

HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP/SMR-OPS/OMS				FECHA DE NACIMIENTO dia mes año		ETNIA blanca <input type="radio"/> indigena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>	ALFA BETA no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	ESTUDIOS ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/> años en el mayor nivel <input type="radio"/>	CIVIL casada <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> viva sola <input type="radio"/>	N° expediente único	N° INSS	N° Identidad	
NOMBRES			APELLIDOS			EDAD (años) < de 20 <input type="radio"/> > de 35 <input type="radio"/>		MUNICIPIO DE RESIDENCIA		TELEF.			
DOMICILIO (Localidad. Dirección exacta)				urbana <input type="radio"/> rural <input type="radio"/>		CÓDIGO LUGAR DE APN		NOMBRE U/S DE APN		CÓDIGO LUGAR DEL PARTO		NOMBRE U/S DEL PARTO	

ANTECEDENTES	FAMILIARES		PERSONALES		OBSTETRICOS		gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR																																		
	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si																																
TBC		diabetes		hipertensión		preeclampsia		eclampsia		otra cond. médica grave		anomalía congénita		cardiopat.		infertilidad		genito-urinaria		nefropatía		violencia		enf. inmunológica		VIH+		ULTIMO PREVIO		Antecedente de gemelares		Antecedente de anomalía congénita		3 espont. consecutivos		embarazo ectópico		partos		cesáreas		nacidos muertos		muertos 1° sem.		después 1° sem.		EMBARAZO PLANEADO		FRACASO METODO ANTICONCEP.	

GESTACION ACTUAL			PESO ANTERIOR		TALLA (cm)		IMC		FUM		EG confiable por:		FUMA ACT.		FUMA PAS.		DROGAS		ALCOHOL		VIOLENCIA		VACUNAS		tétanos/difteria		influenza		rubeola		n° total dosis		edad gest. semanales	
PESO ANTERIOR			TALLA (cm)		IMC		FUM		EG confiable por:		FUMA ACT.		FUMA PAS.		DROGAS		ALCOHOL		VIOLENCIA		VACUNAS		tétanos/difteria		influenza		rubeola		n° total dosis		edad gest. semanales			

EX. NORMAL		CERVIX		GRUPO		Rh		Imuniz		TOXOPLASMOSIS		Hb <20 sem		Hb ≥20 sem		SUPLEMENTO		VACUNAS		tétanos/difteria		influenza		rubeola		n° total dosis		edad gest. semanales	
EX. NORMAL		CERVIX		GRUPO		Rh		Imuniz		TOXOPLASMOSIS		Hb <20 sem		Hb ≥20 sem		SUPLEMENTO		VACUNAS		tétanos/difteria		influenza		rubeola		n° total dosis		edad gest. semanales	

VH - Diag		1° Prueba solicitada		2° Prueba solicitada		TARV en emb.		SIFILIS		1° Prueba solicitada		Tratamiento con PENICILINA		Tto. de la pareja		2° Prueba solicitada		Tratamiento con PENICILINA		Tto. de la pareja		Anomalias prenatales	
VH - Diag		1° Prueba solicitada		2° Prueba solicitada		TARV en emb.		SIFILIS		1° Prueba solicitada		Tratamiento con PENICILINA		Tto. de la pareja		2° Prueba solicitada		Tratamiento con PENICILINA		Tto. de la pareja		Anomalias prenatales	

PARTO		ABORTO		CASA MATERNA		EDAD GEST		HOSPITALIZ		CORTICOIDES		INICIO		ROTURA DE MEMBRANAS		EDAD GEST.		PRESENTACION		TAMAÑO		ACOMPAÑANTE	
PARTO		ABORTO		CASA MATERNA		EDAD GEST		HOSPITALIZ		CORTICOIDES		INICIO		ROTURA DE MEMBRANAS		EDAD GEST.		PRESENTACION		TAMAÑO		ACOMPAÑANTE	

TRABAJO DE PARTO		NACIMIENTO		POSICION PARTO		DESGARROS		Análisis cumplimiento del MATEP		PLACENTA		LIGADURA CORDON		REANIMACION		ATENDIO	
TRABAJO DE PARTO		NACIMIENTO		POSICION PARTO		DESGARROS		Análisis cumplimiento del MATEP		PLACENTA		LIGADURA CORDON		REANIMACION		ATENDIO	

