

INGRESO DE LA GESTANTE

Fecha		Hora	
Nombre de recién nacido/a			
Nombres y apellidos de la madre			
Ocupación		RUT o DNI	
Domicilio			
Teléfono			
CESFAM		Previsión	
Nombres y apellidos del padre			
Ocupación		RUT o DNI	

ANTECEDENTES PERSONALES MATERNOS

Edad		Alfabeta		Estado civil	
Peso no gestante		Talla		Estado Nutricional no gestante	
Nivel educacional		Situación vivienda		Situación social	

ANTECEDENTES MÓRBIDOS MATERNOS

Familiares	Sí	No	Personales	Sí	No	De la gestación	Sí	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemelares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPPNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroideos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ITU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades:								

OTROS ANTECEDENTES DE SALUD

	Sí	No	Describe
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Consumo alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Consumo tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Consumo drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Consumo medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hábitos alimenticios			_____

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Menarquia (edad)		FUR	
Días menstruación		Características menstruación	
Orientación de género		Orientación sexual	
Inicio actividad sexual (edad)		Otros	
MAC			
PAP (fecha)		Resultado	
Mamografía (fecha)		Resultado	

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gestaciones (G)		Partos (P)		Abortos (A)	
Partos de término		Partos de pretérmino		Partos vaginales	
Fórceps		Cesáreas		Causa cesáreas	
Hijos vivos		FMIU		Mortineonatos	
Hijo mayor peso		Año último parto		PIG	

GESTACION ACTUAL

Peso actual		Estado nutricional actual	
FUR operacional		FPP	
Edad gestacional por FUR		Edad gestacional por ECO	
Control de la gestación (sí/no)		Semana inicio control prenatal	
Nº de controles prenatales		Control nivel secundario (sí/no)	
Causa control secundario			
Hospitalizaciones (sí/no)		Días de hospitalización	
Causa de hospitalización			
Otros antecedentes			

Motivo de consulta:

--

EXAMENES DE LABORATORIO

VDRL (fecha)		Resultado	
VDRL (fecha)		Resultado	
VDRL (fecha)		Resultado	
VIH (fecha)		Resultado	
VIH (fecha)		Resultado	
Chagas (fecha)		Resultado	
Grupo y Rh (fecha)		Resultado	
Coombs indirecto (fecha)		Resultado	
Hematocrito (fecha)		Resultado	
Hemoglobina (fecha)		Resultado	
Orina completa (fecha)		Resultado	
Urocultivo (fecha)		Resultado	
Cultivo SBH		Resultado	
Glicemia (fecha)		Resultado	
PTGO (fecha)		Resultado	
Hemograma (fecha)		Resultado	
Otro (fecha)		Resultado	

ECOGRAFÍAS

Fecha		Edad gestacional		Placenta	
Líquido amniótico		Anatomía fetal		EPF	
Doppler					

Fecha		Edad gestacional		Placenta	
Líquido amniótico		Anatomía fetal		EPF	
Doppler					

Fecha		Edad gestacional		Placenta	
Líquido amniótico		Anatomía fetal		EPF	
Doppler					

Fecha		Edad gestacional		Placenta	
Líquido amniótico		Anatomía fetal		EPF	
Doppler					

EXAMEN FISICO GENERAL Y SEGMENTARIO MATERNO

General	
Cabeza y cara	
Cuello	
Tórax	
Abdomen	
Dorso	
Extremidades	
Genitales y ano	

SIGNOS VITALES

Frecuencia respiratoria (rpm)		Frecuencia cardíaca (lpm)	
-------------------------------	--	---------------------------	--

Presión arterial (mmHg)		Temperatura axilar (°C)	
Saturación (%)			

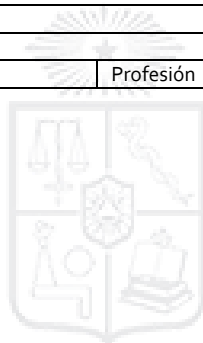
EXAMEN OBSTÉTRICO AL INGRESO

Presentación		Situación		Dorso fetal	
Encajamiento		Tono uterino		Altura uterina	
Contracciones (10')		LCF		Flujo vaginal	
TV					
Longitud cuello		Dilatación		Membranas	
LA		Posición		Plano	
Movimientos fetales		Especuloscopia			
Otros antecedentes					

