *Capacitación, Técnicas de Conservación de Alimentos.*
4. *Capacitación y charlas preventivas control vectores, higiene.*

### 3. Variables de Elegibilidad:

a. *En términos generales los requisitos para ser beneficiarios/participantes de las Atenciones, desde que funciona el programa no han variado significativamente:*

i. *Tipo de Centro/Institución:*

1. *Centros Educativos público, zona rural y/ó urbano.*
  - a. *Primer Ciclo.*
    - i. *Pre Kínder.*
    - ii. *Kínder.*
    - iii. *Preparatoria.*
  - b. *Segundo Ciclo*
    - i. *Escolar, 1ero. a 6to. Grado.*
2. *Instituciones Gubernamentales.*
3. *Instituciones NO Gubernamentales (ONG).*
4. *Institución Fuerzas Armadas.*
5. *Otras.*

ii. *Tipo de Atención:*

1. *Brigada Médica.*
2. *Brigada Odontológica.*
3. *Brigada Entornos Saludables.*
4. *Brigada Mixta, Combinación de las anteriores.*

iii. *Tipo Situación Socioeconómica:*

1. *Según focalización/georeferenciación.*
2. *En situación pobreza, pobreza extrema/relativa.*
3. *En situación vulnerabilidad/Riesgo Social*
4. *Adulto Mayor.*
5. *Centros Pedagógicos menores Infractores.*

#### 4. Flujo de Procedimientos:

##### a. Atención Médica.

- i. Focalización Técnica/Recepción de Solicitud de Atención a posibles participantes/beneficiarios.
- ii. Estudio de campo, análisis de viabilidad de la atención.
- iii. Ejecución de la atención, Brigada según el caso (ver Tipo de Atención).

##### b. Atención Odontológica.

- i. Focalización Técnica/Recepción de Solicitud de Atención a posibles participantes/beneficiarios.
- ii. Estudio de campo, análisis de viabilidad de la atención.
- iii. Ejecución de la atención, Brigada según el caso (ver Tipo de Atención).

