

APELLIDO Y NOMBRES: EDAD:

OBRA SOCIAL: N°. AFILIADO:

DOMICILIO: TEL:

ESTADO CIVIL: OCUPACION:

Peso anterior: FUM: FPP:

AGO: G: A: PN: Cesáreas: Ultimo: Peso:

PATOLOGIAS DE EMBARAZOS PREVIOS

A.F.F.

HTA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DIABETES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
GEMELARES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

A.P.P.

HTA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DIABETES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CIRIGÍAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ALERGIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

TOXICOS

Tabaco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Alcohol	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
STRAPTOCOCO	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -

CONTROL DE EMBARAZO

GRUPO RH:

FECHA									
E.G.									
A U									
LCF									
MAF									
T.A.									
PESO									
E/V									
OBSERVACIONES									

	1° TRIMESTRE: / /	2° TRIMESTRE: / /	3° TRIMESTRE: / /
G. ROJOS			
HEMOGLOB.			
HTO.			
G. BLANCOS			
CREATININA			
GLUCEMIA			
URICEMIA			
ORINA			
VDRL			
M. GUERREIRO			
TOXO			
VIH			
HEPATITIS B			

EXAMEN MAMARIO

PAP:

COLPO:

ECG: VAL.: PREQUIRÚRGICA HEMOSTASIA

ECOGRAFIAS

	FECHA: / /	FECHA: / /	FECHA: / /
Edad gestacional x FUM			
Edad gestacional x ECO			
Presentación			
Placenta			
L. Amniótico			
LCF			
Observaciones			

OBSERVACIONES

Large empty rectangular box for recording observations.

PUERPERIO _____

