

FECHA: DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____ HORA: _____
 INSTITUCIÓN: _____
 MUNICIPIO: _____
 NOMBRE DE LA MADRE: _____
 MOTIVO DE CONSULTA / Enfermedad Actual / Revisión por sistemas: _____

Nº HISTORIA CLÍNICA: _____
 madre: documento de identidad: TI _____ CC: _____
 #: _____
 CONSULTA EXTERNA _____ URGENCIA _____
 CONSULTA INICIAL: _____ CONTROL: _____
 TELEFONO: _____
 DIRECCIÓN: _____
 MUNICIPIO: _____
 EDAD: _____ años. PESO: _____ Kg. TALLA: _____ Mt
 IMC: _____ TA: _____ / _____
 FC: _____ /min. FR: _____ /min. : _____ °C
 HEMOCLASIFICACIÓN: _____ Coombs _____
 FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: _____ / _____ / _____
 FECHA PROBABLE DE PARTO: _____ / _____ / _____
 EDAD GESTACIONAL: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:
 GESTACIONES: _____ PARTOS: _____ CESÁREAS: _____ ABORTOS: _____
 ESPONTÁNEO: _____ PROVOCADO: _____ HIJO NACIDO MUERTO/En 1º SEMANA: _____
 HIJOS PREMATUROS: _____ HIJOS < 2500 gr _____ HIJOS > 4000 gr _____
 HIJOS MALFORMADOS _____
 HIPERTENSIÓN/PRECLAMPSIA/ECLAMPSIA en el último embarazo: NO _____ SI _____
 FECHA ÚLTIMO PARTO _____ CIRUGÍAS TRACTO RESPRODUCTIVO: NO _____ SI _____
 OTRO ANTECEDENTE: _____

VERIFICAR EL RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL:

• ¿Ha tenido control prenatal? SI _____ NO _____ # _____
 • ¿Percibe movimientos fetales? SI _____ NO _____
 • ¿Ha tenido fiebre recientemente? SI _____ NO _____
 • ¿Le ha salido líquido por la vagina? SI _____ NO _____
 • ¿Ha tenido flujo vaginal? SI _____ NO _____
 • ¿Padece alguna enfermedad? SI _____ NO _____
 • ¿Cuál? _____
 • ¿Recibe algún medicamento? SI _____ NO _____
 • ¿Cuál? _____
 • ¿Cigarrillo? SI _____ NO _____
 • ¿Bebidas alcohólicas? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____
 • ¿Consume drogas? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____
 • ¿Ha sufrido violencia o maltrato? SI _____ NO _____
 Explique: _____
 • ¿Inmunización toxoide tetánico? SI _____ # dosis: _____
 OBSERVACIONES: _____

• Altura uterina: _____ cm
 • No correlación con edad gestacional
 • Embarazo múltiple
 • Presentación anómala: Podálico Transverso
 • Palidez palmar Intensa Leve
 • Edema Cara Manos Pies
 • Convulsiones Visión borrosa
 • Pérdida conciencia Cefalea intensa
 • Signos enfermedad transmisión sexual
 • Cavidad bucal: Sangrado Inflamación
 Caries Halitosis
 • Hto: _____ Hb: _____ Toxoplasma: _____
 • VDRL 1: _____ VDRL 2: _____
 • VIH 1: _____ VIH 2: _____
 • HEPATITIS B: _____ Otro: _____
 • Ecografía _____

GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE	R
GESTACIÓN DE ALTO RIESGO	R
GESTACIÓN DE BAJO RIESGO	

VERIFICAR EL RIESGO DURANTE E TRABAJO DE PARTO QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL:

• ¿Ha tenido contracciones? SI _____ NO _____
 • ¿Ha tenido hemorragia vaginal? SI _____ NO _____
 • ¿Le ha salido líquido por la vagina? SI _____ NO _____
 • ¿De qué color? _____
 • ¿Ha tenido dolor de cabeza severo? SI _____ NO _____
 • ¿Ha tenido visión borrosa? SI _____ NO _____
 • ¿Ha tenido convulsiones? SI _____ NO _____
 OBSERVACIONES _____

• Contracciones en 10 minutos # _____
 • FC Fetal _____ x minuto
 • Dilatación cervical _____
 • Presentación: Defálico Podálico
 Otra _____
 • Edema: Cara Manos Pies
 • Hemorragia vaginal
 • Hto: _____ Hb: _____ Hepatitis b _____
 • VDRL antes del parto: _____ VIH _____

PARTO CON RIESGO INMINENTE	R
PARTO DE ALTO RIESGO	R
PARTO DE BAJO RIESGO	

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS

FECHA NACIMIENTO: DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____ HORA: _____
 NOMBRE: _____ SEXO: FEMENINO _____ MASCULINO _____
 PESO: _____ Kg. TALLA: _____ cm PC: _____ cm FC: _____ T: _____ °C
 EDAD GESTACIONAL: _____ Semanas. APGAR: 1 minuto _____ /10 5 minutos: _____ /10
 10 minutos: _____ /10 20 MINUTO: _____ /10
 OBSERVACIONES: _____

PRETÉRMINO A TÉRMINO POSTÉRMINO	R
PEG - AEG - GEG BPN - MBPN - EBPB	

VERIFICAR LA NECESIDAD DE REANIMACIÓN

Prematuro	Meconio	No respiración o No llanto	Hipotómico
Apnea	Jadeo	Respiración dificultosa	Cianosis persistente
Bradycardia	Hipoxemia		
REANIMACIÓN:	Estimulación	Ventilación con presión positiva	Compresiones torácicas
	Intubación	Medicamentos	

REANIMACIÓN	
CUIDADOS RUTINARIOS	

VERIFICAR RIESGO NEONATAL: PRIMERA VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Ruptura prematura de membranas: SI _____ NO _____
 Tiempo: _____ horas Líquido: _____
 Fiebre materna: SI _____ NO _____ Tiempo _____
 Corioamnionitis FC: _____ /min.
 Infección intrauterina: TORCH / SIDA
 Madre < 20 años: _____ Historia ingesta de:
 Alcohol _____ Cigarrillo _____ Drogas _____
 Antecedente de violencia o maltrato: SI _____ NO _____
 OTRAS ALTERACIONES: _____

Respiración: Normal Anormal
 Llanto: Normal Anormal
 Vitalidad Normal Anormal
 Taquicardia bradicardia
 Palidez Ictericia Plétora Cianosis
 Anomalías congénitas: SI _____ NO _____
 ¿Cuál? _____
 Lesiones debidas al parto: _____

ALTO RIESGO AL NACER	R
MEDIANO RIESGO AL NACER	r
BAJO RIESGO AL NACER	