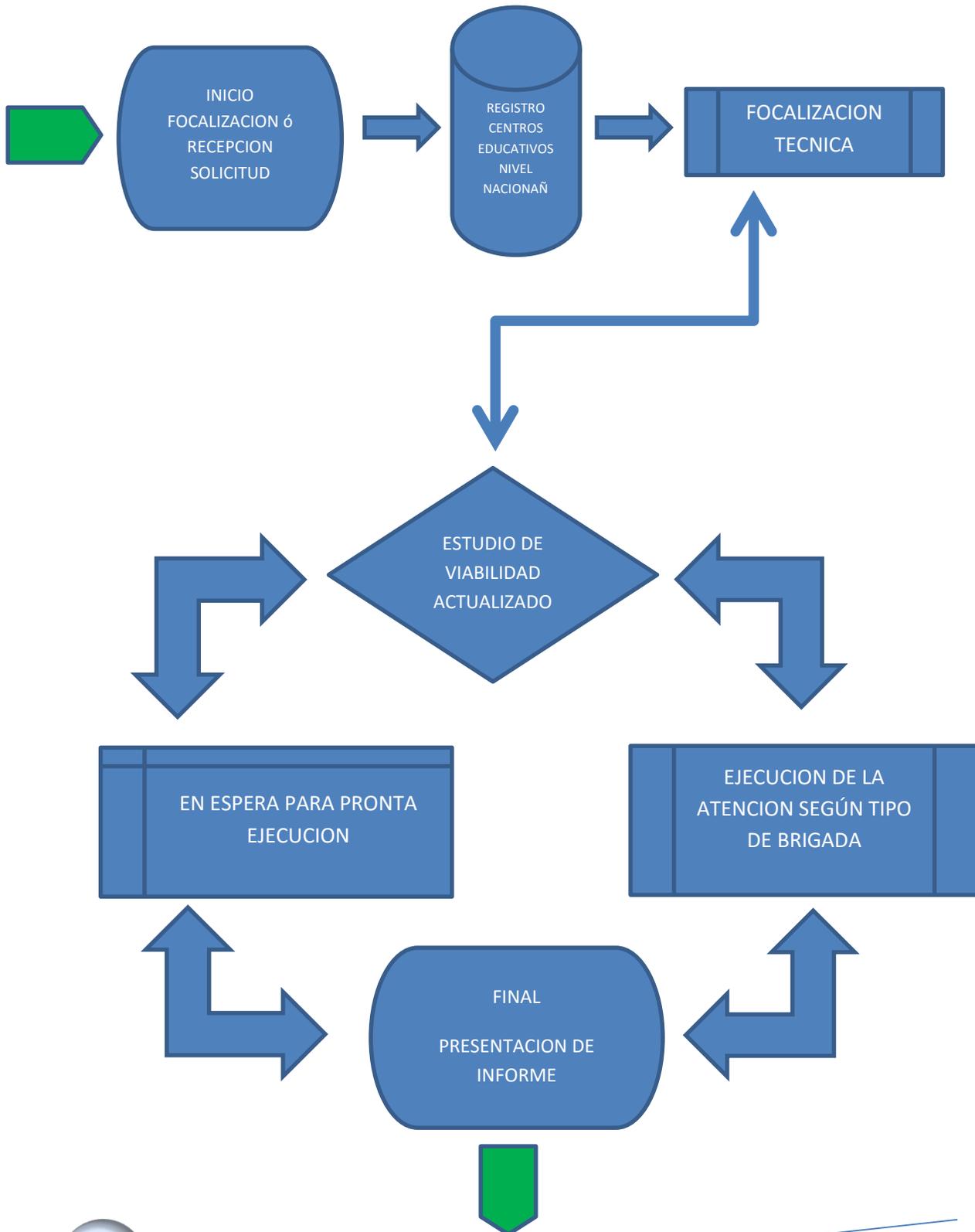
##### c. Atención Psicológica.

- i. Focalización Técnica/Recepción de Solicitud de Atención a posibles participantes/beneficiarios.
- ii. Estudio de campo, análisis de viabilidad de la atención.
- iii. Ejecución de la atención Puntual.
  1. Capacitación Charlas de orientación.
  2. Focalización con un máximo de 15 participantes por ciclo.

##### d. Atención Entornos Saludables.

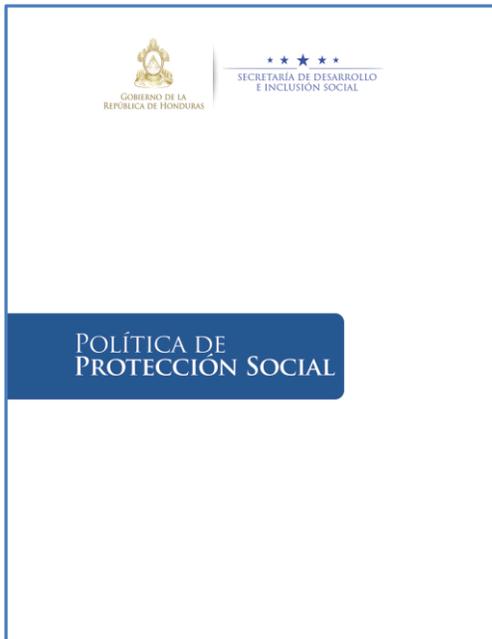
- i. Focalización Técnica/Recepción de Solicitud de Atención a posibles participantes/beneficiarios.
- ii. Estudio de campo, análisis de viabilidad de la atención.
- iii. Ejecución de la atención, Brigada según el caso (ver Tipo de Atención).

5. Diagrama General Flujo de Procedimientos:



## 6. Políticas Aprobadas:

[www.sedis.gob.hn/masdesedis/politicasaprobadas/politicadeproteccionsocial](http://www.sedis.gob.hn/masdesedis/politicasaprobadas/politicadeproteccionsocial)



Documento consta de 39 páginas.

[www.sedis.gob.hn/masdesedis/politicasaprobadas/politicapublicaparaeldesarrollointegraldelaprimerainfancia](http://www.sedis.gob.hn/masdesedis/politicasaprobadas/politicapublicaparaeldesarrollointegraldelaprimerainfancia)



Documento consta de 56 páginas.

## 7. Formularios.

### a. Unidad Médica.

Ficha corresponde a recopilación de datos para niños, existe una para niñas.

La diferenciación consiste en la Evaluación Antropométrica.

PROGRAMA  
ESCUELAS  
SALUDABLES

Agradecimiento Especial a:

PN  
UD

Presidencia de la República  
Honduras C.A.

# Escuelas Saludables

## Ficha de Salud Escolar

### NIÑOS

Establecimiento escolar: \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_  
Departamento \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_ Centro de salud \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_  
Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Nombre del responsable \_\_\_\_\_

GOBIERNO DE  
UNIDAD NACIONAL  
EL GOBIERNO DE TODOS

DES PACHO DE LA  
PRIMERA DAMA  
2010-2014

SECRETARÍA DE  
DESARROLLO SOCIAL  
Quién inspira crece lid

Organización  
Panamericana  
de la Salud

Secretaría de Salud

República de Honduras  
Secretaría de Educación

## Evaluación Médica

(Realizado por personal de salud)

Grado de Escolaridad	Fecha	Agudeza Visual	Estrabismo	Pérdida Auditiva	Trastornos de Fonación	Pediculosis	Escabiosis o Sarna	Sospecha de Anemia	Sospecha de Violencia	Problemas de Personalidad	Problemas de Aprendizaje	Uso de Drogas
Kindergarten												
Preparatoria												
I Grado												
II Grado												
III Grado												
IV Grado												
V Grado												
VI Grado												

Otros problemas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Examen Físico

Evaluaciones No.	Evaluaciones															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Descripción																
Peso																
Talla																
Cabeza	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Ojos	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Orofaringe	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Cuello	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Tórax	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Abdomen	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Músculo Esquelético	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Extremidades Inferiores	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Piel	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Hemoglobina	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Estado Nutricional																
Diagnóstico Patológico																
Aplicación Vitamina A																
Albendazol																
Sulfato Ferroso																
Desparasitación Externa																
Toxoide Tetánico																
Fluor																

Nombre y Firma de los Responsables:

Maestro grado: \_\_\_\_\_

Médico o Enfermera: \_\_\_\_\_





### DATOS PERSONALES – FICHA MEDICA

#### 1- SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

##### 1.1 Dependencia

- 1.1.1- PROGRAMA ESCUELAS SALUDABLES  
 1.1.2- DIRECCIÓN : Blvd. Juan Pablo II Edificio Aneco Las Lomas 3er. piso  
 1.1.3- LOCALIDAD Tegucigalpa M.D.C  
 1.1.4- DEPARTAMENTO : Francisco Morazán

##### 1.2- Datos del Examinado

- 1.2.1- NOMBRE Y APELLIDO \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 1.2.2- EDAD \_\_\_\_\_ 1.2.3. SEXO: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_  
 1.2.4- FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 1.2.5- LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 1.2.6- ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
 1.2.7- IDENTIDAD \_\_\_\_\_  
 1.2.8- OCUPACION \_\_\_\_\_  
 1.2.9- RELIGIÓN \_\_\_\_\_

2.1 SP \_\_\_\_\_

2.2 HEA \_\_\_\_\_

#### 3- ANTECEDENTES PERSONALES

¿Tiene o ha tenido en forma frecuente alguna de las alteraciones que se mencionan a continuación? (marcar con una (x) cruz)

	Si	No
3.1- Reacciones alérgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2- Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3- Enfermedades de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4- Usa anteojos azules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5- Usa lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6- Enfermedades de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7- Separación de los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8- Disminución de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9- Anginas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10- Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11- Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12- Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13- Tose periódicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.14- Presión baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.15- Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.16- Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.17- Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.18- Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.19- Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.20- Acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.21- Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.22- Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.23- Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.24- Enfermedades genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.25- Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.26- Mareos – Vértigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.27- Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.28- Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.29- Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.30- Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.31- Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.32- Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.33- Traumatismos de cráneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.34- Dolores en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.35- Dolores en los huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.36- Lumbago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.37- Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.38- Pie plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.39- Enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.40- Dolor de piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.41- Aumento de colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.42- Aumento o disminución de peso en el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.43- Fuma/ó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.43.1- Más de 5 por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.43.2- Más de 10 por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.43.3- Más de 20 por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.44- Toma/ó bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.44.1- Especifique cantidad diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.45- Toma/ó medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.45.1- ¿Cuáles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.46- ¿Ha tenido otras afecciones? (nombrarlas)

¿Tiene o ha tenido alguna de las alteraciones que se mencionan a continuación? (marcar con una (x) cruz).

	SI	No
3.47- Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.48- Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.49- Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.50- Osta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.51- Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.52- Bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.53- Cálculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.54- Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.55- Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.56- Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.57- Derrama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.58- Várices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.59- Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.60- Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.61- Quiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.62- Otras

**OPERACIONES**

	SI	No
3.63- Amígdalas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.64- Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.65- Mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.66- Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.67- Ventría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.68- Otero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.69- Apéndice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.70- Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.71- Hernia de disco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.72- Várices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.73- Amputaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.74- Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.75- Quedó con alguna secuela de las operaciones

Dease agregar algo o aclarar alguno de los items

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4- EXAMEN MEDICO**

4.1- Aspecto General  
Estatura (cm.) \_\_\_\_\_ Peso (kg.) \_\_\_\_\_

4.2- Piel y Panera

4.3- Cuello

4.4- Aparato Respiratorio

4.4.1- Percusión \_\_\_\_\_

4.4.2- Expansión de flacos \_\_\_\_\_

4.4.3- Auscultación \_\_\_\_\_

4.5- Aparato Cardiovascular

4.5.1- Frecuencia Cardíaca \_\_\_\_\_ Ritmo \_\_\_\_\_

4.5.2- T.A. Sistólica \_\_\_\_\_ Diastólica \_\_\_\_\_

4.5.3- Choque de Punta \_\_\_\_\_

4.5.4- Ruidos Cardíacos Normales

Tercer Ruido \_\_\_\_\_ Soplos \_\_\_\_\_

Tipos \_\_\_\_\_

4.5.5- Pulso Periférico

Peños \_\_\_\_\_ Popliteos \_\_\_\_\_

Carótidas \_\_\_\_\_

Efermas Moleculares \_\_\_\_\_

Várices

Tiene Síntomas

Describe los síntomas, características de los mismos, sucesos, etc. Y marcar el trayecto.

M.I. Derecho



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

M.I. Izquierdo



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.6- Abdomen

4.6.1- Aspecto General \_\_\_\_\_

4.6.2- Hernias \_\_\_\_\_

4.6.3- Eventración \_\_\_\_\_

4.6.4- Circulación Colateral \_\_\_\_\_

4.6.5- Hígado \_\_\_\_\_  
 4.6.6- Bazo \_\_\_\_\_  
 4.6.7- Pulso Percusión renal \_\_\_\_\_  
 4.7- Aparato Locomotor \_\_\_\_\_  
 4.7.1- Columna Inspección \_\_\_\_\_  
 4.7.2- Palpación \_\_\_\_\_  
 4.7.3- Miembros Sup. \_\_\_\_\_  
 4.7.4- Miembros Inf. \_\_\_\_\_  
 4.7.5- Alteraciones Congénitas \_\_\_\_\_  
  

	Si	No
Tacifonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cifosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lordosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Displasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luxación congénita de cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  
 4.7.6- Otra Patología \_\_\_\_\_  
  
