

## MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD – DIRECCIÓN DE BIOESTADÍSTICA HISTORIA CLÍNICA

DATOS GENERALES DEL ESTAB	LECIMIENTO
1. Servicio: 1. O Clínica Médica 2. O Cirugía 3. O Gíneco-Obstetricia 4. O Pediatría 5	. Otros:
2. Establecimiento de Salud:	anitaria:
4. Distrito:5. Fecha de Ingreso: Día M	Ies Año Hora y Min.
I PARTE: DATOS DEL/LA PAC	CIENTE
6. Documento de Identificación: 1. O C. Identidad 2. O Pasaporte Nº	3. O No Porta 4. O No tiene 5. O No se conoce
7. Apellido(s) y Nombre(s):	
Dia Commes Commes Ano Commes Hora Commes Com	nor de un día) (Menor de un mes) ses (01-11) 4. Años
10. Sexo: 1.  Masculino       2.  Femenino       3.  Indeterminado       (Me         11. Lugar de Nacimiento: 1. País	nor de un año) (1 o más años)
11. Lugar de Nacionalidad       2. Departamento:         12. Nacionalidad       13. Etnia: 1. O No Aplica 2. O Aplica	
13. Ethia: 1. O No Aprica 2. O Aprica 2. O Aprica 2. O Separado/a 3. O Viudo/a 4. O Unido/a 5. O Separado/a 6.	
15. Lugar de Residencia Habitual del/la paciente: 1. Departamento_	
3. Barrio/Compañía/Asentamiento	
5. Dirección5.1 Nº Casa	
7. Correo Electrónico:8. Residencia Ocasional	
9. Referencia	10. ○ No se sabe
16. Nivel Educativo: C I Año Cursado 17. Seguro Medico:	
16. Nivel Educativo:  1 Ninguno 2. Educación Inicial 3. Primaria 4. Secundaria 5. Esc. Básica 6. Esc. Media 7. Universitario 8. Sup. No Universitario 9. No Aplica 10. Ignorado 17. Seguro Medico: 1. IPS 2. Sanidad Policial 4. Institución Privada 5. Ninguno 6. Otro 7. No se sabe 19. Persona Responsable del/la Paciente (Anote los datos de la persona responsable, si el/la paciencia, accidentado/a grave o menor de edad, etc.) 1. Apellido(s) y Nombre(s): 2. Vínculo con el/la paciente: 1 Madre 2. Padre 3. Hijo/a 4. Hermano/a 5. Par	
3. Documento de Identificación: 1. O C. Identidad 2. O Pasaporte No	3. O No Porta 4. O No tiene 5. O No se conoce
20. Traslado:	21. Referencia:
1.Vía: 2. Distancia 4. Condición: Si No 5. Acompañamiento: 1. O Aérea 1. Incubadora OO 1. O Médico	1. O Mismo Hospital (servicio/unidad)
2. Terrestre: Km 2. Venoclisis OO 2. O Lic. Enf./Obst.	2. Otro Establecimiento
2.1 Ambulancia 3. Duración 3. Monitorizado 0 3. Aux. Enf. 2.2 Particular 4. Oxigeno 0 4. O Familiar	¿Cuál?
2.2 O Particular 3. O Fluvial Horas y Min. 4. Oxigeno 0 4. O Familiar 5. Intubado 0 5. O Otros 6. Collarete 0	3. O Reingreso 4. O Contra-referido de otro Establecimiento ¿Cuál?
6. Complicaciones (durante el traslado): 1. O No 2. O Si, esp	5.○ Por Facultativo
22. Ingreso por: 1. O Urgencias 2. O Consultorio Externo	6.○ No precisado 7.○ Otros
II PARTE: ANAMNESIS	
Los Datos son Referidos por:	y merecen fe
23. Motivo de Ingreso:	•
24. Motivo de Consulta:	
25. Antec. de la Enfermedad Actual (AEA) y Antec. Remotos de la Enfermedad A	Actual (AREA)
-9,	

HC001 N°53					
					-
26. HÁBITOS					
1. Alimentarios				_3. Urinarios	
4. Sueño 5. Ac	tividad Física/R	ecreativa: 1. O Si 2	.○ No 5.1 Tiempo (m	nin)5.2 Fred	uencia Semanal:
27. CAUSA EXTERNA DE TRAU	MATISMO O	Aplica O No Apli	ca		
27.1 PRODUCIDO POR:					27.2 SITIO DE OCURRENCIA
1. Accidente de Tránsito  Vehículo:1.1. Particular 1.2. Público  Tino 1. Accidente de Tránsito  Vehículo:1.1. Accidente de Tránsito  Vehículo:1.2. Accidente de Tránsito  Vehículo:1.3. Accidente de Tránsito  Vehículo:1.3. Accidente de Tránsito	2. Agresión 1. Física	1. O Arma Blan	ica 1. O Agua C	aliente2. O Aceite	1. ○ Hogar 2. ○ Escuela
Tipo: 1. O Ómnibus 2. O Auto 3. O Moto 4. O Bicicleta 5. O Otros	_ 3. O Arma de F		5. © Electri	cidad 6. O Petardo	4. O Lugar de Recreo
Uso de Elementos de Seguridad: 1. ○ Cinturón 2. ○ Casco 3. ○ Airbag 4. ○ Otros	4. O 0tro	_	/. ∪ Utros_		5. O Vía Pública 6. O Otro
				. ∩ n :	
5. Otros Accidentes				_6.○ Se ignora	
28. FACTORES DE RIESGO ASO	CIADOS (Mar	gua con V muada ca		_	
	1/ · / - D			- 0 1 1	
1. Ambiental. a) O Ruido b) O Polvo o Aerosoles dep	endencia: Ger	iológico- 4 nético:	. <b>Laboral:</b> a) ○ Ruido b) ○ Polv	5. Conductual a) Sedentaris	mo
1. Ambiental. a) \( \text{Ruido b} \) \( \text{Polvo o Aerosoles} \) c) \( \text{Agua contaminada} \) d) \( \text{Agroquímicos} \) b)	endencia: Ger Droga a) C Alcohol b) C	iológico- nético: ) HTA ) Diabetes Mellitus	Laboral: a) O Ruido b) O Polv c) O Temperatura extren d) O Sustancias Química	70 a) O Sedentaris na b) O Maltrato o as d) O Adopción	mo c) ○ Violencia Intrafamiliar e) ○ Judiciales
1. Ambiental. a) \( \text{Ruido b} \) \( \text{Polvo o Aerosoles} \) c) \( \text{Agua contaminada} \) d) \( \text{Agroquímicos} \) e) \( \text{Radiación} \) c)	endencia: Ger Droga a) C Alcohol b) C Tabaco c) C	iológico- nético: ) HTA ) Diabetes Mellitus ) Infecciosos ) Otros	. Laboral: a) ○ Ruido b) ○ Polv c) ○ Temperatura extren d) ○ Sustancias Química e) ○ Radiación f) ○ Fluidos	oo a) ○ Sedentarisi b) ○ Maltrato o d) ○ Adopción f) ○ Niño/a Siti g) ○ Madre y/o	mo c) ○ Violencia Intrafamiliar e) ○ Judiciales
1. Ambiental. a) \( \text{Ruido b} \) \( \text{Polvo o Aerosoles} \) c) \( \text{Agua contaminada} \) d) \( \text{Agroquímicos} \) e) \( \text{Radiación} \) c)	endencia: Ger Droga a) C Alcohol b) C Tabaco c) C	iológico- nético: ) HTA ) Diabetes Mellitus ) Infecciosos ) Otros	. Laboral: a) ○ Ruido b) ○ Polv c) ○ Temperatura extren d) ○ Sustancias Química e) ○ Radiación	a) O Sedentarism b) O Maltrato o d) O Adopción f) O Niño/a Situ	mo c) O Violencia Intrafamiliar e) O Judiciales uación de Calle
1. Ambiental. a) \( \text{Ruido b} \) \( \text{Polvo o Aerosoles} \) c) \( \text{Agua contaminada} \) d) \( \text{Agroquímicos} \) e) \( \text{Radiación} \) f) \( \text{Otros} \)	endencia: Droga Alcohol Tabaco Otros  d) Classification Control Contro	iológico- nético: ) HTA ) Diabetes Mellitus ) Infecciosos ) Otros	. Laboral: a) ○ Ruido b) ○ Polv c) ○ Temperatura extren d) ○ Sustancias Química e) ○ Radiación f) ○ Fluidos	oo a) ○ Sedentarisi b) ○ Maltrato o d) ○ Adopción f) ○ Niño/a Siti g) ○ Madre y/o	mo c) O Violencia Intrafamiliar e) O Judiciales uación de Calle
1. Ambiental.  a) \( \) Ruido \( b) \( \) Polvo o Aerosoles c) \( \) Agua contaminada d) \( \) Agroquímicos e) \( \) Radiación f) \( \) Otros d) \( \)  6. \( \) No se establece  29. ANTECEDENTES SOCIO-EC 29.1 VIV	endencia: Droga Alcohol Tabaco Otros  ONÓMICOS	iológico- nético: ) HTA ) Diabetes Mellitus ) Infecciosos ) Otros	Laboral: a) \( \) Ruido \( b) \( \) Polv c) \( \) Temperatura extren d) \( \) Sustancias Química e) \( \) Radiación f) \( \) Fluidos g) \( \) Otros	a) Sedentarismon a) Adopción f) Niño/a Sitt g) Madre y/o h) Otros	mo  c) O Violencia Intrafamiliar e) O Judiciales nación de Calle Padre Adolescente
1. Ambiental.  a) \( \) Ruido \( b) \( \) Polvo o Aerosoles c) \( \) Agua contaminada d) \( \) Agroquímicos e) \( \) Radiación f) \( \) Otros \( \)  6. \( \) No se establece \( \)  29. ANTECEDENTES SOCIO-EC 29.1 VIV.  1. PARED 2. TECHO 1. \( \) Ladrillo 1. \( \) Teja	ONÓMICOS  VIENDA  Ger a) C b) C c) C d) C C ONÓMICOS  VIENDA  3. 1.	iológico- nético: ) HTA ) Diabetes Mellitus ) Infecciosos ) Otros  PISO  Tierra 2. O Ladrillo	L. Laboral:  a) \( \) Ruido \( b) \( \) Polve  c) \( \) Temperatura extrend  d) \( \) Sustancias Química  e) \( \) Radiación  f) \( \) Fluidos  g) \( \) Otros   1. AGUA  1. \( \) ESSAP/SENASA	a) Sedentarismon a) Adopción f) Niño/a Situs g) Madre y/o h) Otros  2. ELIMINACIÓN DI 1. Quema	mo e) ○ Violencia Intrafamiliar e) ○ Judiciales nación de Calle Padre Adolescente  FARIOS E BASURA  3. EL BAÑO SE DESAGÜA EN
1. Ambiental. a) \( \text{Ruido b} \) \( \text{Polvo o Aerosoles} \) c) \( \text{Agua contaminada} \) d) \( \text{Agroquímicos} \) e) \( \text{Radiación} \) f) \( \text{Otros} \)  6. \( \text{No se establece} \)  29. ANTECEDENTES SOCIO-EC  29.1 VIV  1. PARED 1. \( \text{Ladrillo} \) 2. \( \text{Madera} \) 3. \( \text{Fibroceme} \) 3. \( \text{Fibroceme} \) 4. \( \text{Chapas de} \)	endencia: Droga Alcohol Tabaco Otros  ONÓMICOS VIENDA  2. Paja nto o Eternit Zinc  Alcohol 3. 1. 3. 4.	PISO  Tierra 2. Ladrille Baldosa Común  Cemento (lecherada	Laboral:  a) Ruido b) Polv  c) Temperatura extren  d) Sustancias Química  e) Radiación  f) Fluidos  g) Otros   1. AGUA  1. CESSAP/SENASA  2. Pozo con bomba  3. Pozo con bomba	a) Sedentarismon a) Adopción f) Niño/a Sitt g) Madre y/o h) Otros  2. ELIMINACIÓN DI 1. Quema 2. La recoge cami carrito de basu	TARIOS  E BASURA  on o  1. Hoyo o Pozo  1. Hoyo o Pozo  2. Pozo ciego
1. Ambiental. a) Ruido b) Polvo o Aerosoles c) Agua contaminada d) Agroquímicos e) Radiación f) Otros  6. No se establece  29. ANTECEDENTES SOCIO-EC  29.1 VIV  1. PARED 1. Ladrillo 2. Madera 3. Estaqueo 4. Adobe 5. Bloque de Cemento 2. Tablilla de 6. Hormigón	endencia: Droga Alcohol Tabaco Otros  ONÓMICOS VIENDA  2. Paja nto o Eternit Zinc madera armado,	PISO O Tierra 2. Ladrillo Baldosa Común O Gemento (lecherada) Mosaico, cerámica, granito, mármol	Laboral:  a) Ruido b) Polve  c) Temperatura extrend  d) Sustancias Química  e) Radiación  f) Fluidos  g) Otros   1. AGUA  1. ESSAP/SENASA  2. Pozo sin bomba  3. Pozo con bomba  4. Red Privada  5. Tajamar,	a) Sedentarismon a) Adopción f) Niño/a Sitt g) Madre y/o h) Otros  2. ELIMINACIÓN DI 1. Quema 2. La recoge camicarrito de basu 3. Tira en el hoyo 4. Tira en el patio	TARIOS  E BASURA  on o  to on
1. Ambiental. a) Ruido b) Polvo o Aerosoles c) Agua contaminada d) Agroquímicos e) Radiación f) Otros  6. No se establece  29. ANTECEDENTES SOCIO-EC  29.1 VIV  1. PARED 1. Ladrillo 2. Madera 3. Estaqueo 4. Adobe 5. Bloque de Cemento 6. Tronco de Palma 7. Cartón, hule, madera  2. TECHO 1. Teja 3. Fibroceme 4. Chapas de 5. Tablilla de 6. Hormigón loza o box 7. Tronco de	endencia: Droga Alcohol Tabaco Otros  ONÓMICOS  VIENDA  2. Paja nto o Eternit Zinc madera armado, redilla Palma  Ger a) Coros  Alcohol b) Coros  Alcohol b) Coros  Alcohol b) Coros  Alcohol b) Coros Alcohol coros	PISO  Tierra 2. Ladrille Baldosa Común Cemento (lecherada Mosaico, cerámica, granito, mármol Tablón de Madera Parquet	Laboral:  a) Ruido b) Polve  c) Temperatura extrend  d) Sustancias Química  e) Radiación  f) Fluidos  g) Otros   1. AGUA  1. ESSAP/SENASA  2. Pozo sin bomba  4. Red Privada  5. Tajamar,  naciente, río o arroyo  6. OAljibe	a) Sedentarismontal Sedentarismontarismontal Sedentarismontal Sedentarismo	TARIOS  E BASURA  on o  to on o  to a lar  in trafamiliar  e) Judiciales  Judi
1. Ambiental. a) Ruido b) Polvo o Aerosoles c) Agua contaminada d) Agroquímicos e) Radiación f) Otros  6. No se establece  29. ANTECEDENTES SOCIO-EC  29.1 VIV  1. PARED 1. Ladrillo 2. Madera 3. Estaqueo 4. Adobe 5. Bloque de Cemento 6. Tronco de Palma 7. Cartón, hule, madera de embalaje 8. No tiene Pared  2. TECHO 1. Teja 3. Fibroceme 4. Chapas de 5. Tablilla de 6. Hormigón loza o box loza o box 2. Tronco de 8. Cartón, hul de embala	ONÓMICOS  VIENDA  2. Paja nto o Eternit Zinc madera armado, redilla Palma le, madera le, madera le, madera 8. Ger a) Cer a) Cor b) Cor c) Cor d) Cor	PISO  Tierra 2. Ladrille Baldosa Común Cemento (lecherada; granito, mármol Tablón de Madera	Laboral:  a) Ruido b) Polve c) Temperatura extrend d) Sustancias Química e) Radiación f) Fluidos g) Otros  1. AGUA 1. Pozo sin bomba 4. Pozo con bomba 4. Red Privada 5. Tajamar, naciente, río o arroyo	a) Sedentarismon a) Sedentarismon a) Adopción f) Niño/a Sitt g) Madre y/o h) Otros  2. ELIMINACIÓN DI 1. Quema 2. La recoge cami carrito de basu 3. Tira en el hoyo 4. Tira en el patio zanja o calle 5. Tira en la chacu 6. Tira en arroyo, o laguna	TARIOS  E BASURA  on o  to on o  to a lar  in trafamiliar  e) Judiciales  Judi
1. Ambiental. a) Ruido b) Polvo o Aerosoles c) Agua contaminada d) Agroquímicos e) Radiación f) Otros  6. No se establece  29. ANTECEDENTES SOCIO-EC  29.1 VIV  1. PARED 1. Ladrillo 2. Madera 3. Estaqueo 4. Adobe 5. Bloque de Cemento 6. Tronco de Palma 7. Cartón, hule, madera de embalaje 8. No tiene Pared 9. Otro	ONÓMICOS  VIENDA  2. Paja nto o Eternit Zinc madera armado, redilla Palma le, madera aje  ORGE  a) b) c) c) C 3. 3. 4. 5. 4. 5. 8. 9.	PISO O Tierra 2. O Ladrille O Baldosa Común Cemento (lecherada; granito, mármol Tablón de Madera Parquet Alfombra O tro	Laboral:  a) Ruido b) Polve  c) Temperatura extrend  d) Sustancias Química  e) Radiación  f) Fluidos  g) Otros   1. AGUA  1. ESSAP/SENASA  2. Pozo sin bomba  4. Red Privada  5. Tajamar,  naciente, río o arroyo  6. OAljibe	a) Sedentarismon a) Sedentarismon a) Adopción f) Niño/a Sitt g) Madre y/o h) Otros  2. ELIMINACIÓN DI 1. Quema 2. La recoge camicarrito de basu carrito de basu 3. Tira en el patio zanja o calle 5. Tira en la chacu 6. Tira en arroyo,	TARIOS  E BASURA  on o  in a
1. Ambiental. a) Ruido b) Polvo o Aerosoles c) Agua contaminada d) Agroquímicos e) Radiación f) Otros  6. No se establece  29. ANTECEDENTES SOCIO-EC  29.1 VIV  1. PARED 1. Ladrillo 2. Madera 3. Estaqueo 4. Adobe 5. Bloque de Cemento 6. Tronco de Palma 7. Cartón, hule, madera de embalaje 8. No tiene Pared 9. Otro  2. TECHO 1. Teja 3. Fibroceme 4. Chapas de 5. Tablilla de 6. Hormigón loza o box 7. Tronco de 8. Cartón, hul de embala 9. Otro  4. DEPENDENCIAS: 1. Sala 2. Comed	ONÓMICOS  VIENDA  2. Paja nto o Eternit Zinc madera armado, redilla Palma le, madera aije  Or 3. Cocina  4. Co	PISO O Tierra 2. O Ladrille O Baldosa Común Cemento (lecherada; granito, mármol Tablón de Madera Parquet Alfombra O tro	Laboral:  a) Ruido b) Polve  c) Temperatura extrend  d) Sustancias Química  e) Radiación  f) Fluidos  g) Otros   1. AGUA  1. ESSAP/SENASA 2. Pozo sin bomba 3. Pozo con bomba 4. Red Privada 5. Tajamar, naciente, río o arroyo 6. Aljibe 7. Otro	2. SERVICIOS SANI  2. ELIMINACIÓN DI 1. Quema 2. La recoge cami carrito de basu 3. Tira en el hoyo 4. Tira en el patio zanja o calle 5. Tira en a croyo, o laguna 7. Otro  29.3 SERVICIOS B	TARIOS  E BASURA  ón o  n, baldío,  ra  n'ío  Violencia Intrafamiliar  e) Judiciales  A SEL BAÑO SE  DESAGÜA EN  1. Hoyo o Pozo 2. Pozo ciego 3. Red Pública (cloaca)  4. La superficie de la tierra, arroyo, río, etc

HC001 N	10	54

20 ANTEC	EDENTE	S PATOLOGICOS	PERSONAL	LES						
1.Cardiovascu	ılares 2. R	Respiratorios 3	. Digestivos	4. (	Genitourinarios			6.Hemolinfopoyé		ndocrinos
Si ○No○ n	n/s ○	○No ○n/s ○ :	Si⊙ No⊖ n/s	_	○ No ○ n/s ○	-	o ○ n/s ○	Si O No O n/s		○ No ○ n/s
8.Neurosiquiát Si ○ No ○  n	tricos		). Odontológico Si ○ No ○ n/s	os III s⊖ Si	Audiovisuales  O No O n/s O	12. Meta Si O N	bólicos o ○ n/s ○	13. Alérgicos Si ○ No ○ n/s	s O Si	nfecciosos No O n/s
15. Neoplásico	os 16.N	Nalformaciones 17	. Traumatismo	s 18.	Internaciones Si			na <u>//</u> _		
Si O No O n/	/s ○   C		y/o Quemadur Si ○ No ○ n/s							
19. Cirugías S	Si O No O	n/s O Fecha /			Transfusiones Si	$\bigcirc$ No $\bigcirc$	n/s O Fec	ha <u>/</u>		Otros
Dx				Dx_					Si	○ No ○ n/s
31. ANTEC	EDENTE	S FAMILIARES	Enfermedad	L		Vive Muer	tc C	ausa de Muerte		Edad al fallecer
Padre										
Madre										
Hermanos										
Hijos										
32. FAMILI										
33. ESQUE	EMA DE V	ACUNACIÓN	Porta: 1. T	「arjeta de	<b>Vacunación</b> 1. S	Si○ 2. N	)○ 2. Libı	reta de Salud del	l Niño/a 1	. Si○ 2. No
Vacun	ıas - Desde e	l nacimiento hasta los	10 años			rtir de los	10 años según	reta de Salud del antecedentes previo	)S	
Vacun Vacunas				Farjeta de Vacunas		rtir de los Ind			·	. Si○ 2. No Fecha
Vacun Vacunas BCG	nas - Desde e Dosis Única	l nacimiento hasta los Edad de Vacunación	10 años		A pa	rtir de los Ind on Al	10 años según icaciones		Dosis	
Vacunas Vacunas BCG OPV Pentavalente	nas - Desde e Dosis	l nacimiento hasta los Edad de Vacunación	10 años		En vacunados co Penta/DPT	on Al	10 años según icaciones os 10 años		Dosis Refuerzo	Fecha
Vacun Vacunas BCG OPV Pentavalente Rotavirus	nas - Desde e Dosis Única Primera	I nacimiento hasta los Edad de Vacunación Recién Nacido	10 años		A pa	on Al Ca Al S o 1 r	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. o	antecedentes previo	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis	Fecha
Vacun Vacunas BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV	nas - Desde e Dosis Única Primera	Recién Nacido  2 meses	10 años	Vacunas	En vacunados co Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto -	on Al Ca Al 1 r 1 a	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. o ño de la 2da. o	antecedentes previo	Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis	Fecha
Vacunas  BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente	Dosis Única Primera Dosis	I nacimiento hasta los Edad de Vacunación Recién Nacido	10 años	Vacunas	En vacunados co Penta/DPT  En no vacunado con esquema	on Al Ca s o Al 1 r 1 a 2 tar 1 a	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. o ño de la 2da. o	dosis	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis	Fecha
Vacunas  BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus	Dosis Única Primera Dosis  Segunda Dosis	Recién Nacido  2 meses	10 años	Vacunas	En vacunados co Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis	on Al Ca s o Al 2 tar 1 a 1 a	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. diño de la 3ra. diño de la 4ta. diño de la 4ta. d	dosis dosis dosis	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis	Fecha
Vacunas  BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus	Dosis Única Primera Dosis Segunda	Recién Nacido  2 meses	10 años	Vacunas  Td	En vacunados co Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple	on Al Ca s o Al 1 r 2 tar 1 a s o que só	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. o no de la 2da. o no de la 4ta. do lo tienen 1 do contacto do la 4ta. do lo tienen 1 do contaciones según do contaciones de la 4ta. do lo tienen 1 do contaciones según do contaciones según do contaciones de la 4ta. do lo tienen 1 do contaciones según do	dosis dosis dosis sis SPR	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis	Fecha
Vacuna Vacunas BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV	Dosis Única Primera Dosis Segunda Dosis Tercera Dosis Dosis de	Recién Nacido  2 meses  4 meses  6 meses	10 años	Vacunas  Td	En vacunados con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado	trir de los	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. oño de la 2da. oño de la 4ta. do tienen 1 dos sinternacionas pacientes de 1	dosis dosis dosis sis SPR ales	Dosis Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis	Fecha
Vacunas  BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente SPR AA	Dosis Única Primera Dosis  Segunda Dosis  Tercera Dosis	A meses  12 meses (1 año)	10 años	Vacunas  Td  SR  AA	En vacunados con Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado Vacunas para	on Al Ca s o Al 1 a 1 a 1 a s o que só s o viajero a grupos de	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. o ño de la 2da. o ño de la 4ta. do tienen 1 dos sinternacionas pacientes de la bajadores de la bajadores de la dio tienes de la bajadores de la bajadores de la caciones de la bajadores de la caciones de la	dosis dosis dosis sis SPR ales riesgo y situaciones o	Posis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis Una dosis ara. Dosis	Fecha
Vacun Vacunas BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente SPR AA OPV	Dosis  Vinica  Primera Dosis  Segunda Dosis  Tercera Dosis  Dosis de Esquema  Primer	Recién Nacido  2 meses  4 meses  6 meses	To años Fecha	Vacunas  Td	En vacunados con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado	trir de los	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. o ño de la 2da. o ño de la 4ta. do tienen 1 dos sinternacionas pacientes de la bajadores de la les, inmunos	dosis dosis dosis sis SPR ales riesgo y situaciones o	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis especiales 1ra. Dosis 2da. Dosis	Fecha
Vacunas Vacunas BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente SPR AA OPV DPT	Dosis  Vinica  Primera Dosis  Segunda Dosis  Tercera Dosis  Dosis de Esquema  Primer Refuerzo	A meses  12 meses  12 meses  12 meses  13 meses (1 año)  18 meses (0 un año	To años Fecha	Td SR AA HB	En vacunados cor Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado Vacunas para	trir de los	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. o no de la 2da. o no de la 4ta. do tienen 1 do si internacionas pacientes de la abajadores de la les, inmuno cientes con indicaciones os contactos de la des con indicaciones de la descripción de la descr	dosis dosis dosis losis sis SPR ales riesgo y situaciones e salud: pacientes deprimidos y dicación específica	Posis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis Una dosis ara. Dosis	Fecha
Vacun Vacunas BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente SPR AA OPV	Dosis  Vinica  Primera Dosis  Segunda Dosis  Tercera Dosis  Dosis de Esquema  Primer	A meses  12 meses  12 meses  12 meses  13 meses  14 meses  15 meses  16 meses  16 meses  17 meses  18 meses (0 un año después de la 3° dos	To años Fecha	Vacunas  Td  SR  AA	En vacunados cor Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado Vacunas para En no vacunado con penta	on Al Ca S o Al 1 a 1 a 1 a S o que só S o viajero a grupos do Tr. rep pa alud: adult	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. do no de la 2da. do no de la 4ta. do tienen 1 dos sinternacionas pacientes de la ales, inmuno de cientes con incos mayores; en	dosis dosis dosis losis sis SPR ales riesgo y situaciones e salud: pacientes deprimidos y dicación específica	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis especiales 1ra. Dosis 2da. Dosis	Fecha  S S S S S S S S S S S S S S S S S S S
Vacun Vacunas BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente SPR AA OPV DPT OPV	Dosis  Única  Primera Dosis  Segunda Dosis  Tercera Dosis  Dosis de Esquema  Primer Refuerzo  Segundo	A meses  12 meses  12 meses  12 meses  13 meses (1 año)  18 meses (0 un año	To años Fecha	Td  SR  AA  HB  Anti	En vacunados cor Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado Vacunas para En no vacunado con penta	on Al Ca S o Al 1 a 1 a 1 a S o que só S o viajero a grupos do Tr. rep pa alud: adult	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. do no de la 2da. do no de la 4ta. do tienen 1 dos sinternacionas pacientes de la ales, inmuno de cientes con incos mayores; en	dosis dosis dosis losis sis SPR ales riesgo y situaciones o salud: pacientes deprimidos y dicación específica fermos crónicos;	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis especiales 1ra. Dosis 2da. Dosis	Fecha  S S S S S S S S S S S S S S S S S S S
Vacun Vacunas BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente SPR AA OPV DPT OPV DPT	Dosis  Segunda Dosis  Tercera Dosis  Dosis de Esquema  Primer Refuerzo  Segundo Refuerzo	A meses  12 meses  12 meses  12 meses  13 meses  14 meses  15 meses  16 meses  16 meses  17 meses  18 meses (0 un año después de la 3° dos	To años Fecha	Vacunas  Td  SR  AA  HB  Anti Influenza	En vacunados cor Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado Vacunas para  En no vacunado con penta  Trabajadores de sinmunodeprimido	on Al Ca S O Al 1 a 1 a 1 a S O que só s o viajero a grupos do Tr. rep pa alud: adult as; embara:	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. do não de la 3ra. do não de la 4ta. do tienen 1 do sinternacionas pacientes de la ales, inmuno ocientes con incos mayores; en cadas y grupos	dosis dosis dosis dosis sis SPR ales riesgo y situaciones e deprimidos y dicación específica fermos crónicos; de riesgo específicos	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis especiales 1ra. Dosis 2da. Dosis	Fecha S S S S S S S S S S S S S S S S S S S
Vacun Vacunas BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente SPR AA OPV DPT OPV DPT SPR	Dosis  Segunda Dosis  Tercera Dosis  Dosis  Dosis  Primera Cosis  Cosis  Dosis  Dosis de Esquema  Primer Refuerzo  Segundo Refuerzo  Refuerzo	A meses  12 meses  12 meses  12 meses  13 meses  14 meses  4 meses	To años Fecha	Vacunas  Td  SR  AA  HB  Anti Influenza	En vacunados cor Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado Vacunas para  En no vacunado con penta  Trabajadores de sinmunodeprimido  Según indicació:	trir de los Ind On Al Ca S O Ir I a I a I a I a S O que só S O viajero a grupos d Tr. rei pa alud: adult ss; embara:	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. do não de la 3ra. do não de la 4ta. do tienen 1 do sinternacionas pacientes de la ales, inmuno ocientes con incos mayores; en cadas y grupos	dosis dosis dosis losis sis SPR ales riesgo y situaciones o salud: pacientes deprimidos y dicación específica fermos crónicos;	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis especiales 1ra. Dosis 2da. Dosis	Fecha  S S S S S S S S S S S S S S S S S S S
Vacun Vacunas BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente SPR AA OPV DPT OPV DPT SPR	Dosis Única Primera Dosis Segunda Dosis Tercera Dosis Dosis de Esquema Primer Refuerzo Segundo Refuerzo Refuerzo Primera Segunda Refuerzo	A meses  12 meses  12 meses  12 meses  13 meses (1 año)  18 meses (0 un año después de la 3º dos  4 años  6 a 17 meses  6 a 17 meses  18 a 23 meses	To años Fecha	Vacunas  Td  SR  AA  HB  Anti Influenza	En vacunados cor Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado Vacunas para  En no vacunado con penta  Trabajadores de sinmunodeprimido	trir de los Ind On Al Ca S O Ir I a I a I a I a S O que só S O viajero a grupos d Tr. rei pa alud: adult ss; embara:	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. do não de la 3ra. do não de la 4ta. do tienen 1 do sinternacionas pacientes de la ales, inmuno ocientes con incos mayores; en cadas y grupos	dosis dosis dosis dosis sis SPR ales riesgo y situaciones e deprimidos y dicación específica fermos crónicos; de riesgo específicos	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis Una dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 3ra. Dosis	Fecha S S S S S S S S S S S S S S S S S S S
Vacun Vacunas  BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente SPR AA OPV DPT OPV DPT SPR	Dosis  Segunda Dosis  Vercera Dosis  Tercera Dosis  Dosis de Esquema  Primer Refuerzo Segundo Refuerzo Refuerzo Primera Segunda	A meses  12 meses  12 meses  12 meses  13 meses  14 moses  14 moses  15 meses  16 meses  17 meses  4 meses  4 moses  18 meses (0 un año después de la 3° dos	To años Fecha	Vacunas  Td  SR  AA  HB  Anti Influenza	En vacunados cor Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado Vacunas para  En no vacunado con penta  Trabajadores de sinmunodeprimido  Según indicació:	trir de los Ind On Al Ca S O Ir I a I a I a I a S O que só S O viajero a grupos d Tr. rei pa alud: adult ss; embara:	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. do não de la 3ra. do não de la 4ta. do tienen 1 do sinternacionas pacientes de la ales, inmuno ocientes con incos mayores; en cadas y grupos	dosis dosis dosis dosis sis SPR ales riesgo y situaciones e deprimidos y dicación específica fermos crónicos; de riesgo específicos	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis Una dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 3ra. Dosis	Fecha  S S S S S S S S S S S S S S S S S S S
Vacun Vacunas BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente SPR AA OPV DPT OPV DPT SPR Anti Influeza	Dosis Única Primera Dosis  Segunda Dosis  Tercera Dosis  Dosis de Esquema  Primer Refuerzo  Segundo Refuerzo  Refuerzo Primera Segunda Refuerzo Refuerzo Refuerzo	A meses  12 meses  12 meses  12 meses  13 meses  14 moses  14 moses  15 meses  16 meses  17 meses  18 a 23 meses  24 a 35 meses	is)	Vacunas  Td  SR  AA  HB  Anti Influenza Otras	En vacunados con Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado Vacunas para  En no vacunado con penta  Trabajadores de sinmunodeprimido  Según indicació de riesgo definido	retir de los Ind On Al Ca S O Ir I a I a I a I a S O que só S O viajero a grupos d Ir rei pa alud: adult ss; embara:	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. do não de la 3ra. do não de la 4ta. do tienen 1 do sinternacionas pacientes de la ales, inmuno ocientes con incos mayores; en cadas y grupos	dosis dosis dosis dosis sis SPR ales riesgo y situaciones e deprimidos y dicación específica fermos crónicos; de riesgo específicos	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis Una dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 3ra. Dosis	Fecha S S S S S S S S S S S S S S S S S S S
Vacunas Vacunas BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente SPR AA OPV DPT OPV DPT SPR Anti Influeza	Dosis Única Primera Dosis  Segunda Dosis  Tercera Dosis  Dosis de Esquema  Primer Refuerzo Segundo Refuerzo Refuerzo Primera Segunda Refuerzo Refuerzo Refuerzo Refuerzo Refuerzo Refuerzo Refuerzo Refuerzo Refuerzo	A meses  12 meses  12 meses  12 meses  12 meses  13 meses  14 moses  14 moses  15 meses  16 meses  17 meses  18 meses  18 a 23 meses  24 a 35 meses  18 GÍNECO-OBST	Fecha  is)  ÉTRICOS	Vacunas  Td  SR  AA  HB  Anti Influenza  Otras	En vacunados co Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado Vacunas para  En no vacunado con penta  Trabajadores de scinmunodeprimido de riesgo definido.	tritr de los Ind On Al Ca Al S O 1 r 1 a 1 a S O que só S O viajero a grupos de a grupos de a grupos de ca gr	10 años según icaciones os 10 años contacto nes de la 1ra. o no de la 2da. o no de la 4ta. do tienen 1 do si internaciona pacientes de la ales, inmuno cientes con incos mayores; en cadas y grupos	dosis dosis dosis dosis losis sis SPR ales riesgo y situaciones o salud: pacientes deprimidos y dicación específica de riesgo específicos nforme a criterios	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis Una dosis 2da. Dosis 1 por año	Fecha  Signature of the control of t
Vacun Vacunas BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente SPR AA OPV DPT OPV DPT SPR Anti Influeza	Dosis  Segunda Dosis  Vinica  Primera Dosis  Segunda Dosis  Tercera Dosis  Dosis de Esquema  Primer Refuerzo  Segundo Refuerzo Primera Segunda Refuerzo Refuerzo Refuerzo Refuerzo  Refuerzo Refuerzo Refuerzo Refuerzo Refuerzo Refuerzo Refuerzo Refuerzo Refuerzo	A meses  12 meses  12 meses  12 meses  12 meses  13 meses  14 moses  14 moses  15 meses  16 meses  17 meses  18 meses  19 meses  10 meses  10 meses  11 meses  12 meses  13 meses  14 años  15 meses  16 a 17 meses  18 a 23 meses  18 a 23 meses  18 a 23 meses  18 a 23 meses  24 a 35 meses	Fecha  is)  ÉTRICOS  mo G	Vacunas  Td  SR  AA  HB  Anti Influenza  Otras  Aplica	En vacunados cor Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado Vacunas para  En no vacunado con penta  Trabajadores de sinmunodeprimido  Según indicació de riesgo definido  No Aplica	retir de los Ind On Al Ca S O Ir I a I a I a I a S O que só S O viajero a grupos de S o ree pa alud: adult os; embara:	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. do não de la 2da. do não de la 3ra. do não de la 4ta. do lo tienen 1 dos sinternaciones pacientes de la labajadores de	dosis des deprimidos y dicación específica de riesgo específicos de riesgo específicos de riesgo específicos	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis 2da. Dosis 1 por año	Fecha  Signature of the control of t
Vacunas Vacunas BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente SPR AA OPV DPT OPV DPT SPR Anti Influeza  34. ANTECI Estadío de Tan Menopausia	Dosis Única Primera Dosis  Segunda Dosis  Tercera Dosis  Dosis de Esquema Primer Refuerzo Segundo Refuerzo Primera Segunda Refuerzo	A meses  12 meses  12 meses  12 meses  12 meses  13 meses  14 moses  14 moses  15 meses  16 meses  17 meses  18 meses  18 a 23 meses  24 a 35 meses  24 a 35 meses  25 GÍNECO-OBST  16 mesta los  18 meses  18	ÉTRICOS  mo G  miva: Si No	Vacunas  Td  SR  AA  HB  Anti Influenza  Otras  Otras  P_ C  CQué M	En vacunados co Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado Vacunas para En no vacunado con penta  Trabajadores de sinmunodeprimido de riesgo definido de riesgo definido No Aplica  A FUM / étodo?	retir de los Ind On Al Ca S O Ir I a I a I a I a S O que só S O viajero a grupos de S o ree pa alud: adult os; embara:	10 años según icaciones os 10 años da 10 años contacto nes de la 1ra. do não de la 2da. do não de la 3ra. do não de la 4ta. do lo tienen 1 dos sinternaciones pacientes de la labajadores de	dosis des deprimidos y dicación específica de riesgo específicos de riesgo específicos de riesgo específicos	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis 2da. Dosis 1 por año	Fecha  Signature of the control of t
Vacun Vacunas Vacunas BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente SPR AA OPV DPT OPV DPT SPR Anti Influeza  34. ANTECI Estadío de Tan Menopausia Cirugía Pelvian	Primer Refuerzo Refue	A meses  12 meses  12 meses  12 meses  12 meses  13 meses  14 moses  14 moses  15 meses  16 meses  17 meses  18 meses  18 a 23 meses  24 a 35 meses  24 a 35 meses  25 GÍNECO-OBST	ÉTRICOS  mo G  iiva: Si  No	Vacunas  Td  SR  AA  HB  Anti Influenza  Otras  Chaptica  P C  CQué M	En vacunados co Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado Vacunas para  En no vacunado con penta  Trabajadores de scinmunodeprimido de riesgo definido de riesgo definido No Aplica  A FUM / étodo?	tritr de los Ind On Al Ca Al S O 1 r 1 a 1 a 1 a S O que só S O viajero a grupos de grupos de a grupos	10 años según icaciones os 10 años contacto nes de la 1ra. o no de la 2da. o no de la 4ta. do tienen 1 do si internaciona pacientes de la ales, inmuno cientes con incomadas y grupos co tratante con formada de la contacto de la cont	dosis dosis dosis dosis losis sis SPR ales riesgo y situaciones e salud: pacientes deprimidos y dicación específica de riesgo específicos nforme a criterios	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis Una dosis 2da. Dosis 1 por año 1 por año  / _ FUA _ N° de Pa	Fecha  Signature of the second
Vacun Vacunas  BCG OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente Rotavirus OPV Pentavalente SPR AA OPV DPT OPV DPT SPR Anti Influeza  Stadio de Tan Menopausia Cirugía Pelvian PAP a) Fecha	Segunda Dosis  Dosis Segunda Dosis  Tercera Dosis  Dosis de Esquema  Primer Refuerzo  Segundo Refuerzo  Refuerzo  Primera  Segunda Dosis  Primer Refuerzo  Refuerzo  Primera  Segunda Refuerzo	A meses  12 meses  12 meses  12 meses  12 meses  13 meses  14 moses  14 moses  15 meses  16 meses  17 meses  18 meses  18 a 23 meses  24 a 35 meses  24 a 35 meses  25 GÍNECO-OBST  16 mesta los  18 meses  18	ÉTRICOS  moG  iva: Si  \( \) No	Vacunas  Td  SR  AA  HB  Anti Influenza  Otras  Aplica  PC  Colposcopi	En vacunados co Penta/DPT  En no vacunado con esquema incompleto - iniciar o comple 5 dosis  En no vacunado En no vacunado Vacunas para En no vacunado con penta  Trabajadores de scinmunodeprimido de riesgo definido de riesgo definido No Aplica  A FUM / étodo?	tritr de los Ind On Al Ca S O 1 r 1 a 1 a 1 a S O que só S O viajero a grupos do Tr. rep pa alud: adult as; embara:	10 años según icaciones os 10 años contacto nes de la 1ra. o no de la 2da. o no de la 4ta. do tienen 1 do si internaciona pacientes de la ales, inmuno cientes con incomadas y grupos co tratante con formada de la contacto de la cont	dosis dosis dosis dosis losis sis SPR ales riesgo y situaciones e salud: pacientes deprimidos y dicación específica de riesgo específicos nforme a criterios	Dosis Refuerzo Refuerzo 1ra. Dosis 2da. Dosis 3ra. Dosis 4ta. Dosis 5ta. Dosis Una dosis Una dosis Una dosis 2da. Dosis 1 por año 1 por año  / _ FUA _ N° de Pa	Fecha  Signature of the second

14

21

14

28 7 Cantidad

	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •										
35. DATO	OS DEL PADE	RE		O Aplica	O No Apli	ca					
_	o (s) y Nombre							_			
2. Docum	ento de Identi	ficación:	1. O C. I	dentidad 2.	Pasaporte No	, U			○ No Porta 4. ○	No tiene 5. O	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. O Si 2. O No											
	, especificar										
36. DATO	OS DE LA MA	DRE		O Aplica	O No Aplio	ca					
_	o (s) y Nombre										
2. Docum	ento de Identi	ficación:	1. O C. I	dentidad 2.C	Pasaporte No	· LLLLI			⊃No Porta 4. 🤇	No tiene 5.	○ No se conoce
3. Edad:	4. Esta	do Civil:	1. Sol	tera 2.	Casada 3.	Viuda 4.	Unida 5.	Separ	ada 6. Divor	ciada 7. N	Io se sabe
5. Escolar	ridad:			6. Ocu	pación:		7	Asun	ne el sustento d	le la familia:	1. ○ Si 2. ○ No
8. Otro	, especificar										
	CEDENTES I			O Aj	plica O No	Aplica					
1. FUM		_	_	o Nº 4	de Controle	a Duanata	oles D	6.	Test de Coon	nbs Indirec	to
2. NÚME				_					Resultado		Fecha
Gestación	Partos	Abo	rtos		a. Consulta			7•	Recibió Inm	ınoglobuliı	na Anti D(Rh)
·								- 1.	. Si 2. No	Fecha_	
8. PATOI	LOGÍAS: 8.1	. Pre-ex	xistente	es: 1. O Hipe	ertensión Cró	onica 2.	○ Diabetes Me	ellitus	3. O Cardiopa	atías 4.	○ Nefropatías
		5.○ l	Epilepsia	a 6. Psi	iquiátricas	7.○ Inmu	ınológicas 8	3. <sub>O</sub> O	tros, especifica	r	
	8.2	2. Durar	ite el Ei	mbarazo:	1. Pre ecla	mpsia 2.	⊃ Eclampsia		3.○ Infecció	n Urinaria 4.,	⊖ Hemorragia
	¿Cua	ándo?		5. 〇 Diab	etes Gestacio	onal 6.	Otros, espec	ificar_			
9. INGEST	A DE MEDICA	MENTO	S Y/O TO	ÓXICOS							
10. CORT 11. VACU	TICOIDES AN NAS DE LA I	TENAT MADRE	ALES:	1. Comp	leto 2.⊖ Inc	completo	(Semana	Inicio	) 3. Ning		/c
Fecha	Td		SR	A	A	нв	Anti Influe	ıza		Otros	
1ra. Dosis											
2DA. Dosis											
3ra. Dosis 1er. Ref.											
