

35. DATOS DEL PADRE ☐ Aplica ☐ No Aplica

1. Apellido (s) y Nombre (s):

2. Documento de Identificación: 1. ☐ C. Identidad 2. ☐ Pasaporte N° 3. ☐ No Porta 4. ☐ No tiene 5. ☐ No se conoce

3. Edad: 4. Estado Civil: 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Unido 5. Separado 6. Divorciado 7. No se sabe

5. Escolaridad: 6. Ocupación: 7. Asume el sustento de la familia: 1. ☐ Si 2. ☐ No

8. ☐ Otro, especificar

36. DATOS DE LA MADRE ☐ Aplica ☐ No Aplica

1. Apellido (s) y Nombre (s):

2. Documento de Identificación: 1. ☐ C. Identidad 2. ☐ Pasaporte N° 3. ☐ No Porta 4. ☐ No tiene 5. ☐ No se conoce

3. Edad: 4. Estado Civil: 1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Unida 5. Separada 6. Divorciada 7. No se sabe

5. Escolaridad: 6. Ocupación: 7. Asume el sustento de la familia: 1. ☐ Si 2. ☐ No

8. ☐ Otro, especificar

37. ANTECEDENTES PERINATALES ☐ Aplica ☐ No Aplica

37.1. ANTECEDENTES MATERNOS

1. FUM ____/____/____ 2. NÚMERO DE: Gestación Partos Abortos 3. N° de Controles Prenatales 4. 1era. Consulta Prenatal 5. Grupo Sanguíneo y RH 6. Test de Coombs Indirecto Resultado Fecha ____/____/____ 7. Recibió Inmunoglobulina Anti D(Rh) 1. ☐ Si 2. ☐ No Fecha ____/____/____

8. PATOLOGÍAS: 8.1. Pre-existentes: 1. ☐ Hipertensión Crónica 2. ☐ Diabetes Mellitus 3. ☐ Cardiopatías 4. ☐ Nefropatías 5. ☐ Epilepsia 6. ☐ Psiquiátricas 7. ☐ Inmunológicas 8. ☐ Otros, especificar 8.2. Durante el Embarazo: 1. ☐ Pre eclampsia 2. ☐ Eclampsia 3. ☐ Infección Urinaria 4. ☐ Hemorragia ¿Cuándo? 5. ☐ Diabetes Gestacional 6. ☐ Otros, especificar

9. INGESTA DE MEDICAMENTOS Y/O TÓXICOS

10. CORTICOIDES ANTENATALES: 1. ☐ Completo 2. ☐ Incompleto (Semana Inicio) 3. ☐ Ninguna 4. ☐ n/c

11. VACUNAS DE LA MADRE

Fecha	Td	SR	AA	HB	Anti Influenza	Otros		
1ra. Dosis								
2DA. Dosis								
3ra. Dosis								
1er. Ref.								
2DO. Ref.								

12.INFECCIONES PERINATALES	Laboratorio		Fecha	Resultado	Tratamiento	Fecha
	Sí	No				
1. Sifilis						
2. VIH						
3. Toxoplasmosis						
4.Citomegalovirus						
5. Hepatitis B						
6. Chagas						
7. Rubeola						
8. Dengue						
9. Tuberculosis						
10. Otros, especificar						

13. PARTO:

1.Lugar de Nacimiento: 1. <input type="radio"/> Institucional 2. <input type="radio"/> Domiciliario 3. <input type="radio"/> Otro	3. Tipo de Parto: 1. <input type="radio"/> Vaginal 1.1 <input type="radio"/> Instrumental 2. <input type="radio"/> Cesárea Motivo	4. Asistido por: 1. <input type="radio"/> Médico/a 2. <input type="radio"/> Obstetra 3. <input type="radio"/> Enfermero/a 4. <input type="radio"/> Auxiliar 5. <input type="radio"/> Otro	5. Anestesia: 1. <input type="radio"/> Si 2. <input type="radio"/> No Tipo: 1. <input type="radio"/> Peridural 2. <input type="radio"/> Raquídea 3. <input type="radio"/> General	6. Ruptura de Membranas: 1. <input type="radio"/> Espontánea 2. <input type="radio"/> Artificial Fecha ____/____/____ Hora	7. Características del Líquido: 1. <input type="radio"/> Claro 2. <input type="radio"/> Teñido 2.1 <input type="radio"/> Sanguinolento 2.2 <input type="radio"/> Meconial 2.3 <input type="radio"/> Purulento	8. Condición: 1. <input type="radio"/> Estable 2. <input type="radio"/> Crítica 3. <input type="radio"/> Fallecida 9. Conoció a su Hijo/a: 1. <input type="radio"/> No 2. <input type="radio"/> Si
---	---	---	---	--	---	--

10. La madre se encuentra en: 1. ☐ Mismo Hospital 2. ☐ Otro Hospital 3. ☐ Domicilio 4. Otros

37.2. DATOS DEL RN 1. Tiene pulsera de identificación 1. ☐ Si 2. ☐ No

2. Peso al nacer 3. Talla 4. Perímetro Cefálico 5. Apgar: 1’ 5’

6. Edad Gestacional 6.1 Test de Capurro 6.2 Test de Ballard 6.3 Por FUM 6.4 Ecografía 1ER. trimestre

7. Salud Fetal comprometida: 7.1 ☐ Si 7.2 ☐ No

8. Primera Valoración: 1. ☐ Cianosis 2. ☐ SDR 3. ☐ Palidez 4. ☐ Diuresis (1ra. 6 hs.) 5. ☐ Eliminación de Meconio 6. ☐ Tono Muscular

38. TAMIZAJE NEONATAL ☐ Aplica ☐ No Aplica

1. TSH: 1. ☐ Si 1.1 ☐ Normal 1.2. ☐ Anormal 2. ☐ No 3. ☐ Sin datos 2. Fenilalanina: 1. ☐ Si 1.1 ☐ Normal 1.2. ☐ Anormal 2. ☐ No 3. ☐ Sin datos 3. TIR: 1. ☐ Si 1.1 ☐ Normal 1.2. ☐ Anormal 2. ☐ No 3. ☐ Sin datos

4. Auditivo: 1. ☐ Si 1.1 ☐ Normal 1.2. ☐ Anormal 2. ☐ No 3. ☐ Sin datos 5. Visual: 1. ☐ Si 1.1 ☐ Normal 1.2. ☐ Anormal 2. ☐ No 3. ☐ Sin datos

39. PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. Lavado de manos alcohol/gel: 1. Si 2. No 2. Lactancia Materna Exclusiva: 1. Si 2. No 3. Dormir boca arriba: 1. Si 2. No

4. Prevención contagio respivirus: 1. Si 2. No 5. Derechos/ protect. social: 1. Si 2. No 6. Entrega de libreta del niño: 1. Si 2. No

40. PATOLOGÍAS DEL/LA RN			1. Prematurez Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	2. Bajo Peso Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	3. Asfixia al nacer Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	4. SDR asoc. meconio Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
5.Membrana hialina Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	6. Hipert. pulmonar Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	7. Apneas Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	8. Neumotórax Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	9. Ductus art. tratado Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	10. ECN confirmada Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	11.Hiperbilirrubinemia Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
12. Malformaciones Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	13. Convulsiones Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	14.Hem.Intracraneana Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	15.Leucomalacia Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	16. Alt. Metabólicas Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	17. Sífilis Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	18. HIV perinatal Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
19. Sepsis Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	20. Meningitis Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	21. Osteoartritis Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	22. Neumonía Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	23.Infección Urinaria Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	24. Retinopatía Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	25. Otros Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Detalles:_____

41. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS	Aplica	No Aplica
1. Lactancia: 1. <input type="radio"/> Materna Exclusiva (tiempo)_____ 2. <input type="radio"/> Mixta3. <input type="radio"/> Artificial Edad de Inicio _____ 2. Ablactación_____		
3. Alimentación actual_____		
42. DESARROLLO MADURATIVO	<input type="radio"/> Aplica	<input type="radio"/> No Aplica
1. Sonrisa Social_____ 2. Fija y sigue con la mirada_____ 3. Reacción al Sonido_____ 4. Sostén Cefálico_____		
5. Emite Sonidos_____ 6. Sentado con apoyo_____ 7. Sentado s/apoyo_____ 8. Gatea_____		
9. Parado c/apoyo_____ 10. Camina c/s apoyo_____ 11. Garabatea_____ 12. Palabras_____		

43. ASPECTO GENERAL (ECTOSCOPIA)

III PARTE: EXAMEN FÍSICO											
44. SIGNOS VITALES Y DATOS ANTROPOMÉTRICOS											
PA Miembros Superiores Máx. Min.			Pulsos	FR	FC	Tº Axilar	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	IMC = $\frac{\text{Peso}}{(\text{Talla})^2}$	Circunferencia Abdominal
Der.							Kg	cm.	cm.		
Izq.							Percent. DE	Percent. DE	Percent. DE		
Percent.											
45. Estado Nutricional:1. <input type="radio"/> No tiene Desnutrición 2. <input type="radio"/> Riesgo de Desnutrición 3. <input type="radio"/> Desnutrición Moderada 4. <input type="radio"/> Desnutrición Grave 5. <input type="radio"/> Sobrepeso 6. <input type="radio"/> Obesidad											

Inspección, Palpación, Percusión, Auscultación (I.P.P.A)

<p>46. CABEZA</p> <p>Cráneo: forma, fontanela, tamaño, etc.</p> <p>Ojos: párpados, globo ocular, motilidad, conjuntivas, escleróticas, córnea, iris, pupila, reflejo fotomotor, fondo de ojo, etc.</p> <p>Oídos: pabellón auricular, otoscopia: conducto auditivo externo; membrana timpánica, etc.</p> <p>Nariz: fosas nasales, tabiques, cornetes, senos paranasales, etc.</p> <p>Amígdalas y Faringe</p> <p>Cavidad bucal: labios, lengua, paladar duro, paladar blando, piso bucal, piezas dentarias, etc.</p>	<div><div>Dientes Permanentes Superior Derecha</div><div>Dientes Permanentes Superior Izquierda</div><div>Dientes Deciduales, de Leche o Temporales Derecha</div><div>Dientes Deciduales, de Leche o Temporales Izquierda</div><div>Dientes Permanentes Inferior Derecho</div><div>Dientes Permanentes Inferior Izquierdo</div></div> <p>CONVENCIONES: Superficie cariada: color rojo; Superficie obturada: color azul; Dientes Ausentes: X (cruz)</p>
<p>47. CUELLO: Aspecto, simetría, relieves musculares, ganglios, pulso carotideo, ingurgitación yugular, etc.</p> <p>Tiroides: forma, tamaño, lóbulos, etc.</p>	
<p>48. TÓRAX</p> <p>Conformación ósea: normal, en quilla, pectus excavatum, relieves musculares, etc.</p> <p>Mamas: cuadrantes</p> <p>Axilas</p>	

48.1 AP. RESPIRATORIO

Frecuencia respiratoria, tiraje, retracciones, tipo de respiración, quejido, estridor etc.

49. AP. CARDIOVASCULAR

Área Periférica: Pulso: en cuatro miembros, frecuencia; regularidad; amplitud; igualdad; isocronía; sincronía; llenado capilar; várices, etc.

Área Central: ictus cordis: ubicación, extensión, intensidad, frémito, ritmo, ruidos cardiacos, soplos, galope, etc.

50. ABDOMEN Y PELVIS

Aspecto, simetría, lesiones de la piel, cicatrices, circulación colateral, ombligo, etc. Orificios herniarios, visceromegalias, ascitis, ruidos hidroaéreos, etc.