 4.8- Sistema Nervioso \_\_\_\_\_  
 4.8.1- Motricidad, fuerza \_\_\_\_\_  
 4.8.2- Sensibilidad \_\_\_\_\_  
 4.8.3- Trepismo muscular \_\_\_\_\_  
 4.8.4- Reflejos \_\_\_\_\_  
 4.8.5- Marcha \_\_\_\_\_  
 4.8.6- Equilibrio \_\_\_\_\_  
 4.8.7- Pares craneales \_\_\_\_\_  
  
 4.9- Aparato Genito-Urinario \_\_\_\_\_  
 4.9.1- Menarca Edad \_\_\_\_\_  
 4.9.2- Ritmo Menstrual \_\_\_\_\_  
 4.9.3- Embarazos \_\_\_\_\_  
 4.9.4- Partos \_\_\_\_\_ Casos \_\_\_\_\_  
 4.9.5- Hijos \_\_\_\_\_  
 4.9.6- Varicocele \_\_\_\_\_  
 4.9.7- Mamas \_\_\_\_\_  
 4.9.8- Prolapso \_\_\_\_\_  
 4.9.9- Incontinencia Urinaria \_\_\_\_\_  
 4.9.10- Examen Ginecológico \_\_\_\_\_

**4.10- Visión**

4.10.1- Agudeza Visual \_\_\_\_\_  
 O.D.:alc \_\_\_\_\_ alc \_\_\_\_\_  
 O.I.:alc \_\_\_\_\_ alc \_\_\_\_\_  
 4.10.2- Colores \_\_\_\_\_  
 4.10.3- Examen oftalmológico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4.11.1- Fosas Nasales, Boca y Faringe \_\_\_\_\_

4.11.2- Oídos \_\_\_\_\_  
 Agudeza Auditiva \_\_\_\_\_  
 O.D. \_\_\_\_\_ O.I. \_\_\_\_\_  
 Audiometría \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5.1 Laboratorio.

5.1.1- Hemograma Completo \_\_\_\_\_  
 5.1.2- Glucemia \_\_\_\_\_  
 5.1.3- Colesterol \_\_\_\_\_  
 5.1.4- H.D.L. \_\_\_\_\_  
 5.1.5- Uremia \_\_\_\_\_  
 5.1.6- Eritrosedimentación \_\_\_\_\_  
 5.1.7- Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_  
 5.1.8- V.D.R.L. \_\_\_\_\_  
 5.1.9- Vacuna Antitetánica:  
 1ra Dosis \_\_\_\_\_ 2da Dosis \_\_\_\_\_

5.1.10- P.P.D. \_\_\_\_\_

5.1.11- Orina Completa \_\_\_\_\_

5.1.12- Papanicolaos \_\_\_\_\_

6. Diagnóstico y Tratamiento.

6.1-Dx: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6.2-Tx \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_  
 Hora \_\_\_\_\_

*Levantamiento Identificación individual todas las atenciones.*

**Listados de atención brigada médica-odontológica**  
**BM- - - -P-**

**Lugar y fecha:**

No.	Nombre completo	Identidad	Sexo	Edad	Diagnóstico
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

Edificio Ejecutivo Las Lomas Anexo II, Frente a Ferreteria INDUFESA, Boulevard Juan Pablo II.  
Tel.: (504) 2239-8005, [www.desarrollosocial.gob.hn](http://www.desarrollosocial.gob.hn) Tegucigalpa Honduras, Centroamérica

b. *Unidad Capacitación Entornos Saludables.*

### CAPACITACION DE VINAGRE

#### MATERIAL A UTILIZAR

- |                          |            |
|--------------------------|------------|
| 1. ACIDO ACETICO         | Lps.350.00 |
| 2. BENZOATO DE SODIO     | 40.00      |
| 3. COLOR NATURAL 1 onza  | 45.00      |
| 4. AGUA                  |            |
| 5. UN GALON PLASTICO     |            |
| 6. BOTE DE OCTAVO VACIO. |            |
- Para 62 galones de vinagre

#### PROCEDIMIENTO

- LLENAR EL GALON CON AGUA LIMPIA
- MEDIR EN EL BOTE DE OCTAVO ACIDO ACETICO HASTA LA MITAD (Tener cuidado al medir que sea la mitad ya que el ácido es producto muy delicado).
- AGREGAR MEDIA CUCHARADITA DE BENZOATO DE SODIO
- AGREGAR UN POQUITO DE COLOR NATURAL.
- Y LUEGO BATIRLO.

