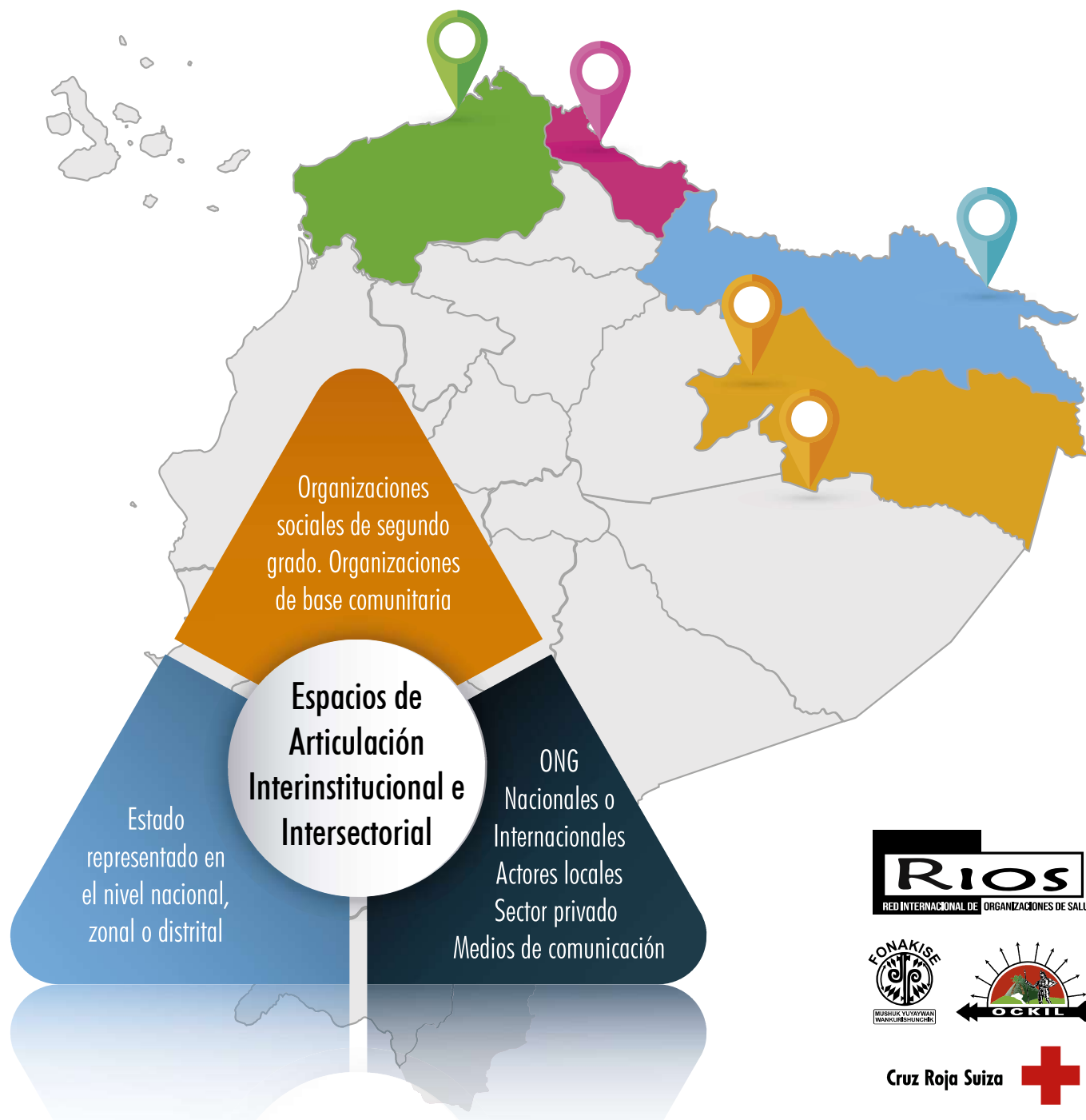


CUADERNO DE TRABAJO





Rol del Agente Tradicional de Salud

- 1.- Asumir el compromiso con la comunidad de cuidar la salud y la vida de todas las personas en todas las circunstancias.
- 2.- Ser líder y aportar con ideas, acciones que permitan mejorar las condiciones de salud en la comunidad.
- 3.- Asumir una zona geográfica dentro de la comunidad para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades y apoyarlos para que tengan acceso a servicios de salud.
- 4.- Respetar las creencias e ideas de los demás aún que no estén de acuerdo con sus criterios.
- 5.- Tratar al paciente con respeto, cariño, brindarle confianza y apoyo.
- 6.- Coordinar el trabajo con equipo de salud del Centro de Salud al que corresponde, para la realización de charlas, campañas, brigadas, ferias, etc.
- 7.- Fomentar el compromiso con la salud de la comunidad, a través de la educación y promoción de la salud en reuniones, asambleas comunitarias.
- 8.- Generar y mantener actualizado el mapa de riesgos de la comunidad.
- 9.- Participar en los procesos de capacitación para los agentes comunitarios de salud.
- 10.- Comunicar al equipo de salud u otras instituciones en el caso de problemas de salud en las familias de su sector

DATOS DE LA COMUNIDAD:

Cantón:

Parroquia:

Comunidad:

Centro de Salud de referencia:

DATOS DEL AGENTE COMUNITARIO:

Nombre y apellido:

Cédula:

Cargo









MAPA PARLANTE DE LA COMUNIDAD



Líderes que apoyan en la salud comunitaria

LIDERES	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	TELÉFONO DE REFERENCIA PARA LA UBICACIÓN	OBSERVACIONES
PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD				
DIRIGENTE DE SALUD				
PROMOTOR DE SALUD				
PARTERA COMUNITARIA				
MUJER LÍDER				
YACHAK				
PRESIDENTE DEL COMITÉ COMUNITARIO DE GESTIÓN DE RIESGOS				
OTRO				

FICHA DE SEGUIMIENTO DE EMBARAZADAS

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA EMBARAZADA: _____	EDAD: _____
¿PERSONA CON DISCAPACIDAD? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CEDULA: _____
COMUNIDAD: _____	FAMILIA: _____
SEÑALES DE PELIGRO	CENTRO DE SALUD: _____
SEÑALES DE PELIGRO <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">  <p>FUERTE DOLOR DE CABEZA</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Fecha: dd / mm / aaaa</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> </div> </div>	<p>Fecha: dd / mm / aaaa</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">  <p>FUERTE DOLOR DE BARRIGA</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Fecha: dd / mm / aaaa</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> </div> </div>	<p>Fecha: dd / mm / aaaa</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">  <p>SANGRADO VAGINAL O SECRECIÓN DE MAL OLOR</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Fecha: dd / mm / aaaa</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> </div> </div>	<p>Fecha: dd / mm / aaaa</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">  <p>SALIDA DE AGUA DE FUENTE</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Fecha: dd / mm / aaaa</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> </div> </div>	<p>Fecha: dd / mm / aaaa</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">  <p>FIEBRE ALTA</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Fecha: dd / mm / aaaa</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> </div> </div>	<p>Fecha: dd / mm / aaaa</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">  <p>FALTA DE MOVIMIENTO DEL BEBÉ</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Fecha: dd / mm / aaaa</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> </div> </div>	<p>Fecha: dd / mm / aaaa</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>



REGISTRO DE NACIMIENTO

Apellidos y nombres de la madre	
Comunidad donde vive la madre	
Edad de la madre	Fecha de parto
Parto de tiempo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Parto prematuro SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sexo del niño/a	Peso del niño/a al nacer Kg.
Quién atendió el parto	
¿Dónde fue el parto?	
Complicaciones de la madre	
Complicaciones del niño/a	
Cómo está actualmente la madre	
Cómo está actualmente el niño/a	

REGISTRO DE NACIMIENTO

Apellidos y nombres de la madre	
Comunidad donde vive la madre	
Edad de la madre	Fecha de parto
Parto de tiempo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Parto prematuro SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sexo del niño/a	Peso del niño/a al nacer Kg.
Quién atendió el parto	
¿Dónde fue el parto?	
Complicaciones de la madre	
Complicaciones del niño/a	
Cómo está actualmente la madre	
Cómo está actualmente el niño/a	

Nombre del Agente Comunitario: _____

N°	Fecha (dd-mm-aaaa)	Comunidad	Nombres y Apellidos	Cédula	Edad	Sexo		¿Se encuentra con tos y flema por más de 15 días?	
						Mujer	Hombre		
								SI	NO
								<p>Podría ser tuberculosis (TB)</p> <p>.....</p> <p>Acude al Programa de TB del Establecimiento de Salud para hacerte un despistaje gratuito</p>	
								<p>La TB es curable si se detecta a tiempo y se completa el tratamiento.</p>	



REGISTRO DE CASOS GRAVES

Nombre y Apellidos	Edad	Sexo		Lugar de procedencia	Fecha (dd-mm-aaaa)
		Mujer	Hombre		

¿Qué tenía el paciente? (poner signos y síntomas):

.....

.....

.....

.....

.....

¿Es mujer embarazada? SI NO

REGISTRO DE DEFUNCIÓN

Nombre y Apellidos	Edad	Sexo		Lugar de procedencia	Fecha (dd-mm-aaaa)
		Mujer	Hombre		

¿Qué tenía el paciente? (poner signos y síntomas):

.....

.....

.....

.....

.....

¿Fue muerte materna? SI NO ¿Fue muerte neonatal? SI NO



REGISTRO DE GOTAS GRUESA RECOGIDAS (MALARIA)

Nombre del Agente Comunitario: _____

AÑO	MES	Nº DE GOTAS GRUESA	OBSERVACIÓN



REGISTRO DE ACTIVIDADES

Nombre del Agente Comunitario: _____ MES: _____ AÑO: _____

ACTIVIDADES	NÚMERO	NÚMERO DE PARTICIPANTES		TEMAS TRATADOS O ACTIVIDADES REALIZADAS	MATERIAL EDUCATIVO UTILIZADO	¿Participó el Personal de Salud?		OBSERVACIONES
		HOMBRES	MUJERES			SI	NO	
ASAMBLEAS								
COMITÉ DE SALUD								
ACTIVIDADES CON MUJERES								
ACTIVIDADES EN LA ESCUELA								
MINGA								
IMPREGNACIÓN / ENTREGA DE TOLDOS								
CHARLAS								
TALLER O CURSO								
GESTIONES EN TEMAS DE SALUD REALIZADAS POR LA COMUNIDAD								Indique con qué actores se realizó la gestión
TOTAL								COMENTARIOS