2DO. Ref.											
12.INFEC PERIN	CIONES ATALES	Labor Si	ratorio No	Fecha		Resultad	lo		Tratami	ento	Fecha
1. Sifilis											
2. VIH 3. Toxoplas	mosis										
4.Citomega		1									
5. Hepatitis											
6. Chagas											
7. Rubeola 8. Dengue											
9. Tubercul	osis										
10. Otros, es	specificar										
13. PART						_					0.0
1.Lugar de Nacimien	to:	<b>3. Tipo</b> 1. ○ V	de Part <sup>7</sup> aginal		i <b>stido por:</b> ⁄Iédico/a	5. Aneste					<b>8. Condición:</b> 1 Estable
ı∩ Institu			nstrume	ntal $[2.]$	Obstetra	Tipo:			nea 1.∩ Claro		2 Crítica
2 Domic 3 Otro_		1.1 () 11		$\sim$							3⊖ Fallecida
	ciliario			— 3.○ I	Enfermero/a	1. Perio	dural 20 Art	ificial	0.1	lo	~
_	ciliario ————————————————————————————————————	2. <sub>O</sub> Ce	esárea	4. O	Auxiliar	1. Perio	dural 2 Arti uídea	ificial	$\begin{array}{c} 2.1 \bigcirc S_{0} \\ 2.2 \bigcirc M \end{array}$	lo anguinolento econial	9. Conoció a
2. Tipo de	ciliario	2. <sub>O</sub> Ce		4.0	Auxiliar	1. Perio	dural 2 Arti uídea	ificial _//	0.1	lo anguinolento econial	9. Conoció a su Hijo/a: 1.○ No
2. Tipo de 1. Único	Nacimiento: 2. Múltiple	2. Ce Motivo	esárea	4. O A 5. O C	Auxiliar Otro	1. Perio 2. Raq 3. Gen	dural 2 Art uídea eral Fecha_ Hora	ificial //	2.1 O So 2.2 O M 2.3 O Pt	lo anguinolento econial	9. Conoció a su Hijo/a:
2. Tipo de 1. Único 10. La ma	Nacimiento: 2. Múltiple adre se encue	2. Ce Motivo	esárea	4. O 4 5. O 0	Auxiliar Otro pital 2	1. ○ Perio 2. ○ Raq 3. ○ Gen	dural 2 Artuídea eral Hora	ificial //	2.1 O So 2.2 O M 2.3 O Pt	lo anguinolento econial	9. Conoció a su Hijo/a: 1.○ No
2. Tipo de 1. Único 10. La ma	Nacimiento: 2. Múltiple	2. Ce Motivo	esárea : 1. Ciene pu	4. 6 5. 6 Mismo Hos	Auxiliar Otro pital 2	1. Perio 2. Raq 3. Gen Otro Hosp	dural 2 Art uídea eral Fecha_ Hora_ ital 3. Do 2. No	ificial //	2.1 O So 2.2 O M 2.3 O Pt	lo anguinolento econial	9. Conoció a su Hijo/a: 1.○ No
2. Tipo de 1. Único 10. La ma	Nacimiento: 2. Múltiple  dere se encue	2. Ce Motivo	esárea : 1. Ciene pu	4. O 4 5. O 0	Auxiliar Otro pital 2	1. ○ Perio 2. ○ Raq 3. ○ Gen	dural 2 Art uídea eral Fecha_ Hora_ ital 3. Do 2. No	ificial //	2.1 O So 2.2 O M 2.3 O Pt	lo anguinolento econial ırulento	9. Conoció a su Hijo/a: 1.○ No
2. Tipo de 1. Único 10. La ma 37.2. DAT 2. Peso al	Nacimiento: 2. Múltiple  dere se encue	2. Ce Motivo	esárea : 1. Ciene pu 3. Tal	4. O A 5. O O Mismo Hos ulsera de io	Auxiliar Otro  pital 2.  dentificació  4. Perím	1. Perio 2. Raq 3. Gen Otro Hosp on 1. Si	dural 2 Art uídea eral Fecha_ Hora_ ital 3. Do 2. No	ificial //	2.1 \( \) So 2.2 \( \) M 2.3 \( \) Po 4. Otros_	lo anguinolento econial ırulento	9. Conoció a su Hijo/a: 1. No 2. Si
2. Tipo de 1. Único 10. La ma 37.2. DA 2. Peso al 6. Edad G 7. Salud I	Nacimiento: 2. Múltiple  dre se encue  FOS DEL RN  nacer  Gestacional  Fetal compro	2. Ce Motivo	: 1	Mismo Hos  Ilsera de id  Test de Capu  Si 7.20	Auxiliar Otro  pital 2.  dentificació  4. Perím arro 6.2	1. Perio 2. Raq 3. Gen Otro Hosp on 1. Si metro Cefá	dural 2 Art uídea eral Fecha Hora  ital 3. Do alico  allard 6.3	omicili  5 Por F	2.1 \( \) So 2.2 \( \) M 2.3 \( \) Pt (0 4. Otros	do anguinolento econial irulento 5' Ecografía 1E	9. Conoció a su Hijo/a: 1. No 2. Si
2. Tipo de 1. Único 10. La ma 37.2. DAT 2. Peso al 6. Edad G 7. Salud I	Nacimiento: 2. Múltiple  dre se encue  FOS DEL RN  nacer  Gestacional  Fetal compro	2. Ce Motivo	: 1	Mismo Hos  Ilsera de id  Test de Capu  Si 7.20	Auxiliar Otro  pital 2.  dentificació  4. Perím arro 6.2	1. Perio 2. Raq 3. Gen Otro Hosp on 1. Si metro Cefá	dural 2 Art uídea eral Fecha Hora  ital 3. Do alico  allard 6.3	omicili  5 Por F	2.1 \( \) So 2.2 \( \) M 2.3 \( \) Pt (0 4. Otros	do anguinolento econial irulento 5' Ecografía 1E	9. Conoció a su Hijo/a: 1. No 2. Si
2. Tipo de 1. Único 10. La ma 37.2. DAT 2. Peso al 6. Edad G 7. Salud I 8. Primer	Nacimiento: 2. Múltiple  Adre se encue  FOS DEL RN  I nacer  Gestacional  Fetal comprora Valoración	2. Ce Motivo	: 1. O  Tiene pu  3. Tal  6.1 7  : 7.1 O S  ianosis	Mismo Hos  lla  Test de Capu  3: 7.2 1  2. SDR	Auxiliar Otro  pital 2.  dentificació  4. Perím nro 6.2  No 3.  Palidez	1. Perio 2. Raq 3. Gen  Otro Hosp  on 1. Si  netro Cefá  Test de Ba  4. Diure	dural 2 Art uídea eral Fecha Hora  ital 3. Do alico  allard 6.3	omicili  5 Por F	2.1 \( \) So 2.2 \( \) M 2.3 \( \) Pt (0 4. Otros	do anguinolento econial irulento 5' Ecografía 1E	9. Conoció a su Hijo/a: 1. No 2. Si
2. Tipo de 1. Único 10. La ma 37.2. DAT 2. Peso al 6. Edad G 7. Salud B 8. Primer	Nacimiento: 2. Múltiple  dre se encue  TOS DEL RN  nacer  Gestacional  Fetal comprora Valoración	2. Ce Motivo	3. Tal 6.1 3: 7.1 Sianosis	Mismo Hos  ulsera de io  lla  Test de Capu  3i 7.2 1  2. SDR	Auxiliar Otro  pital 2.  dentificació  4. Perím nro 6.2  No 3.  Palidez  No Aplica	Otro Hosp on 1. Si netro Cefá Test de Ba	dural 2 Art uídea eral Fecha_ Hora_ ital 3. Do 2 No alico	5. 1	2.1 \( \) Si 2.2 \( \) M 2.3 \( \) Pt  10 4. Otros  1. Apgar: 1'  TUM 6.4  Eliminación de l	do Anguinolento econial urulento  5' Ecografía 1E	9. Conoció a su Hijo/a: 1. No 2. Si  r. trimestre  Tono Muscular
2. Tipo de 1. Único 10. La ma 37.2. DA7 2. Peso al 6. Edad G 7. Salud l 8. Primer 38. TAM1 1. TSH: 1.	Nacimiento: 2. Múltiple  dre se encue  TOS DEL RN  nacer  Gestacional  Fetal comprora Valoración	2. Ce Motivo  entra en  1. T  metida: 1: 1. C  ATAL  nal 1.2. C	3. Tal 6.1 3: 7.1 Sianosis	Mismo Hos  ulsera de io  lla  Test de Capu  3i 7.2 1  2. SDR	Auxiliar Otro  pital 2.  dentificació  4. Perím nro 6.2  No 3.  Palidez  No Aplica  lanina: 1.	Otro Hosp on 1. Si netro Cefá Test de Ba	dural 2 Art uídea eral Fecha_ Hora_ ital 3. Do 2. No illico alico esis (1ra. 6 hs.)	5. 1	2.1 \( \) Si 2.2 \( \) M 2.3 \( \) Pt  0 4. Otros  1. Apgar: 1'  2. TIR: 1. \( \) Si	do Anguinolento econial urulento  5' Ecografía 1E	9. Conoció a su Hijo/a: 1. No 2. Si  r. trimestre  Tono Muscular
2. Tipo de 1. Único 10. La ma 37.2. DA7 2. Peso al 6. Edad G 7. Salud l 8. Primer 38. TAM1 1. TSH: 1. (2. (	Nacimiento: 2. Múltiple  Indre se encue  FOS DEL RN  Inacer  Gestacional  Fetal compro ra Valoración  ZAJE NEON	2. Ce Motivo  entra en  1. T  metida: 1: 1. C  ATAL  atos	: 1. Oriene pu  3. Tal  6.1 Oriene pu  3. Tal  Anorma	Mismo Hos  Ilsera de id  Fest de Capu  Si 7.2 N  2. SDR  Aplica	Auxiliar Otro  pital 2.  dentificació  4. Perím nro 6.2  No 3.  Palidez  No Aplica  lanina: 1.  2.  5. Visual: 1	Otro Hosp  Otro Hosp	dural 2 Art uídea eral Fecha_ Hora_ ital 3. Do lico Illard 6.3 esis (1ra. 6 hs.) emal 1.2. And datos	omicili  5.  Por F	2.1 \( \) Si 2.2 \( \) M 2.3 \( \) Pt  0 4. Otros  1. Apgar: 1'  2. UM 6.4  Eliminación de I  3. TIR: 1. \( \) Si 2. \( \) N	Lografía 1E  Meconio 6.	9. Conoció a su Hijo/a: 1. No 2. Si  r. trimestre  Tono Muscular
2. Tipo de 1. Único 10. La ma 37.2. DA7 2. Peso al 6. Edad G 7. Salud l 8. Primer 38. TAM1 1. TSH: 1. (2. (	Nacimiento: 2. Múltiple  Idre se encue  TOS DEL RN  I nacer  Gestacional  Fetal compro ra Valoración  ZAJE NEON  No 3. Sin d	2. Ce Motivo  Intra en  1. T  Intra en  1. T  ATAL  atos  Norma	3. Tal 6.1 7.1 Sianosis Anorma	Mismo Hos  Ilsera de id  Fest de Capu  Si 7.2 N  2. SDR  Aplica	Auxiliar Otro  pital 2.  dentificació  4. Perím nro 6.2  No 3.  Palidez  No Aplica  lanina: 1.  2.  5. Visual: 1	Otro Hosp  Otro Hosp	dural 2 Art uídea eral Fecha_ Hora_ ital 3. Do 2 No alico Ano esis (1ra. 6 hs.)	omicili  5.  Por F	2.1 \( \) Si 2.2 \( \) M 2.3 \( \) Pt  0 4. Otros  1. Apgar: 1'  2. UM 6.4  Eliminación de I  3. TIR: 1. \( \) Si 2. \( \) N	Lografía 1E  Meconio 6.	9. Conoció a su Hijo/a: 1. No 2. Si  r. trimestre  Tono Muscular
2. Tipo de 1. Único 10. La ma 37.2. DA7 2. Peso al 6. Edad G 7. Salud l 8. Primer 38. TAM1 1. TSH: 1. 2. ( 4. Auditive	Nacimiento: 2. Múltiple  Adre se encue  TOS DEL RN  I nacer  Gestacional  Fetal compro ra Valoración  ZAJE NEON  Si 1.1 Norm No 3. Sin d  o: 1. Si 1.1	2. Ce Motivo  entra en  1. T  metida: 1: 1. C  ATAL  nal 1.2. C  atos  Norma  Sin data	: 1. Tiene pu  3. Tal  6.1 Sianosis  Anorma  al 1.2. Cotos	Mismo Hos  Ilsera de id  Fest de Capu  Si 7.2 N  2. SDR  Aplica	Auxiliar Otro  pital 2.  dentificació  4. Perím nro 6.2  No 3.  Palidez  No Aplica  lanina: 1.  2.  5. Visual: 1	Otro Hosp  Otro Hosp	dural 2 Art uídea eral Fecha_ Hora_ ital 3. Do lico Illard 6.3 esis (1ra. 6 hs.) emal 1.2. And datos	omicili  5.  Por F	2.1 \( \) Si 2.2 \( \) M 2.3 \( \) Pt  0 4. Otros  1. Apgar: 1'  2. UM 6.4  Eliminación de I  3. TIR: 1. \( \) Si 2. \( \) N	Lografía 1E  Meconio 6.	9. Conoció a su Hijo/a: 1. No 2. Si  r. trimestre  Tono Muscular
2. Tipo de 1. Único 10. La ma 37.2. DAT 2. Peso al 6. Edad G 7. Salud I 8. Primer 38. TAMI 1. TSH: 1. (2. (4. Auditive) 39. PROM	Nacimiento: 2. Múltiple  Indre se encue  FOS DEL RN  Inacer  Gestacional  Fetal compro ra Valoración  ZAJE NEON  No 3. Sin do  o: 1. Si 1.1  2. No 3.	2. Ce Motivo  intra en  1. T  ometida: 1: 1. C  ATAL  nal 1.2. C  atos  O Norma  Sin dat  LA SALI	: 1. Tiene pu  3. Tal  6.1 Sianosis  Anorma  al 1.2. Cotos	Mismo Hos  lla  Test de Capu  3. SDR  Aplica  Anormal	Auxiliar Otro  pital 2.  dentificació  4. Perím nro 6.2  No 3.  Palidez  No Aplica  lanina: 1.  2.  5. Visual: 1	1. Perio 2. Raq 3. Gen  Otro Hosp  Otro Hosp  Otro Cefá  Test de Ba  4. Diure  Si 1.1 No No 3. Sin . Si 1. 2. No 3	dural 2 Art uídea eral Fecha_ Hora_ ital 3. Do 2 No alico And alico And esis (1ra. 6 hs.)  rmal 1.2. And adatos 1 Normal 1. Sin datos	omicili  For F  5. 1	2.1 \( \) Si 2.2 \( \) M 2.3 \( \) Pt  0 4. Otros  1. Apgar: 1'  2. UM 6.4  Eliminación de I  3. TIR: 1. \( \) Si 2. \( \) N	do anguinolento econial urulento  5' Ecografía 1E  Meconio 6  1.1 \cup Normal o 3. \cup Sin dato	9. Conoció a su Hijo/a: 1. No 2. Si  r. trimestre  Tono Muscular

HC001 N	[°		56								
40. PAT	rolog <sup>1</sup>	ÍAS DE	L/LA RN			1. Prematur		. Bajo Peso Si O No O	3. Asfixia al Si ○ No		OR asoc. meconio
5.Membrar Si O			ert. pulmon	ar 7. Apn	neas No O	8. Neumotó		. Ductus art. tra	tado 10. ECN cor Si O No		iperbilirrubinemia Si○ No ○
12. Malforr	maciones	13. Co	onvulsiones	14.Her	m.Intracranear		alacia 1	6. Alt. Metabólio Si ○ No ○		18. F	<b>IIV perinatal</b> Si ○ No ○
19. Sepsis Si O	i	20. Me	eningitis O No O	21. Os	steoartritis No O	22. Neumor Si O No	nía 2	3.Infección Urir Si○ No○	aria 24. Retinop Si O N	patía 25. C	Otros Si O No O
Detalles	S:										
11 ANT	PECEDI	ENTES	ATIMEN	TADIOS	Anlieg	No Anli	20				
_			rna Exclus		Aplica	No Apli		al Edad de Ir	nicio <b>2.</b> A		
3. Alim		_		nva (ciciii <sub>r</sub>		_2. 111111111		di Duna ao		10140140101	
42. DES	SARRO	LLO MA	DURAT	IVO	O Aplica	O No Apli	ca				
1. Sonris	a Social_		2. Fija	a y sigue co	n la mirada_		3. Reacción	al Sonido	4. Sosté	n Cefálico	
5. Emite	Sonidos		6. S	entado con	apoyo		7. Sentado	s/apoyo	8. Gate	ea	
9. Parad	lo c/apo	/O		10. (	Camina c/s a	poyo	11.	Garabatea	1:	2. Palabras_	
43. ASPE	CTO G	ENERA	L (ECTO	SCOPIA)							
40		U1 <b>\ 2.2</b>									
					III PAR	TE: EXA	AMEN F	ÍSICO			
44. SIG	NOS VI	TALES	Y DATOS	S ANTRO	POMÉTRIC	cos					
PA Miemb	oros Superio Máx.	ores Min.	Pulsos	FR	FC	T <sup>o</sup> Axilar	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	IMC = <u>Peso</u> (Talla	Circuitterenera
Der.							Kg	cm.	cm.		
Izq. Percent.	<u> </u>						Percent. DE	Percent. DE	Percent. DE		
	-1 ~ Mustr	-i cional	· · · · Not	inna Dagni	-t-minián a C	Diaggo do D	- a-zutnición	2 O Dognuti	rición Moderada	. ∩ Doenu	trición Crayo
45. Estat	ao Nuu	TCIVIIAI	5. O Sobr			Obesidad	esnumenon	3. O Desilud	ricioii moueraua	. 4. ∪ Desnu	tricion Grave
46, CAB	77/7 A		In	specció	n, Palpaci	ón, Percus	sión, Aus	cultación (	I.P.P.A)		
Cráneo: f		ntanela, ta	amaño,								
Ojos: pár motilidad,											
córnea, iri	is, pupila, ojo, etc.	reflejo fo									
Oídos: pa otoscopía	abellón au a: conduct	o auditivo									
externo; n Nariz: fos	sas nasale	es, tabiqu	es,								
cornetes, Amígdala	as y Farir	nge									
Cavidad I	uro, palad	dar blande	o, piso								
bucal, pie	Zas uema	alias, eic.			Permanentes or Derecha				<b>ශ්</b> ෂ්ඛ්්	Dient Supe	es Permanentes erior Izquierda
				Die	ntes Deciduales, d		8	<b>\$</b>	) 🛱 🛱 🛱 Die	entes Deciduales, o	
					Temporales Der	echa	) මූමුල්	(a) (a) (b) (c) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d	@@@@	Temporales Der	echa
					Permanentes or Derecho				9	Dient	es Permanentes rior Izquierdo
					IONES: Sup	erficie cariad	a: color rojo	Superficie ob	turada: color azu	l; Dientes Au	
47. CUEL	nusculare	s, ganglic	os,								
pulso card yugular, e	otideo, ing etc.	gurgitació	n								
Tiroides: etc.	forma, ta	maño, lób	oulos,								
<u> </u>			_								
48. TÓR. Conforma	ación ós										
quilla, ped musculare	es, etc.	·	lieves								
Mamas: 0 Axilas	cuadrante	es									

HC001 N°57	7
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.	
ADDOMENTA DELLAG	
<b>50.</b> ABDOMEN Y PELVIS Aspecto, simetría, lesiones de la	
piel, cicatrices, circulación colateral, ombligo, etc.	
Orificios herniarios, visceromegalias,	
ascitis, ruidos hidroaéreos, etc. <b>Tacto Rectal:</b> pliegues anales, tono	
del esfínter, fisuras, ampolla rectal, parametrios, fondo de saco, etc.	
51. AP. GÉNITO URINARIO	
<ol> <li>Puño percusión, puntos ureterales,</li> <li>Genitales Femeninos</li> </ol>	
Periné, vulva	
Especuloscopía: paredes, cervix, Tacto vaginal: introito; paredes;	
temperatura; cérvix, consistencia <b>Útero:</b> 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.	
Garigilos, riigado, bazo, etc.	
54. APARATO	
OSTEOARTROMUSCULAR	
Columna vertebral: cifosis, lordosis, escoliosis, puntos dolorosos	
apófisis espinosa, etc. <b>Articulación:</b> 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.	

C001 N°	58		
	IV PARTE	: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	
7. IMPRESIÓN DIAG	NÓSTICA		
ecundarios			
ustificación_			
ustificación			
57.1 NOTI	FICACIÓN OBLIGAT	ORIA: 1. OSi 2. ONo	
8. Plan de Trabajo		2. 0 1.0	
o. Flan de Trabajo			
·ratamiento			
.ratamiento			
	FIRMA, ACL	ARACIÓN Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE REA	LIZÓ LA HISTORIA
	V	PARTE: DATOS AL ALTA	
9. DIAGNÓSTICOS A	I ECDEÇO		
g. DIAGNOSTICOS A	L EGRESO		
Diagnóstico Principa	al al Egreso		Códigos CIE-10
Otros Diagnósticos			
a)			
L)			
b)			
c)			
d)_			
u)			
e)			
		O O	
60. TRATAMIENTO 1. TRATAMIENTOS	NEONATAL  Edad 1ra. Dosis	O Aplica O No Aplica	3. CIRUGIA
i. IKAIAMIENIOS	Si No Horas Minut.	2. CUIDADOS RESPIRATORIOS Si No Duración	Si No
1. Surfactante	OO <u>:</u>	1. CPAP pre venil	1. Neurológicos 2. Cardiovasculares
2. Indomet. Profil 3. Indo/ibup.trat.	00	2. Ventilado ET  a CPAP  días horas  días	3. Respiratorios
4. Luminoterapia	00 00	3. Cl Al	4. Abdominales
5. Antibióticos		4. Oxígenodías>28 ddías>28 ddías>28 d	5. Genitourinarias
Esquema	OO días	6. Exanguineotransfusión	6. Osteoartromuscular 7. Otros
6. Amino/cafeína	00	7. Otros, esp.	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
días 7. Alimentación parente	ral OO días		
,parelite	uas		
Detalle			
61. CONDICIÓN AL E	GRESO 62. T	TIPO DE EGRESO	63. ¿Está inscripto
. O Curado/a 2. C	Mejorado/a 1. O	Alta Médica 2. Traslado a otro Establecimiento	en el Registro Civil?
. O Estacionario/a 4. 🤇	Empeorado/a 3.0	Retiro Voluntario 4. O Fuga	
i. ○ Fallecido/a	5. 🔾	Defunción Nº del Certificado de Defunción	1. O Si 2. O No

HC001 N°59		
64. EPICRISIS		
		_
65. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y OBSTÉTRICOS	66. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	67. PROCEDIMIENTOS MÉDICOS
1	1	1
2	2	2
3	3	3
68. Fecha de Egreso: Día	Mes Año Hora y Mi	in.
	FIRMA, ACLARACIO	ÓN Y SELLO DEL MÉDICO AL ALTA