RECIBEN NACIDO		P. CEFÁLICO		EDAD GESTACIONAL		PESO E.G.		REANIMACION		ATENDIO	
RECIBEN NACIDO		P. CEFÁLICO		EDAD GESTACIONAL		PESO E.G.		REANIMACION		ATENDIO	

CUIDADOS ESENCIALES		ANOMALIAS CONGENITAS RN		PATOLOGIAS RN		EGRESO RN		ALIMENTO AL ALTA		Boca arriba		Meconio 1° día		PESO AL EGRESO	
CUIDADOS ESENCIALES		ANOMALIAS CONGENITAS RN		PATOLOGIAS RN		EGRESO RN		ALIMENTO AL ALTA		Boca arriba		Meconio 1° día		PESO AL EGRESO	

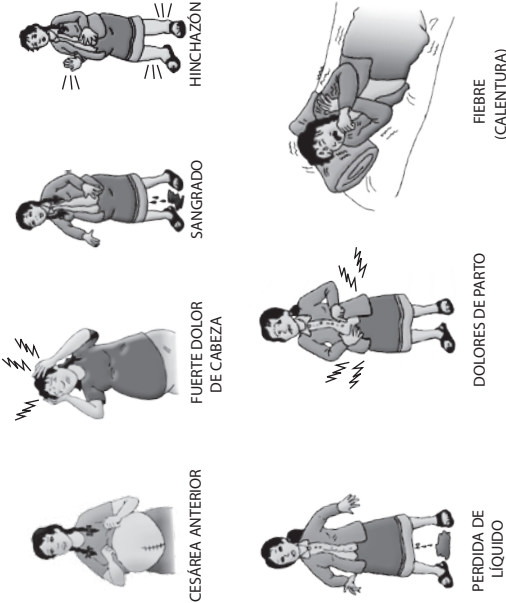
Fecha de cita de seguimiento		Lugar de seguimiento		Id. RN		Nombre RN	
Fecha de cita de seguimiento		Lugar de seguimiento		Id. RN		Nombre RN	

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

República de Nicaragua Ministerio de Salud Carné Perinatal



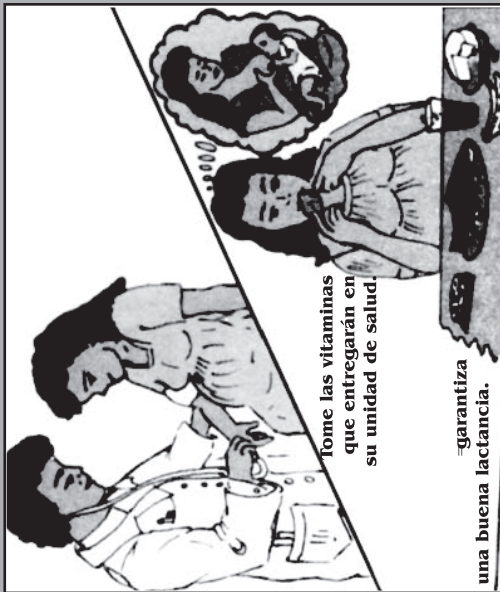
ASISTA AL HOSPITAL EN CASO DE:



Nombres: _____
Dirección: _____
Unidad de Salud: _____
Telefono: _____

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo/a. Llévelo siempre con usted y entréguelo al equipo de salud cada vez que requiera una atención, ya sea en el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo/a.

Su parto debe ser atendido en la Unidad de Salud.



día	Temp °C	P.A.	FC	invol. uter.	loquios	perine	lactancia	observaciones	Responsable
1 ^{er}									
2 ^o									
3 ^{er}									
4 ^o a 10 ^o									

EGRESO MATERNO **FECHA**

CONDICIÓN AL EGRESO: sana NA c/patología muerte

TIPO DE EGRESO: fallece egreso contra consejo médico

lugar: _____

traslado: _____

fallece durante o en lugar de traslado: no sí

Autopsia: no sí

ANTICONCEPCION

Inicio MAC: no sí pref. acced.

ACO "píldora": pref. acced. DIU pref. acced.

Otro hormonal (anillo vaginal, parche, AE): pref. acced. EQV masc. pref. acced.

inyectable: pref. acced. barrera (otro): pref. acced. EQV fem pref. acced.

implante: pref. acced. condón: pref. acced. absti-nencia pref. acced.

Lugar de seguimiento: _____

Fecha de día de seguimiento: _____ día | _____ mes | _____ año

CONSEJERIA oral anticoncepción escrita ninguna

Responsable: _____

