

HISTORIA CLINICA PERINATAL

Fecha Ingreso 05 01 24 Hora 0430

Historia Clínica
RUN

Establecimiento N°

Apellidos MARCA Nombres MARCA Actividad DUEÑA DE CASA
 Progenitor JOSE Nombres JOSE Actividad CARPINTERO
 Domicilio _____ Fono _____ Localidad _____
 Consultorio STA JULIA Previsión A B C D Isapre _____ Otros _____

EDAD <u>18</u> Menor 15 <input type="checkbox"/> Mayor 35 <input type="checkbox"/>	ALFABETA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESTUDIOS Ning. <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Básica <input checked="" type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>	Años Aprobados <u>08</u>	ESTADO CIVIL Casada <input checked="" type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	ANTICONCEPCION A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input checked="" type="checkbox"/> ESTADO NUTRICION A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
--	--	---	--------------------------	---	---

ANTECEDENTES		Gestas <u>01</u>		Abortos <u>00</u>		Provocados <input type="checkbox"/> Espontaneos <input type="checkbox"/> Sépticos <input type="checkbox"/>		Molar <input type="checkbox"/> Eptópicos <input type="checkbox"/>		Término último embarazo Mes _____ Año _____			
FAMILIARES NO SI Diabetes <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TBC Pulmonar <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		PERSONALES NO SI Diabetes <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TBC Pulmonar <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Ninguno o más de 3 partos Algún RN menor de 2500 g Cesárea Anterior		Partos <u>00</u>		Vaginales <input type="checkbox"/> Cesáreas <input type="checkbox"/>		Nacidos vivos <input type="checkbox"/> Nacidos Muertos <input type="checkbox"/>		Viven <input type="checkbox"/> Muertos 1ª Semana <input type="checkbox"/> Muertos despues 1ª Semana <input type="checkbox"/>	
Embarazo deseado No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>													

EMBARAZO ACTUAL		F.U.R. <u>31 03 03</u>		Dudas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		F.P. PARTO Día Mes Año <u>05 01 24</u>		HOSPITALIZACION EMB. ACTUAL N° de Dias _____		GRUPO SANGRE AB RH + <input checked="" type="checkbox"/> Positivo - <input type="checkbox"/> Negativo	
Peso habitual <u>50</u> Kg Peso actual <u>65</u> Kg Talla <u>155</u> cm.		F.U.R. Operacional _____		Estimada <input type="checkbox"/> Paciente <input checked="" type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/>		Edad gest. Ingreso <u>07</u> Sem		Motivo _____		Sensibilizada No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	

Ex. Clínico normal <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ex. mamas normal <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ex. odont. normal <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pelvis normal <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Papanic. normal <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cervix normal <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	VIH <u>04/23</u> <input checked="" type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	VOPL <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/>	HCTO. <u>38%</u>	FUMA <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	N° <input type="checkbox"/>	Cigarrillos por día <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	---	---	--	--	------------------	--	-----------------------------	--

Motivo de consulta GESTANTE CONSULTA POR CUD HACE 4 HORAS.

EXAMEN OBSTETRICO		FC <u>88x'</u>	
Presentación Cef <input checked="" type="checkbox"/> Pod <input type="checkbox"/> Trans. <input type="checkbox"/>		T°C _____ P.A. mm/Hg <u>36,6 90/60</u>	
Altura uterina <u>32</u> cm.		Tono <u>REPOSO</u>	
Encajamiento <u>NO</u>		Dorso <u>IZQ</u>	
Contracciones <u>(+) 2/10</u>		L.C.F. <u>1/10</u>	
CUELLO UTERINO <u>BORRADO</u>		Desaceleraciones No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	
Longitud <u>20</u> cm		Dilatación <u>04</u> cm.	
Membranas <u>INTEGRAS</u>		L. Amniótico <u>(-)</u>	
Posición <u>LET</u>		Plano <u>APYAYADA</u>	
Evaluación Pelvis <u>NO P.M.P.</u>		Comentarios: <u>N/E.</u>	

RESUMEN PATOLOGIAS MATERNAS		
Ninguna <input checked="" type="checkbox"/>	Orden <input type="checkbox"/>	Otras Infec. <input type="checkbox"/>
Emb. múltiple <input type="checkbox"/>	Hipert. previa <input type="checkbox"/>	Rot. pre. memb. <input type="checkbox"/>
Preeclampsia <input type="checkbox"/>	Eclampsia <input type="checkbox"/>	R.C.I.U. <input type="checkbox"/>
Cardiopatía <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Amen. parto prem. <input type="checkbox"/>
Inf. urinaria <input type="checkbox"/>	C.I.E. <input type="checkbox"/>	Desprop. cef. pelv. <input type="checkbox"/>
		Hemorragia 1º trim. <input type="checkbox"/>
		Hemorragia 2º trim. <input type="checkbox"/>
		Hemorragia 3º trim. <input type="checkbox"/>
		Anemia crónica <input type="checkbox"/>
		Hem. puerp. <input type="checkbox"/>
		Alcohol/drogas <input type="checkbox"/>
		Otras <input type="checkbox"/>

Diagnóstico de Ingreso / Indicaciones Primigesta. Adolescente.
EMBA 40 SEM x FUR.
ALERGIA AL METARIZOL Destino PRE - PARTO

Nombre CLAUDIA CORNEJO Firma [Firma] Médico Matrona

Fecha Ingreso 05 01 24 Hora 04 30

HISTORIA CLINICA PERINATAL

Historia Clínica RUN

Establecimiento N°

Apellidos MARCA Nombres MARCA Actividad DUEÑA DE CASA
Progenitor JOSE Nombres JOSE Actividad CARPINTERO
Domicilio STA JULIA Fono Localidad
Consultorio Previsión A X C D Isapre Otros

EDAD 18 ALFABETA SI X NO O ESTUDIOS Ning. O Media O Años Aprobados 08 Casada X Soltera O
Básica X Superior O Conviviente O Otro O
ANTICONCEPCION A D O X ESTADO NUTRICION A X C D

ANTECEDENTES FAMILIARES NO SI PERSONALES NO SI Gestas 01 Abortos 00 Partos 00
Diabetes X TBC Pulmonar X Hipertensión X Alergias X Otros X
Diabetes X TBC Pulmonar X Hipertensión X Alergias X Otros X
Ninguno o más de 3 partos Alguna RN menor de 2500 g Cesárea Anterior
Provocados Espontáneos Sépticos Molar Eptópicos
Vaginales Nacidos vivos Cesáreas Nacidos Muertos
Viven Muertos 1ª Semana Muertos despues 1ª Semana
Embarazo deseado No Si

EMBARAZO ACTUAL Peso habitual 50 Kg Peso actual 65 Kg Talla 155 cm. F.U.R. 31 03 03 Dudas Si No
F.P. PARTO 05 01 24 Edad gest. Ingreso 07 Sem
HOSPITALIZACION EMB. ACTUAL N° de Dias GRUPO SANGRE AB RH + X Positivo - O Negativo
Sensibilizada No Si

Ex. Clínico normal Ex. mamas normal Ex. odont. normal Pelvis normal Papanic. normal Cervix normal VIH 04/23
Si X No Cigarrillos por día

Motivo de consulta GESTANTE CONSULTA POR CUD HACE 4 HORAS.

EXAMEN OBSTETRICO Presentación Cef X Pod O Trans. O T°C 36.6 P.A. mm/Hg 90/60
Altura uterina 32 cm. Tono REPOSO
Encajamiento 10 Dorso IZQ
Contracciones (+) 2/10 L.C.F. 110/10
CUELLO UTERINO BORRADO 50% Desaceleraciones No X Si O
Longitud 20 cm Dilatación 0.4 cm.
Membranas INTEGRAS L. Amniótico (-)
Posición LEF Plano APOYADA
Evaluación Pelvis NORMAL
Comentarios: N/E.

RESUMEN PATOLOGIAS MATERNAS Ninguna X Orden
Emb. múltiple Otras Infec. Rot. pre. memb.
Hipert. previa R.C.I.U. Infec. puerp.
Preeclampsia Amen. parto prem. Hem. puerp.
Eclampsia Desprop. cef. pelv. Alcohol/drogas
Cardiopatía Hemorragia 1º trim. Otras
Diabetes Hemorragia 2º trim.
Inf. urinaria Hemorragia 3º trim.
C.I.E. Anemia crónica

Diagnóstico de Ingreso / Indicaciones PRIMIGESTA. ADOLESCENTE.
EMBA 40 SEM x FUR.
ALERGIA AL METARIZOL Destino PRE - PARTO.

Nombre CLAUDIA CORNEJO Firma Médico X Matrona

Parto Aborto Origen _____

CONTROL PRENATAL

Fecha 1º control: Día Mes Año Semanas Peso Fecha último control: Día Mes Año Semanas Peso Nº de controles

CONTROL CONS. Alto Riesgo NO SI

INGRESO PRE - PARTO

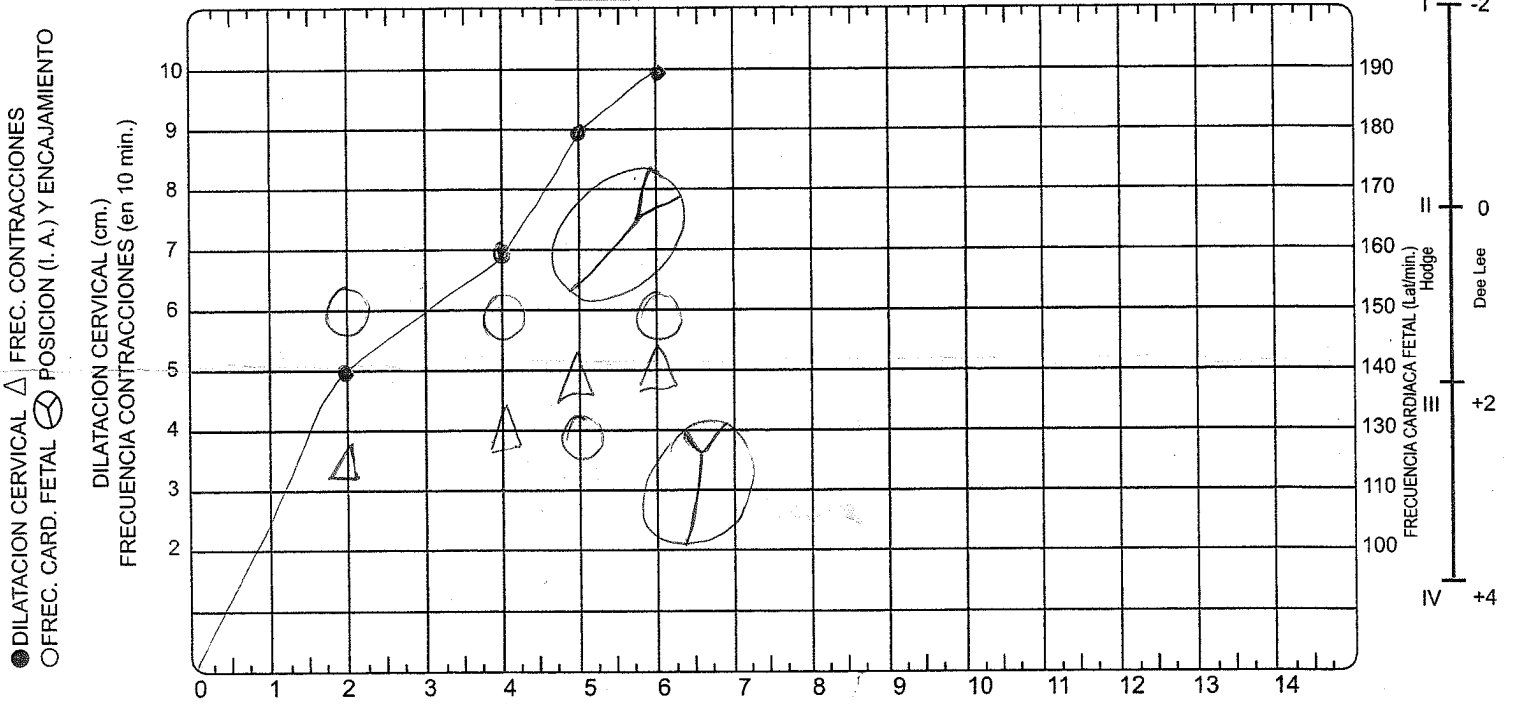
Día Mes Año Hora:03:00 min. Edad gest. sem. 40 menor 37 mayor 41

TAMAÑO FETAL ACORDE Si No

PRES Cef Pod. Tran. INICIO Esp Ind. Ces elect. MEMBRANAS Fecha ruptura Hora Minut. Dia Mes Int. Rot.

Nullipara Multipara Ces Anterior

PARTOGRAMA



Hora real 0.500 7.00 8.00 9.00

Presión arterial	110/70	100/60	100/60	110/60
Pulso	88	80	90	90
Posición materna	lumbicada	lumbicada	lumbicada	lumbicada
Intensidad contracciones	3/10'	4/10'	4.5/10'	5/10'
Duración contracciones	40'	45'	45-50'	50'
Dolor / local intens.	4/10	7/10	10/10	7/10
Líquido amniótico	(-)	(-)	(-)	(-)
Monitoreo fetal	150x'	150x'	130'	140'
Anestesia	(-)	solujectas	1/10	20
Observaciones	Definir Pul A	Ev. Medic	1/10	solujectas
	cc	cc	cc	cc

OBSERVACIONES

Fecha	Hora	Puerperio Inmediato	Matrona o Médico
5/1/23	10:00	Puerperio inmediato en B26, orientado temporo-especial	
		Se observa ausencia de piezas dentales.	
		En ESS, VVP, profundidad SRL (IV) y utero interno (100% ocurre en S65%).	
		Neurosomas, blandos, coloridos (+).	
		ABDI, retorcido (+).	
		útero a nivel umbilical, globo de digestión de Puerperal formado.	
		gintales molares perdidos huérfanos moderados EEII color (+).	
		Dorso con catéter peridural sin signos de infección.	
		SV: p/A 110/70 p: 88% satO ₂ 95%	EST X
		p/A: 100/60 p: 77% sat O ₂ 99%	C. CORNEJO

PROTOCOLO DE PARTO

Diagnóstico pre operatorios
 Puerperio GESTA ANGESCENTE
 ETB. 40 SEM x FUR
 ALERGIA RETARIZOL SÓDICO
 TdP EN EXPULSIVO.

