SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SINBA-SIS-38-P

TARJETA DE CONTROL DE LA MUJER EMBARAZADA, EN PUERPERIO Y PERIODO DE LACTANCIA

CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	LOCALIDAD	MUNICIPIO	JURISDICCIÓN	ENTIDAD

DATOS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO QUE ESTUVO EN CONTROL PRENATAL

(Datos que deben consignarse independientemente del lugar de la atención, obtenidos de la Hoja de Contrarreferencia, Egreso u otra)

FECHA DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA (DÍA, MES Y AÑO): _____/_____/_____

TIPO DE ATENCIÓN:

ABORTO: AMEU ☐ LUI ☐ MISOPROSTOL ☐

ATENCIÓN DE NACIMIENTO: EUTÓCICO ☐ DISTÓCICO VAGINAL ☐ CESÁREA ☐

SEMANAS DE GESTACIÓN: _____

MÉTODO ANTICONCEPTIVO ELEGIDO SI ☐ NO ☐

ATENDIDO EN: _____

ATENDIDO POR: _____

COMPLICACIONES: _____

DATOS DEL PRODUCTO: ÚNICO ☐ MÚLTIPLE ☐

PRODUCTO	CONDICIÓN AL NACIMIENTO		SEXO	PESO gr	TALLA cm	A LOS 5 MINUTOS		TAMIZAJE	
	VIVO	MUERTO				APGAR	SILVERMAN	METABÓLICO	AUDITIVO
1									
2									
3									
4									

INICIÓ ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO: SI |__| NO |__|

FECHA DE OBTENCIÓN DE LOS DATOS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA (DÍA / MES / AÑO): _____/_____/_____

Capturado |___|

ATENCIÓN EN EL PERIODO DE PUERPERIO

FECHA DE INICIO DE CONTROL*: ____/____/_____

1er CONSULTA PUERPERAL MENOR A 8 DÍAS: SI |__| NO |__|

FECHA	PESO	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA*	MEDICAMENTOS*	ENFERMEDADES PRESENTES	OBSERVACIONES	*Capturado*

ATENCIÓN EN EL PERIODO DE LACTANCIA

FECHA DE INICIO DE CONTROL*: ____/____/_____

FECHA	PESO	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA*	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA*	MEDICAMENTOS*	AYUDA ALIMENTARIA		OBSERVACIONES	*Capturado*
					S	I		

SEXO DEL PRODUCTO: **1**.Mujer, **2**.Hombre

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL PUERPERIO: **0**.Ninguno, **1**.Loquios fétidos, **2**.Hemorragia, **3**.Fiebre, **4**.Hipertensión, **5**.Dificultad para respirar, **6**.Dehiscencia, **7**.Cefalea intensa, **8**.Ictericia, **9**.Convulsiones, **88**.Otros

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: **1.** Sí, **2.**No, **3.**No aplica (a partir de los 6 meses de edad del(los) producto(s))

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL PERIODO DE LACTANCIA: **0**.Ninguno, **1**.Mastitis, **2**.Sangrado, **3**.Fiebre, **8**.Otros

MEDICAMENTOS: **0**.Ninguno, **1**.Ácido fólico, **2**.Hierro, **4**.Analgésico, **5**.Antiácido, **6**.Antibiótico, **7**.Anticonvulsivante, **8**.Antiemético, **9**.Antiespasmódico, **10**.Antihemorrágico postparto, **11**.Antihipertensivo, **12**.Antimicótico, **13**.Antiviral, **14**.Endocrinológico, **15**.Hipoglucemiante, **17**.Inhibidor de la lactancia, **19**.Insulina, **20**.Tratamiento de influenza, **21**.Otras Vitaminas y Minerales, **88**.Otros

BAJA: FECHA ____/____/_____ MOTIVO: NUEVO EMBARAZO ☐ TÉRMINO DE LA LACTANCIA ☐ OTRO ☐ _____

Especifique

Capturado |___|

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SINBA-SIS-38-P

TARJETA DE CONTROL DE LA MUJER EMBARAZADA, EN PUERPERIO Y PERIODO DE LACTANCIA

Capturado |__|

CLUES _____ NOMBRE DE LA UNIDAD _____ LOCALIDAD _____ MUNICIPIO _____ JURISDICCIÓN _____ ENTIDAD _____

FECHA DE INGRESO A CONTROL * ____/____/_____

NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS: _____ TIPO DE PERSONAL: MÉDICO GRAL|__| MÉDICO ESPECIALISTA|__| ENFERMERA|__| OTRO|__| ESPECIFIQUE_____ SERVICIO: _____

