

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL				S.S.				CED. 9-746-2440			
NOMBRE: <u>ERUYIS ALVIZ</u>				EDAD: <u>26</u> AÑOS		ALFABETA: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		ESTUDIO: <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> PRIMARIO <input type="checkbox"/> SECUNDARIO <input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO		ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> CASADA <input checked="" type="checkbox"/> U. ESTABLE <input type="checkbox"/> OTRA	
DOMICILIO: <u>Ramos (Calle Piedad)</u>				TELÉFONO: <u>269</u>				AÑOS APROBADOS: <input checked="" type="checkbox"/>			
ANTECEDENTES PERSONALES				ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS				FIN ANTERIOR EMBARAZO			
FAMILIARES		PERSONALES		GESTAS		ABORTOS		PARTOS		NACIDOS	
DIABETES	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	TBC	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	00							
TBC PULMONAR	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	DIABETES	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO								
HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	HIPERT. CRÓNICA	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO								
GEMELARES	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	CIRUGÍA PELV-UTERINA	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO								
OTROS	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	INFERTILIDAD	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO								
		OTROS	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO								
EMBARAZO ACTUAL		DUDAS		ANTITETÁNICA		GRUPO		FUMA		SOLUBILIDAD HB	
PESO ANTERIOR	TALLA (Cm)	FUM	DÍA	MES	AÑO	PREVIA	ACTUAL	Rh	SI	NO	
	1		03	09	22	NO	1°	+			
		FPP	100623			SI	2°/R	-	NO		
							MES		SI		
EX. CLÍNICO	EX. MAMAS	EX. ODONT.	PELVIS	CERVIX	COLPOSCOPIA	HIV					
Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal					
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

Fecha de Consulta	1/21/10	2/22/11	3/20/12	4/18/12	5/23/12	6/23/12	7/24/12	8/23/12	9/25/12	10/25/12
Semanas de Amenorrea	6	11	15 1/2	19 1/2	24 1/2	28 1/2	33 1/2	36 1/2	38 1/2	39 1/2
Peso (Kg)	60	62	62	64	67.5	68.5	70.7	72.7	73	73
Tensión Arterial Máx. / Min. (mm Hg)	110/70	110/70	110/70	120/70	110/70	110/70	110/70	120/80	120/80	120/80
Alt. Uterina / Pubis Fondo / Present.	11 / 11	15 / 15	19 / 19	23 / 23	28 / 28	30 / 30	32 / 32	33 / 33	33	33
F.C.F. / Lat. / Min. / Mov. / Fetal	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
Edema /	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Semanas por Ecografía	6	11	15 1/2	19 1/2	25	29 1/2	34	36 1/2	38	38
L.A.	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal
LABORATORIO	concluido									
ALBUMINURIA	negativo									
LEUCOCITURIA	negativo									
Hb / Hto.	12.8/39									
GLICEMIA	77									
TEST O SULLIVAN	77									
VDRL	negativo									
TOXOTEST	negativo									
TGO / TGP	negativo									
F. ALCALINA	negativo									
DHL	negativo									
AC. ÚRICO	negativo									
FIRMA										
CITA										

4/6/23

GINECOLOGIA INTEGRAL

Ermylis Aleyda Ramos
Concepción
Cip= 9-746-2440

29-05-2023

Embarazo de 39 semanas.

G=1

INDICACION PREQUIRURGICA

1. Admitir a cuarto obstétrico.
2. Nada por boca.
3. Firmar consentimiento operatorio.
4. Canalizar conb L/R 1000cc para pasar iv en 4 hrs.
5. Cerftriaxona 1 gr. IV al ingreso.
6. Signos vitales y FCF al ingreso.
7. Para cesárea el 04-06-2023.
8. Notificarme de la admisión

Anestesilogo: Dr. Serracin

Neonatologa: Dra Maria Aurora Correa

Dr. Edgardo I. Villalba

Atentamente

Ginecología - Obstetricia
Colposcopia - Ultrasonido
Endoscopia - Ginecológica
REG. 5396 * CÓD. V-415

Dr. Edgardo Iván Villalba Kravcio

Ginecología y Obstetricia

Alto Riesgo Obstétrico

Reg. 5396. V-415

GINECOLOGIA INTEGRAL

CONTACTO

Av. Central
Santiago de Veraguas.
República . de Panamá.

lvillalba@hotmail.com

Tel.: 998-4456

Cel: 66722091