DIAGNÓSTICO OBSTÉTRICO Y DESTINO

INDICACIONES

Nombre profesional		Profesión	
--------------------	--	-----------	--



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Otras observaciones del parto

Nombre profesional		Profesión	
--------------------	--	-----------	--



SERVICIO DE SALUD
HOSPITAL ESCUELA DE OBSTETRICIA

FICHA NUMERO _____

ATENCIÓN INMEDIATA DE RECIÉN NACIDO/A

Nombre de RN					
Fecha nacimiento		Hora nacimiento		EG Obstétrica	
Peso		Talla		Genitales	
C. Craneana		C. Torácica		C. Abdominal	

TEST DE APGAR

APGAR	F	E	T	I	C	TOTAL
1 minuto						
3 minutos						
5 minutos						
10 minutos						

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

	Sí	No		Sí	No
Contacto piel a piel (60 min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reanimación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspiración orofaríngea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profilaxis de cordón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profilaxis ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laringoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profilaxis hemorrágica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intubación endotraqueal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permeabilidad anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspiración traqueal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gases de cordón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adrenalina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN FISICO GENERAL Y SEGMENTARIO RECIÉN NACIDO

General	
Cabeza y cara	
Cuello	
Tórax	
Abdomen	
Dorso	
Extremidades	
Genitales y ano	

SIGNOS VITALES

Frecuencia respiratoria (rpm)		Frecuencia cardíaca (lpm)	
Presión arterial (mmHg)		Temperatura axilar (°C)	
Saturación (%)		Temperatura rectal (°C)	

Método de determinación de edad gestacional por examen físico

Usher Parkin Capullo Ballard Dubowitz

Edad gestacional por examen físico

DIAGNÓSTICOS EN ATENCIÓN INMEDIATA

INDICACIONES EN ATENCIÓN INMEDIATA Y TRANSICIÓN

Destino			
Nombre profesional		Profesión	

CONTROL DE TRANSICIÓN DE RECIÉN NACIDO/A

Nombre de recién nacido/a	
Fecha y hora de nacimiento	

Fecha					
Hora					
Temperatura axilar (°C)					
Temperatura rectal (°C)					
Temperatura cutánea (°C)					
Frecuencia cardíaca (lpm)					
Frecuencia respiratoria (rpm)					
Presión arterial (mmHg)					
Saturación (%)					
FiO ₂ (%)					
Secreciones (cantidad)					
Secreciones (calidad)					
Aleteo nasal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Quejido espiratorio	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Retracción	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cianosis					
Ictericia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tono muscular					
Temblores	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Convulsiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Secreciones					
Alimentación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipo de alimentación					
Volumen de alimento					
Tolerancia al alimento					
Vómitos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Deposiciones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Orina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cordón					
Brazaletes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre profesional					
Observaciones					

EXÁMENES DE LABORATORIO

Hematocrito	
Glicemia	
Grupo y Rh	
Gases arteriales	
Otros:	

**REGISTRO DIARIO DE MATRONERÍA NEONATAL
CUIDADOS BÁSICOS, INTERMEDIOS E INTENSIVOS**

Nombre usuario/o			
Fecha nacimiento		Hora nacimiento	
Edad gestacional nacimiento		Edad gestacional corregida	
Peso nacimiento		Talla nacimiento	

DIAGNÓSTICOS EN LA UNIDAD

INDICACIONES MÉDICAS

Régimen:	Neuroprotección:
Unidad:	
Posición:	Medicamentos:
Ventilación:	
Oxigenación:	Exámenes:
CSV:	
Monitorización:	Otras indicaciones:
Fleboclisis:	

PLAN DE ASISTENCIA DE MATRÓN O MATRONA

Alimentación:	Horario medicamentos:
Posición:	Aseo y confort:
Oxigenación:	
Examen físico y CSV:	Inmunizaciones:
Monitorización:	Lactancia materna:
Fleboclisis:	Peso y talla:
Neuroprotección:	Educación a la familia:
Exámenes:	Otros:

CONTROLES HORARIOS

Control de signos vitales	Hora																			
	Humedad incubadora																			
	Tº Incubadora o cuna radiante (°C)																			
	Tº axilar (°C)																			
	Tº cutánea (°C)																			
	Tº rectal (°C)																			
	Frec. Cardíaca (lpm)																			
	Frec. Respiratoria (rpm)																			
	Presión arterial no invasiva (mmHg)																			
	Presión arterial invasiva (mmHg)																			
	Modo de O2																			
FiO2 (%)																				
Saturación (%)																				
Antropometría	Peso (grs)																			
	Talla (cms)																			
	CC (cms)																			
Examen físico	Tono																			
	Temblores																			

