

**Estudios complementarios:**

Ecografía cerebral SI NO
Fondo de ojo SI NO

5. CIRUGÍA

- Fecha del acto quirúrgico:
- Diagnóstico:
- Procedimiento:
- Día prequirúrgico: SI/NO Fecha:
- Días postquirúrgicos
- UTI Desde: Hasta: Días:
- Cuidados intermedios Desde: Hasta:
- Reoperaciones

6. EVOLUCIÓN

ALTA SI NO FECHA:

FALLECIDO SI NO FECHA:

DERIVADO SI NO FECHA:

7. ESTADO GENERAL DEL NIÑO (a su egreso del módulo):**8. OTROS DATOS****Secuelas:**

Displasia broncopulmonar	SI	NO	
Hemorragia intracraneana:	SI	NO	GRADO:
Hidrocefalia posthemorrágica:	SI	NO	
Leucomalacia periventricular:	SI	NO	
Retinopatía prematuro:	SI	NO	GRADO:
Tratamiento:	SI	NO	

Diagnóstico actualizado:

Peso.....EG..... Talla..... Perímetro cefálico.....

Derivación a programa de seguimiento (Indicar SI/NO- Efecto y fecha)

9. OBSERVACIONES:

FECHA DE REALIZACIÓN DEL REPORTE:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: