|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NO. DE VISITA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | |
| **1**. ¿La embarazada en qué mes de embarazo está? | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| **2**. ¿La consejera o consejero visitó a esta embarazada en este mes? (quincenal o semanal) | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| **3.** ¿La embarazada tiene carnet perinatal? | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| **4.** ¿La embarazada fue al centro de salud para consulta pre-natal este mes? | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| **5**. ¿La embarazada fue al centro de salud para consulta pre-natal este mes y fue atendida? | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| **6.** ¿A la embarazada le midieron la presión arterial en la consulta pre-natal? | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| **7.** ¿A la embarazada la pesaron en la consulta pre-natal? | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| **8**. ¿A la embarazada le midieron a la altura uterina en la consulta pre-natal? | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| **9**. ¿Identificó algún signo de peligro en la embarazada? | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| **10.** ¿Qué tipo de signo de peligro se identifico? |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **11**. ¿La embarazada consumió multi-vitaminas (hierro y acido fólico) en este mes? | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| **12**. ¿Por cuántos días la embarazada tomó suplemento de hierro y ácido fólico este mes? |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **13**. ¿La embarazada está con la vacuna anti-tetánica al día? | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| **14**. ¿La embarazada recibió otro tipo de vacuna? | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| **15.** ¿Cuál otro tipo de vacuna recibió? |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **16**. La embarazada necesita evaluación ó atención especial | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| **Riesgos en el hogar** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Violencia | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| Criadero de mosquito | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| Cañada | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| Exposición química | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| Vertedero próximo | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| Letrina | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |
| Alertas | Descripción de alertas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9**. ¿Identificó algún signo de peligro en la embarazada? |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |
| Nombre de la embarazada/madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apodo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Edad\_\_\_\_ Nacionalidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de cedula/ pasaporte\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Escolaridad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Lugar donde se atiende:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Seguro Medico: No ( ) SI ( ) Régimen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |