

FICHA CLÍNICA PRENATAL Y PUERPERIO  
(Para servicios sin atención del parto)

NÚMERO DE EXPEDIENTE										
CUI										

DATOS GENERALES

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	DISTRITO
ÁREA DE SALUD	CATEGORÍA CCS <input type="radio"/> PS <input type="radio"/> CS "B" <input type="radio"/> CS "A" <input type="radio"/>

DATOS DE LA EMBARAZADA

NOMBRES	APELLIDOS
DOMICILIO	MUNICIPIO
TERRITORIO	SECTOR
COMUNIDAD	TELÉFONO

FECHA DE NACIMIENTO día mes año	ALFA BETA <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	ESTUDIOS <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/> último año aprobado	PROFESIÓN U OFICIO	ESTADO CIVIL casada <input type="radio"/> unida <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> separada <input type="radio"/> vive sola <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	NOMBRE DEL ESPOSO O CONVIVIENTE	MIGRANTE Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	MUNICIPIO/DEPARTAMENTO/PAÍS	PUEBLO <input type="radio"/> maya <input type="radio"/> garífuna <input type="radio"/> xinca <input type="radio"/> mestizo <input type="radio"/> otro	COMUNIDAD LINGÜÍSTICA
EDAD (años) 14 a 19 <input type="radio"/> < de 14 <input type="radio"/> > de 35 <input type="radio"/>									

COBERTURA IGSS Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	COBERTURA PRIVADA Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	ESPECIFIQUE	VIENE REFERIDA Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿DE DÓNDE?
---	--	-------------	---	------------

ANTECEDENTES <small>Este color significa ALERTA</small>	FAMILIARES No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	PERSONALES No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	genito-urinario <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	cirugía <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	infertilidad <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	cardiopat. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	nefropatía <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	violencia <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	VIH+ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>
	TBC <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	diabetes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	hipertensión <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	preeclampsia <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	eclampsia <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	otra cond. médica grave <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>			

OBSTETRICOS	gestas previas	abortos	vaginales	nacidos vivos	viven	FIN EMBARAZO ANTERIOR día mes año	menos de 1 año <input type="radio"/>
ULTIMO PREVIO N/C <input type="radio"/> < 2500g <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> ≥ 4000g <input type="radio"/>	emb. ectópico <input type="radio"/>	3 espont. consecutivos <input type="radio"/>	partos <input type="radio"/>	cesáreas <input type="radio"/>	nacidos muertos <input type="radio"/>	muertos 1 <sup>ra</sup> sem. <input type="radio"/>	después 1 <sup>ra</sup> sem. <input type="radio"/>
Antecedente de gemelares <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>						EMBARAZO PLANEADO <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	FRACASO METODO ANTICONCEP. no usaba <input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> hormo. <input type="radio"/> natural <input type="radio"/> gencia <input type="radio"/>

FUMA ACT. No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	FUMA PAS. No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	DROGAS No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	ALCOHOL No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	VIOLENCIA No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	EMBARAZO PRODUCTO DE ABUSO SEXUAL Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	GESTACION ACTUAL FPP FUR día mes año	EG CONFIABLE por FUR Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	FICHA DE RIESGO OBSTÉTRICO Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
1 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>o</sup> trimestre	3 <sup>er</sup> trimestre					EG CONFIABLE por USG Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

VACUNAS	PREVIO EMBARAZO	DURANTE EMBARAZO O POSTPARTO
Td y Tdap <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	No. dosis	PRIMERA DOSIS FECHA
Influenza <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	Fecha: día mes año	SEGUNDA DOSIS FECHA
SPR/SR <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	Fecha: día mes año	TERCERA DOSIS FECHA

	PRIMERA ATENCIÓN	SEGUNDA ATENCIÓN	TERCERA ATENCIÓN	CUARTA ATENCIÓN	OTRAS ATENCIONES
FECHA	día mes año	día mes año	día mes año	día mes año	día mes año
HORA	hora min	hora min	hora min	hora min	hora min
MOTIVO DE CONSULTA					

EN CASO DE SIGNOS O SÍNTOMAS DE PELIGRO / CONDICIÓN GRAVE (ESTABILICE, REGISTRE Y LLENE BOLETA DE REFERENCIA)					
HEMORRAGIA VIA VAGINAL					
PALIDEZ					
DOLOR DE CABEZA					
HIPERTENSIÓN					
DOLOR EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO					
TRASTORNOS VISUALES					
FIEBRE					
OTRO					

SI NO PRESENTA SIGNOS O SÍNTOMAS DE PELIGRO, CONTINÚE LLENADO LA FICHA CLÍNICA

EDAD GESTACIONAL				
NOMBRE ACOMPAÑANTE				
NOMBRE Y CARGO ATENDE				

EXAMEN FÍSICO									
PIA									
FC									
FR									
TEMPERATURA									
PERÍMETRO BRAQUIAL									
PESO									
TALLA									
IMC									
EXAMEN BUCODENTAL	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No					<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No			
EXAMEN DE MAMAS	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
EXAMEN OBSTÉTRICO									
ALTURA UTERINA									
FCF									
MOVIMIENTOS FETALES	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
SITUACIÓN FETAL									
PRESENTACIÓN FETAL									
EXAMEN GINECOLÓGICO									
SANGRE O MANCHADO	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
VERRUGAS, HERPES, PAPILOMAS, ÚLCERAS	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
FLUJO VAGINAL	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
OTROS									
LABORATORIOS									
HEMATOLOGÍA	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado
GLICEMIA EN AYUNAS	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado
GRUPO RH	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado
ORINA	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
	Bacteriuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Bacteriuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Bacteriuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Bacteriuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Bacteriuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Bacteriuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Bacteriuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Bacteriuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Bacteriuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Proteinuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Proteinuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Proteinuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Proteinuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Proteinuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Proteinuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Proteinuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Proteinuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Proteinuria <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
HECES	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No resultado
VIH	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado
VDR/LRPR	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado
EN CASO DE PRUEBA DE VDR/LRPR POSITIVO, INDICAR TRATAMIENTO Y TRATAMIENTO PARA LA PAREJA									
TORCH	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado
PAPANICOLAU/ IVAA	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado
HEPATITIS B	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado	+ <input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> resultado
OTROS									
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS									
USG	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
HALLAZGOS DE USG									
ORIENTACIONES									
Plan de emergencia del parto, familiar y comunitario	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Alimentación durante el embarazo	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Señales de peligro	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Importancia de No. de atenciones prenatales	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Pre y post prueba de VIH	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Importancia de tratamiento de ITS a conyuge y/o pareja	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Lactancia Materna	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Planificación Familiar	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Importancia de atención del postparto	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Vacunación y cuidados del niño/a	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Otros									

Este color significa ALERTA

SUPLEMENTACIÓN															
SULFATO FERROSO	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>											
No. DE TABLETAS															
ÁCIDO FÓLICO	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>											
No. DE TABLETAS															
HALLAZGOS															
TRATAMIENTO															
MORBILIDAD DURANTE EL EMBARAZO															
FECHA	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">día</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">mes</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">año</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">     </td> <td style="text-align: center;">   </td> <td style="text-align: center;">     </td> </tr> </table>	día	mes	año				HORA	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">hora</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">min</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">   </td> <td style="text-align: center;">   </td> </tr> </table>	hora	min			MOTIVO DE CONSULTA _____	
día	mes	año													
hora	min														
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL _____															
REVISIÓN POR SISTEMAS _____															
EXAMEN FÍSICO _____															
IMPRESIÓN CLÍNICA _____															
TRATAMIENTO Y/O REFERENCIA _____															
NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA QUE ATIENDE _____															
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL _____															
REVISIÓN POR SISTEMAS _____															
EXAMEN FÍSICO _____															
IMPRESIÓN CLÍNICA _____															
TRATAMIENTO Y/O REFERENCIA _____															
NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA QUE ATIENDE _____															

Este color significa ALERTA

**PUERPERIO**

**PRIMERA ATENCIÓN DEL PUERPERIO**

FECHA	<input type="text" value="día"/> <input type="text" value="mes"/> <input type="text" value="año"/>	HORA	<input type="text" value="hora"/> <input type="text" value="min"/>	<b>EN CASO DE SIGNOS O SÍNTOMAS DE PELIGRO / CONDICIÓN GRAVE (ESTABILICE, REGISTRE Y LLENE BOLETA DE REFERENCIA)</b>	
Signos de peligro y describa					
¿Cuántos días después del parto?				P/A	
¿Dónde fue atendido su parto?				FC	FR
¿Quién le atendió el parto?				Tipo de parto	TEMPERATURA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Recién nacido vivo? <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> no		Tuvo apego inmediato <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> no		Lactancia materna exclusiva <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> no	Herida operatoria
Examen de mamas (describa) _____					
Examen ginecológico (describa hallazgos patológicos y características de loquios, episiorrafia, etc.) _____					
Orientación/Consejería _____					
Impresión clínica _____					
Tratamiento _____					
Nombre y cargo de la persona que atiende:					

**SEGUNDA ATENCIÓN DE PUERPERIO**

FECHA	<input type="text" value="día"/> <input type="text" value="mes"/> <input type="text" value="año"/>	HORA	<input type="text" value="hora"/> <input type="text" value="min"/>	<b>EN CASO DE SIGNOS O SÍNTOMAS DE PELIGRO / CONDICIÓN GRAVE (ESTABILICE, REGISTRE Y LLENE BOLETA DE REFERENCIA)</b>	
Signos de peligro y describa					
¿Cuántos días después del parto?				P/A	
¿Dónde fue atendido su parto?				FC	FR
¿Quién le atendió el parto?				Tipo de parto	TEMPERATURA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Recién nacido vivo? <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> no		Lactancia materna exclusiva <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> no		Herida operatoria	
Examen de mamas (describa) _____					
Examen ginecológico (describa hallazgos patológicos y características de loquios, episiorrafia, etc.) _____					
Orientación/Consejería _____					
Impresión clínica _____					
Tratamiento _____					
Nombre y cargo de la persona que atiende:					

Este color significa ALERTA