Cirujano _____
 Anestesiista X Y
 Ayudante ARSEVALERA X / PABELLONERA X
 Matrona EST. X / MAT. CORNEJO
 Arsenalera X

Operación PTVE
 Diagnóstico post operatorios PUERPERA INMEDIATA PTVE, ALERGIA RETARIZOL SÓDICO

Anestesia EPIDURAL 2 DOSIS
 Descripción operatoria SE ASISTE PTVE EN PABELLÓN DE PARTO. EXPULSIVO RÁPIDO MENOS DE 5min, con PERINE INDEFINIDO. RN SEXO FEMENINO, VIGOROSO, SE LIGA Y CORTA CORDÓN, (CORDÓN ZART - VENA) AUMBRAMIENTO ESPONTÁNEO Y COMPLETO (SE OBSERVAN CALCIFICACIONES EN PLACENTA).

FAMILIAR PRESENTE DURANTE EL PARTO. SE PAVENEE AREGO 30MIN.
 Firma C. CORNEJO / EST. X

TIPO DE PARTO

Espons. Cesárea
 Forceps Otros Podálica

TERMINO DE EMBARAZO

Hora	Min.	Día	Mes	Año
09	30	05	01	24

Indicaciones principales
 Parto operatorio Inducción

NIVEL DE ATENCION

1 2 3 Domic. Otro

ATENIDO

Médico Matrona Aux. Alumno Otro
 Parto
 Neonato

Responsable At. Maternal.
 Nombre: C. CORNEJO / EST. X
 Responsable At. Neonatal.
 Nombre: C. RIVERA / EST. Y

MUERTE INTRAUT. **EPISIOTOMIA** **ALUMBRAMIENTO** **DESCRIPCION PLACENTA Y CORDON**

No Si No Si Natural Si No
 Completo Si No Peso Placenta 350 gr. Observaciones: _____
 Emb. Parto ? **DESGARROS** **REVISION INSTRUMENTAL** Long. cordón 80 cm.
 No Si Si No

ANESTESIA Peridural Raquidea General Local Analgesia/tranquilizante Ninguna
MEDICAMENTOS Ocitocina Antibióticos Otro Cuáles _____ Ninguna

RECIENTE NACIDO

En aborto y FM sólo sexo y peso

SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	PESO AL NACER <u>3580</u> g. Menor 2500 g. <input type="checkbox"/>	TALLA <u>51</u> , <u>0</u> cm	EDAD POR EX. FISICO <u>40</u> semana menor 37 <input type="checkbox"/>	Peso E.G. Adec. <input checked="" type="checkbox"/> Peq. <input type="checkbox"/> Gde. <input type="checkbox"/>	APGAR 1º minuto 5º <u>09</u> <u>09</u> 6 o menor <input type="checkbox"/>	REANIM. RESP. No <input checked="" type="checkbox"/> Mascara <input type="checkbox"/> Tubo <input type="checkbox"/>	VDRL <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	EXAMEN FISICO Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	ALOJAMIENTO CONJUNTO Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITALIZADO Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
---	--	----------------------------------	---	--	---	--	---	---	---	--

RESUMEN PATOLOGIAS RECIENTE NACIDO

Ninguna Otros SDR Infecciones Otras
 Memb. hialina Hemorragia Def. congénitos
 Sind. aspirat. Hiperbilirrub. Neurológicas
 Apnea Otras Hematol. Metabólicas

Hcto Grupo Rh Positivo Negativo
 BCG Si No

Nº HISTORIA CLINICA RECIENTE NACIDO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIAGNOSTICOS DE ALTA

1.- _____
 2.- _____
 3.- _____
 4.- _____

Egreso RN

<table border="1"> <tr> <th>Hora</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Hora	Día	Mes				Sano <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Con Patol. <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/>	ALIMENTACION Pecho <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Artif. <input type="checkbox"/>	Peso al egreso <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>					
Hora	Día	Mes												

Egreso Materno

<table border="1"> <tr> <th>Hora</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Hora	Día	Mes				Sano <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/>	Anticoncepción Ninguna <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Ligadura tubaria <input type="checkbox"/> Referida <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Pildoras <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Hora	Día	Mes						

Responsable: _____
 Cód.: 001-104

Responsable: _____