Tacto Rectal: pliegues anales, tono del esfínter, fisuras, ampolla rectal, parametrios, fondo de saco, etc.

51. AP. GÉNITO URINARIO

1. Puño percusión, puntos ureterales,

2. Genitales Femeninos

Periné, vulva

Especuloscopía: paredes, cervix,

Tacto vaginal: introito; paredes; temperatura; cérvix, consistencia

Útero: altura, tono, dinámica, Bolsa de las Aguas, Latidos Fetales

Palpación Bimanual: cérvix, útero, anexos, Fraënkel, Fondo de Saco

Secresiones: características

3. Genitales Masculinos: pene, prepucio, glande, meato uretral, bolsas escrotales, testículos, cordón espermático, próstata, etc.

52. PIEL Y FANERAS

Turgencia, elasticidad, edema, etc.

Faneras: color, trofismo, etc.

53. SISTEMA HEMOLINFOPOYÉTICO

Ganglios, hígado, bazo, etc.

54. APARATO OSTEOARTROMUSCULAR

Columna vertebral: cifosis, lordosis, escoliosis, puntos dolorosos, apófisis espinosa, etc.

Articulación: simetría, funcionalidad, etc.

Miembros: simetría, motilidad activa y pasiva, trofismo, fuerza, tono, signos, etc.

55.SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Estado de conciencia, Escala de Glasgow, palabra y lenguaje, motilidad (activa, pasiva, tono, fuerza muscular), trofismo, marcha, taxia, reflejos, pares craneales, sensibilidad, movimientos involuntarios, etc.

Signos meníngeos: Kernig, Brudzinski

56. SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Orientación; Percepción: alucinaciones; Pensamiento: enlentecido, acelerado, fuga de ideas, ideas delusivas o delirantes, paranoides, etc.; Humor: tristeza, exaltado, ideas de suicidio; etc.

IV PARTE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

57. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Principal:

Secundarios

Justificación

57.1 NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA: 1. Si 2. No

58. Plan de Trabajo

Tratamiento

FIRMA, ACLARACIÓN Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA HISTORIA

V PARTE: DATOS AL ALTA

59. DIAGNÓSTICOS AL EGRESO

Diagnóstico Principal al Egreso	Códigos CIE-10
Otros Diagnósticos	
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	

60. TRATAMIENTO NEONATAL		<input type="radio"/> Aplica <input type="radio"/> No Aplica	
1. TRATAMIENTOS	Edad 1ra. Dosis Si No Horas Minut.	2. CUIDADOS RESPIRATORIOS	Si No Duración
1. Surfactante	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	1. CPAP pre venil	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
2. Indomet. Profil	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	2. Ventilado ET	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
3. Indo/ibup.trat.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	3. CPAP	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
4. Luminoterapia	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	4. Oxígeno	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
5. Antibióticos	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	5. Transfusiones	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Esquema	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	6. Exanguineotransfusión	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
6. Amino/cafeína	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	7. Otros, esp.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
7. Alimentación parenteral	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
		3. CIRUGIA	Si No
		1. Neurológicos	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		2. Cardiovasculares	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		3. Respiratorios	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		4. Abdominales	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		5. Genitourinarias	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		6. Osteoartromuscular	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		7. Otros	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

Detalle

61. CONDICIÓN AL EGRESO	62. TIPO DE EGRESO	63. ¿Está inscripto en el Registro Civil?
1. Curado/a 2. Mejorado/a 3. Estacionario/a 4. Empeorado/a 5. Fallecido/a	1. Alta Médica 2. Traslado a otro Establecimiento 3. Retiro Voluntario 4. Fuga 5. Defunción N° del Certificado de Defunción	1. Si 2. No

64. EPICRISIS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

65. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y OBSTÉTRICOS

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

66. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

- 1
- 2
- 3

67. PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

- 1
- 2
- 3

68. Fecha de Egreso:

Día

--	--

Mes 

Año

Hora v Min.

FIRMA, ACLARACIÓN Y SELLO DEL MÉDICO AL ALTA