

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

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: \_\_\_\_\_

Nº HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 madre: documento de identidad: TI \_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_  
 #: \_\_\_\_\_  
 CONSULTA EXTERNA \_\_\_\_\_ URGENCIA \_\_\_\_\_  
 CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

<b>GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE</b>	<b>R</b>
<b>GESTACIÓN DE ALTO RIESGO</b>	<b>R</b>
<b>GESTACIÓN DE BAJO RIESGO</b>	

**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 \_\_\_\_\_

<b>PARTO CON RIESGO INMINENTE</b>	<b>R</b>
<b>PARTO DE ALTO RIESGO</b>	<b>R</b>
<b>PARTO DE BAJO RIESGO</b>	

**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: \_\_\_\_\_

<b>PRETÉRMINO A TÉRMINO POSTÉRMINO</b>	<b>R</b>
<b>PEG - AEG - GEG BPN - MBPN - EBPB</b>	

**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	

<b>REANIMACIÓN</b>	
<b>CUIDADOS RUTINARIOS</b>	

**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: \_\_\_\_\_

<b>ALTO RIESGO AL NACER</b>	<b>R</b>
<b>MEDIANO RIESGO AL NACER</b>	<b>r</b>
<b>BAJO RIESGO AL NACER</b>	

