



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: