



## REPORTE DE SEGUIMIENTO AMBULATORIO DEL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO – INGRESO AL SEGUIMIENTO (CT C020)

### **1.NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:**

### **2.DATOS DEL PACIENTE:**

Nombre y Apellido:

Edad: DNI:

Clave de Beneficiario:

Fecha de nacimiento:

Sexo:  M  F

Nombre y apellido materno:

DNI

Edad: EG al nacimiento:

Edad cronológica:

Edad corregida:

### **3.DIAGNÓSTICO DE INGRESO A LA UTI:**

RNBP (MENOR 1500 GRS)

MALFORMACIÓN ANORRECTAL.

ATRESIA DE ESOFAGO

ROP

GASTROQUISIS

CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLEJA

OCLUSIÓN INTESTINAL

MIELOMENINGOCELE

HIDROCEFALIA CONGÉNITA

### **4.DIAGNÓSTICO DE EGRESO A LA UTI:**

### **5. FECHA DE INGRESO AL SEGUIMIENTO AMBULATORIO:**

### **6.EVOLUCIÓN:**

Peso de nacimiento:

Talla:

Perímetro cefálico:

Peso actual:

Talla:

Perímetro cefálico:

Evolución, secuelas:



**7. REQUERIMIENTOS:**

Alimentación:

-Lactancia materna exclusiva

-Fórmula para prematuros

-Succión

-Sonda:

Medicación:

Oxigenoterapia:                      Sí      No

Estimulación temprana:            Sí      No

Kinesioterapia:                        Sí      No

Fonoaudiología:                        Sí      No

Otras especialidades:

**8. OBSERVACIONES:**

**FECHA DE REALIZACIÓN DEL REPORTE:**

**FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE:**