	Actividad								
	Color								
	Apnea								
	Quejido								
	Retracción								
	Aleteo nasal								
	Edema								
	Dist. Abdominal								
Ingresos	Flebocclisis								
	Velocidad								
	Volumen total administrado								
	Medicamentos								
	Método								
	Alimentación								
	Tipo de alimento								
	Volumen								
	Tolerancia								
	Transfusiones								
Otros									
Egresos	Tipo de residuos gástricos								
	Volumen Residuos								
	Vómitos/regurgitación								
	Orina								
	Deposiciones								
	Sangre								
	Drenajes								
Otros									
Aseo y Confort	Posición								
	Aseo cordón								
	Aseo ocular								
	Aseo cavidades								
	Apego								
	Brazalete								
Responsable									
Observaciones									

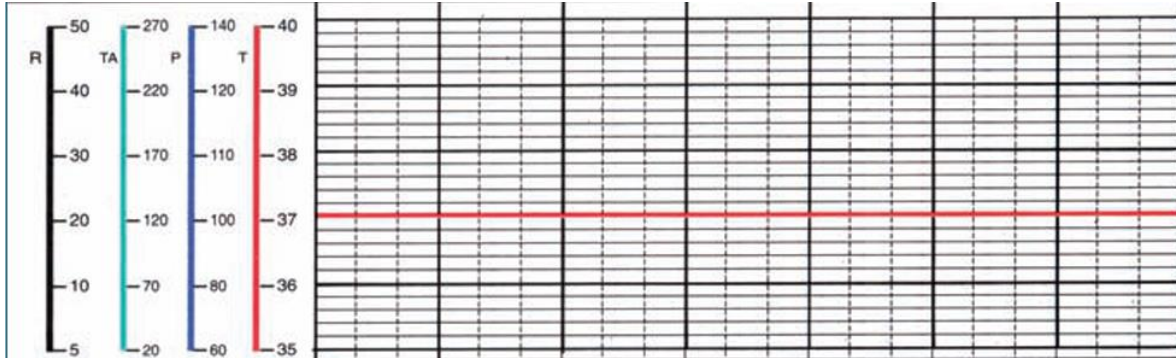
CONTROL DISPOSITIVOS INVASIVOS

	Ubicación	Nº días	Fecha instalación	Fecha retiro
VVP				
CUV				
CUA				
CPQ				
C. Línea media				
CUP				
SOG/SNG				
TET/TQT				
Drenajes				

HOJA DE CURVA DE MATRONERÍA DE LA MUJER

Nombre usuaria/o			
Reposo		Régimen alimenticio	
Medicamentos		Exámenes	
Otros			

CONTROL HORARIO



Fecha				
Hora				
Frecuencia respiratoria				
Frecuencia cardíaca				
Presión arterial				
Temperatura				
Saturación				
Estado general				
Posición				
Cabeza				
Cuello				
Tórax				
Mamas				
Abdomen				
LCF				
DU				
Dorso				
EESS				
EEII				
Genitales				
Ano				
Orina				
Deposiciones				
Flujo genital				
VVP				
Catéter central				
Catéter urinario				
Drenaje				
Heridas				
Fleboclisis				
Medicamentos				
Transfusión				
Oxigenoterapia				
Dolor				
Otros				

HOJA DE BALANCE HÍDRICO DIARIO DE LA MUJER

Nombre usuaria/o			
INGRESOS	08 – 20 HORAS	20 A 08 HORAS	TOTAL
ALIMENTACIÓN ORAL			
SUEROTERAPIA			
ALIMENTACIÓN PARENTERAL			
MEDICAMENTOS			
AGUA METABÓLICA			
OTROS			
TOTAL INGRESOS			
EGRESOS	08 – 20 HORAS	20 A 08 HORAS	TOTAL
VÓMITOS			
SECRECIONES			
SANGRE			
ORINA			
DEPOSICIONES			
DRENAJES			
PÉRDIDAS INSENSIBLES			
OTROS			
TOTAL EGRESOS			
DIURESIS HORARIA			
BALANCE TOTAL			