

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS				FECHA DE NACIMIENTO dia mes año		ETNIA blanca <input type="radio"/> indigena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>		ALFA BETA no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		ESTUDIOS ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/> años en el mayor nivel		ESTADO CIVIL casada <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> vive sola <input type="radio"/>		Lugar del control prenatal		Lugar del parto/aborto		N° Identidad																																															
NOMBRE APELLIDO				DOMICILIO		LOCALIDAD		TELEF.		EDAD (años) < de 15 <input type="radio"/> > de 35 <input type="radio"/>																																																							
ANTECEDENTES		FAMILIARES no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> TBC <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> hipertensión <input type="radio"/> preeclampsia <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> otra cond. medica grave <input type="radio"/>		PERSONALES no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> genito-urinario <input type="radio"/> cirugía <input type="radio"/> infertilidad <input type="radio"/> cardiopat. <input type="radio"/> nefropatía <input type="radio"/> violencia <input type="radio"/>		OBSTETRICOS gestas previas <input type="radio"/> abortos <input type="radio"/> vaginales <input type="radio"/> nacidos vivos <input type="radio"/> viven <input type="radio"/> muertos 1° sem. <input type="radio"/> después 1° sem. <input type="radio"/> nacidos muertos <input type="radio"/>		ULTIMO PREVIO n/c <input type="radio"/> <2500g <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> 3 4000g <input type="radio"/> emb. ectópico <input type="radio"/> 3 espont. consecutivos <input type="radio"/> partos <input type="radio"/> cesáreas <input type="radio"/>		FIN EMBARAZO ANTERIOR dia mes año menos de 1 año <input type="radio"/>		EMBARAZO PLANEADO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		FRACASO METODO ANTICONCEP. no usaba <input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> hormo nal <input type="radio"/> emer gencia <input type="radio"/> natural <input type="radio"/>																																																			
GESTACION ACTUAL		PESO ANTERIOR <input type="text"/> Kg		TALLA (cm) <input type="text"/>		FUM <input type="text"/> dia mes año		EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s. <input type="radio"/>		FUMA ACT. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		FUMA PAS. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		DROGAS no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		ALCOHOL no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		VIOLENCIA no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		ANTIRUBEOLA previa <input type="radio"/> no sabe <input type="radio"/> embarazo <input type="radio"/>		ANTITETANICA vigente no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> DOSIS 1° <input type="text"/> 2° <input type="text"/>		EX. NORMAL ODONT. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> MAMAS <input type="radio"/>																																									
CERVIX normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> Insp. visual <input type="radio"/> PAP <input type="radio"/> COLP <input type="radio"/>		GRUPO Rh no se hizo <input type="radio"/> Rh <input type="radio"/> y globulina anti D <input type="radio"/>		TOXOPLASMOSIS <20sem IgG <input type="radio"/> ≥20sem IgG <input type="radio"/> 1° consulta IgM <input type="radio"/>		VIH <20 sem <input type="radio"/> solicitado <input type="radio"/> realizado <input type="radio"/>		Hb <20 sem <input type="text"/> g <11.0 g/dl <input type="radio"/>		Fe/FOLATOS indicados Fe <input type="text"/> Ffolatos <input type="text"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Hb ≥20 sem <input type="text"/> g <11.0 g/dl <input type="radio"/>		SIFILIS - Diagnostico y Tratamiento Prueba no treponémica + /s/d <input type="radio"/> treponémica + /s/d n/c <input type="radio"/> - /s/d <input type="radio"/> - /s/d n/c <input type="radio"/>		Tto. de la pareja no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> s/s <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>																																																	
CHAGAS no se hizo <input type="radio"/> + <input type="radio"/>		PALUDISMO/MALARIA no se hizo <input type="radio"/> + <input type="radio"/>		BACTERIURIA sem. normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> <20 <input type="radio"/> ≥20 <input type="radio"/>		GLUCEMIA EN AYUNAS <20 <input type="radio"/> ≥30 <input type="radio"/> ≥105 mg/dl <input type="radio"/>		ESTREPTOCOCO B 35-37 semanas <input type="radio"/> + <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/>		PREPARACION PARA EL PARTO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>																																																					
CONSULTAS ANTENATALES		dia mes año		edad gest.		peso		P A		altura uterina		presen tación		FCF (lpm)		movim. fetales		protei nuria		signos de alarma, exámenes, tratamientos		Iniciales Técnico		próxima cita																																									
PARTO		ABORTO		HOSPITALIZ. en EMBARAZO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> dias <input type="text"/>		CORTICOIDES ANTENATALES completo <input type="radio"/> incompl. <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>		INICIO espontáneo no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> inducido <input type="radio"/> cesar. elect. <input type="radio"/>		ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> hora min <input type="text"/> temp. ≥38°C <input type="radio"/>		EDAD GEST. al parto semanas <input type="text"/> dias <input type="text"/> por FUM <input type="radio"/> por Eco. <input type="radio"/>		PRESENTACION SITUACION cefálica <input type="radio"/> pelviana <input type="radio"/> transversa <input type="radio"/>		TAMAÑO FETAL ACORDE no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		ACOMPANANTE pareja <input type="radio"/> TDP <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> P <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>																																															
TRABAJO DE PARTO		hora min		posición de la madre		PA		pulso		contr./10		dilatación		altura present.		variedad posic.		meconio		FCF/dips		ENFERMEDADES ninguna <input type="radio"/> 1 o más <input type="radio"/>		HTA previa <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		HTA inducida embarazo <input type="radio"/>		preeclampsia <input type="radio"/>		eclampsia <input type="radio"/>		cardiopatia <input type="radio"/>		nefropatia <input type="radio"/>		diabetes <input type="radio"/>		infec. ovular <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. urinaria <input type="radio"/>		preeclampsia <input type="radio"/>		amenaza parto preter. <input type="radio"/>		R.C.I.U. <input type="radio"/>		rotura prem. de membranas <input type="radio"/>		anemia <input type="radio"/>		otra cond. grave <input type="radio"/>		HEMORRAGIA 1° trim. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> codigo <input type="text"/>		2° trim. <input type="radio"/>		3° trim. <input type="radio"/>		postparto <input type="radio"/>		infección puerperal <input type="radio"/>		notas	
NACIMIENTO VIVO		hora min		dia mes año		MULTIPLE no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> orden <input type="text"/>		TERMINACION espont. <input type="radio"/> cesárea <input type="radio"/> otra <input type="radio"/> forceps <input type="radio"/> vacuum <input type="radio"/>		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO codigo <input type="text"/>		INDUC. <input type="radio"/>		OPER. <input type="radio"/>																																																			
POSICION PARTO sentada <input type="radio"/> acostada <input type="radio"/> cucillitas <input type="radio"/>		EPISIOTOMIA no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		DESGARROS Grado (1 a 4) no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		OCITOCICOS prealumb. <input type="radio"/> postalumb. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		PLACENTA completa <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> retenida <input type="radio"/>		LIGADURA CORDON precoz no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		MEDICACION RECIBIDA ocitocicos en TDP <input type="radio"/> antibiot. <input type="radio"/> si <input type="radio"/> analgesia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> anest. local <input type="radio"/> si <input type="radio"/> anest. regional <input type="radio"/> si <input type="radio"/> anest. gral. <input type="radio"/> si <input type="radio"/> transfusión <input type="radio"/> si <input type="radio"/> otros <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> especificar <input type="text"/>		INDUC. medic. 1 <input type="radio"/>		OPER. medic. 2 <input type="radio"/>																																																	
RECIENTE NACIDO		SEXO <input type="radio"/> f <input type="radio"/> m <input type="radio"/>		PESO AL NACER <input type="text"/> g <2500 g <input type="radio"/> ≥4000 g <input type="radio"/>		P. CEFALICO cm <input type="text"/>		EDAD GESTACIONAL sem. dias <input type="text"/>		PESO E.G. <input type="text"/>		APGAR (min) 1° <input type="text"/> 5° <input type="text"/>		REANIMACION estimulac. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> aspiración <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> máscara <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> oxigeno <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> masaje <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> tubo <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		FALLECE en LUGAR de PARTO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		REFERIDO aloj. <input type="radio"/> conij. <input type="radio"/> neona <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> tolog. <input type="radio"/> hosp. <input type="radio"/>		ATENDIDO medico <input type="radio"/> obst. <input type="radio"/> enf. <input type="radio"/> auxil. <input type="radio"/> estud. <input type="radio"/> empir. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>		PUERPERIO dia hora T°C PA pulso invol. uter. loquios		Nombre <input type="text"/>																																									
DEFECTOS CONGENITOS no <input type="radio"/> menor <input type="radio"/> mayor <input type="radio"/>		ENFERMEDADES ninguna <input type="radio"/> 1 o más <input type="radio"/>		TAMIZAJE NEONATAL VDRL Tto. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/>		TSH <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Hbpatia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Bilirrub <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Toxo IgM <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Meconio 1° dia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Antirubeola post parto no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		yglobulina anti D no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		ANTICONCEPCION CONSEJERIA no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>																																													
EGRESO RN		vivo <input type="radio"/> fallece <input type="radio"/>		traslado <input type="radio"/>		fallece durante o en lugar de traslado <input type="radio"/>		EDAD AL EGRESO dias completos <input type="text"/>		ALIMENTO AL ALTA lact. excl. <input type="radio"/> parcial <input type="radio"/> artificial <input type="radio"/>		EGRESO MATERNO		traslado <input type="radio"/>		lugar <input type="text"/>		dias completos desde el parto <input type="text"/>		METODO ELEGIDO DIU post-vento <input type="radio"/> ligadura tubaria <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> natural <input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> hormonal <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>																																													
Id. RN <input type="text"/>		Nombre Recién Nacido <input type="text"/>		Responsable <input type="text"/>		Boca arriba <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		BCG no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		PESO AL EGRESO <input type="text"/> g		viva <input type="radio"/> fallece <input type="radio"/>		fallece durante o en lugar de traslado <input type="radio"/>		Responsable <input type="text"/>																																																	

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

Descripción de códigos en el reverso