ESTE PRODUCTO SE VENDE EN LA FARMACIA REGIS atrás de cortiteñas  
Tel.2237-6511 y 2230-5706

### CAPACITACION DE DESODORANTE AMBIENTAL

#### MATERIAL A UTILIZAR

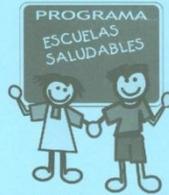
- |                        |        |
|------------------------|--------|
| 1. TRITON              | 500.00 |
| 2. ESENCIAS AROMATICAS | 550.00 |
| 3. COLOR               | 45.00  |
| 4. BOTE DE UN GALON    | 12.00  |
| 5. AGUA                |        |

#### PROCEDIMIENTOS

- LLENAR EL BOTE DE UN GALON CON AGUA
- AGREGAR DOS TAPONES DE TRITON (Puede utilizar el tapón del galón para medir)
- AGREGAR LA CUARTA PARTE DE ESENCIAS AROMATICAS ( aroma de su preferencia)
- AGREGARLE UN POQUITO DE COLOR.
- BATIRLO.
- Teléfono. DON CRISTOBAL NEGOCIO SE LLAMA FORMULACIONES QUIMICA LUMEDA dedican a la venta de químicos cel. 96002983
- Tegucigalpa barrio los dolores terminal taxis cerro grande por quesitos y [pollolandia](#)
- Aquí venden también ACIDO ACETICO.

*c. Unidad Odontológica:*

*Portada de la Ficha Dental para niños(as)*



Presidencia de la República  
Honduras C.A.

Agradecimiento Especial a:



# Escuelas Saludables

## Ficha de Salud Escolar

NIÑOS

Establecimiento escolar: _____	Tipo _____		
Dirección: _____	Cod. _____ Municipio: _____	Cod. _____	
Departamento _____	Cod. _____	Centro de salud _____	Cod. _____
Nombre del niño: _____			
Fecha de nacimiento: _____		Edad _____	
Nombre del responsable _____			

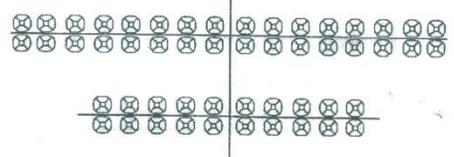


### Programa Escuelas Saludables Ficha Dental Escolar

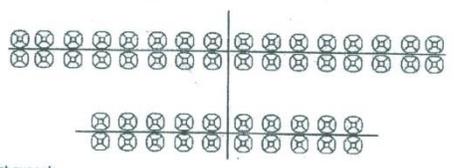
Establecimiento Escolar \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre / Madre: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Grado	Sección						

#### Diagnóstico



#### Plan de tratamiento



- (\*) Obturación
- (o) Caries
- (-) Unidades dental ausente
- (x) Extracción indicada
- (v) Extracción realizada

Observaciones: \_\_\_\_\_

### TARJETA DENTAL ESCOLAR

Grado de Escolaridad	No. de Evaluación	Fecha	Pieza	Diagnostico	Tratamiento Realizado	Firma Odontólogo (a)
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					
	14					
	15					
	16					
	17					

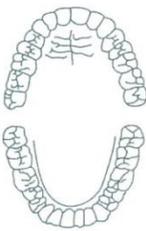
**FICHA ODONTOLÓGICA ATENCIÓN BRIGADA COMUNITARIA.**

**FICHA ODONTOLÓGICA**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
 TEL. CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN CASA: \_\_\_\_\_

---

DOCTOR: \_\_\_\_\_  
 SINTOMA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_  
 TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_



18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA