

FICHA CONTROL EMBARAZO

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS

FOR. 488

APELLIDO		DOMICILIO																																	
NOMBRES		DATOS DE CONTACTO																																	
DNI		FECHA DE NACIMIENTO día mes año		ETNIA <input type="radio"/> blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra		ALFABETA <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		ESTUDIOS <input checked="" type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secundario <input type="radio"/> universitario años en el mayor nivel <input type="text"/>		ESTADO CIVIL casada <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input checked="" type="radio"/> otro <input type="radio"/>		Lugar del control perinatal																							
LOCALIDAD		TELEF.		EDAD (años) <input type="text"/> <input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> < de 15 <input type="radio"/> > de 35						Lugar del parto/aborto																									
ANTECEDENTES	FAMILIARES				PERSONALES				OBSTETRICOS				FIN EMBARAZO ANTERIOR																						
	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí TBC <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí diabetes <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí I II G <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí hipertensión <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí inf. urinaria <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí otras infecc. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí otra cond. médica grave <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Inferilidad <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí cardiopat. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí nefropatía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí violencia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí alergia medicamentos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí				gestas previas <input type="text"/> abortos <input type="text"/> vaginales <input type="text"/> nacidos vivos <input type="text"/> viven <input type="text"/> ULTIMO PREVIO n/c <input type="radio"/> < 2500g <input checked="" type="radio"/> normal <input type="radio"/> ≥ 4000g <input checked="" type="radio"/> Antecedentes de gemelares <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí emb. ectópico <input type="text"/> partos <input type="text"/> cesáreas <input type="text"/> nacidos muertos <input type="text"/> muertos 1° sem. <input type="text"/> después 1° sem. <input type="text"/>				día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> menos de 1 año EMBARAZO PLANEADO <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO <input type="radio"/> no usaba <input checked="" type="radio"/> barrera <input checked="" type="radio"/> DIU <input checked="" type="radio"/> hormonal <input checked="" type="radio"/> emergencia <input checked="" type="radio"/> natural																										
GESTACION ACTUAL		PESO ANTERIOR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg		TALLA (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FUM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> día mes año		FPP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> día mes año		EG CONFIABLE por FUM Eco < 20s. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		1° trim. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		2° trim. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		3° trim. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		FUMA ACT. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		FUMA PAS. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		DROGAS <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		ALCOHOL <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		VIOLENCIA <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		ANTIRUBEOLA <input type="radio"/> previa <input type="radio"/> no sabe <input checked="" type="radio"/> embarazo <input checked="" type="radio"/> no		ANTITETANICA <input type="radio"/> vigente <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		EX. NORMAL <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí			
CERVIX		normal <input type="radio"/> anormal <input checked="" type="radio"/> no se hizo <input checked="" type="radio"/>		GRUPO Rh <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> Inmuniz. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>		Yglobulina anti D <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> n/c <input type="radio"/>		TOXOPLASMOSIS <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> no se hizo <input checked="" type="radio"/>		VIH CR <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Hb < 20 sem. <input type="text"/> <input type="text"/> g		Fe/FOLATOS indicados <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Fe <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Folatos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Hb ≥ 20 sem. <input type="text"/> <input type="text"/> g		Fe <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Folatos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		Hb ≥ 20 sem. <input type="text"/> <input type="text"/> g		no treponémica <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> s/d <input checked="" type="radio"/>		Pruera treponémica <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> s/d <input checked="" type="radio"/> n/c <input type="radio"/>		Tratamiento <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> s/d <input checked="" type="radio"/> n/c <input type="radio"/>		Tto. de la pareja <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> s/d <input checked="" type="radio"/> n/c <input type="radio"/>	
CHAGAS		HEPATITIS B <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/>		BACTERIURIA <input type="radio"/> sem. <input type="radio"/> norm. <input checked="" type="radio"/> anorm. <input checked="" type="radio"/> no se hizo <input checked="" type="radio"/>		GLUCEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> ≥ 20 sem. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> ≥ 100 mg/dl <input checked="" type="radio"/>		ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> 35-37 semanas <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		PREPARACION PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		no treponémica <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> s/d <input checked="" type="radio"/> < 20 sem. <input type="text"/> <input type="text"/>		Pruera treponémica <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> s/d <input checked="" type="radio"/> n/c <input type="radio"/> ≥ 20 sem. <input type="text"/> <input type="text"/>		Tratamiento <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> s/d <input checked="" type="radio"/> n/c <input type="radio"/>		Tto. de la pareja <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> s/d <input checked="" type="radio"/> n/c <input type="radio"/>															
ANT. GINECO OBSTÉTRICOS	ANTECEDENTES				ACTUAL				ANTECEDENTES				ACTUAL				FACTOR DE RIESGO				Captación Oportuna														
	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Eclampsia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Preeclampsia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Cirug. Gin-Urinar <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí A.P. Prematuro <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí R.C.I.U. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Hemorragia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Macrosomia Fetal <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Polihidramnios <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí				<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Oligoanmios <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí R.P. Membranas <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Inmuniz <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Colestasis <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Mort. Perinatal Recurrente <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Retención de Placenta <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Distocia de Hombros <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Malform. Congen-Fetos Muertos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí				Embarazo sin contención social <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Familia sin ingresos fijos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Embarazo fuertemente rechazado <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Hijos dados en adopción <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Vivienda sin servicios básicos <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí				Fecha Triple Acelular <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> día mes año Fecha Vacuna Antigripal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> día mes año Fecha Muestra PAP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> día mes año				> 20 Sem. (Única vez)				<input checked="" type="radio"/> > 16 semanas <input type="radio"/> ≤ 16 semanas														

CONSULTAS ANTENATALES

[illegible]

Puerperio: 1° control:

2° control:

Datos del parto: Fecha de nac.: / / . Lugar: Terminación:.....

E.G:semanas Peso:.....gr. APGAR:.....