TRIMESTRE GESTACIONAL: 1° |__| 2° |__| 3° |__|

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CURP* |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| EXPEDIENTE _____

NOMBRE(S)* _____ APELLIDOS: PRIMERO* _____

SEGUNDO _____ ENTIDAD DE NACIMIENTO* |_|_| FECHA DE NACIMIENTO* ____/____/_____

EDAD _____ ESTADO CONYUGAL _____ AFILIACIÓN SPSS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|

FOLIO PROSPERA DE LA MUJER |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ¿PERTENECE A UN PUEBLO INDÍGENA? SI |_| NO |_|

HABLA LENGUA INDÍGENA SI |_| NO |_| CUAL LENGUA INDÍGENA HABLA _____

ESCOLARIDAD*: NINGUNA |_| PRIMARIA |_| SECUNDARIA |_| PREPARATORIA |_| LICENCIATURA |_| POSTGRADO |_|

PESO ANTERIOR AL EMBARAZO (Kg)* _____ TALLA (m)* . IMC _____

DOMICILIO* _____

TELEFONO: FIJO |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| CELULAR |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CORREO ELECTRÓNICO: _____

INICIO DE CONTROL

FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN*: ____/____/_____ Se ignora |__| FECHA PROBABLE DE PARTO: ____/____/_____ *Capturado*

ANTECEDENTES FAMILIARES*

NINGUNO |_| TUBERCULOSIS |_| DIABETES |_| HIPERTENSIÓN |_| ENF. HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO |_|

OTRO |_|

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS*

NINGUNO |_| TUBERCULOSIS |_| DIABETES PREEXISTENTE |_| HIPERTENSIÓN |_| PREECLAMPSIA |_|

ECLAMPSIA |_| CARDIOPATÍA |_| NEFROPATÍA |_| ANTECEDENTE GEMELAR |_| PADECIMIENTO ONCOLÓGICO |_|

VIH POSITIVO |_| OTRO ANTECEDENTE |_|

TOXICOMANÍAS NO ACTIVAS

TABACO |_|

ALCOHOL |_|

DROGAS |_|

OTRAS |_|

Especifique_____

BIOLÓGICOS APLICADOS

FECHA DE APLICACIÓN Td y/o Tdpa: *Capturado*

PRIMERA ____/____/_____ |___|

SEGUNDA ____/____/_____ |___|

REFUERZO ____/____/_____ |___|

ANTIINFLUENZA: ____/____/_____ |___|

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

GESTAS* _____ PARTOS _____ CESÁREAS _____ ABORTOS _____

HIJOS NACIDOS: VIVOS _____ MUERTOS _____

USO PREVIO DE ANTICONCEPTIVOS: TIPO* _____ TIEMPO DE USO _____

FRACASO EN EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO SI |_| NO |_|

GRUPO SANGUÍNEO: _____ RH: POSITIVO |_| NEGATIVO |_| *Capturado* |___|

SALUD BUCAL DURANTE EL EMBARAZO

REVISIÓN ODONTOLÓGICA AL INGRESO* SI |_| NO |_|

ATENCIÓN A: CARIES |_| PERIODONTITIS |_| OTRO |_| *Capturado* |___|

DETECCIONES EN LA EMBARAZADA

			FECHA RESULTADO	RESULTADO		*Capturado*
PRUEBA RÁPIDA	DETECCIÓN	VIH	____/____/_____	REACTIVO	NEGATIVO	
	DETECCIÓN	SÍFILIS	____/____/_____	REACTIVO	NEGATIVO	
LABORATORIO	CONFIRMATORIA	VIH	____/____/_____	POSITIVO	NEGATIVO	
	CONFIRMATORIA	SÍFILIS	____/____/_____	POSITIVO	NEGATIVO	

CONTROL DE CITAS PRENATALES

FECHA DE LA CONSULTA	SEMANAS DE GESTACIÓN	PESO (Kg)	PRESIÓN ARTERIAL (Sist/Diast)	FONDO UTERINO (cm)	FRECUENCIA CARDIACA FETAL x Min	ADICCIONES	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA	MEDICAMENTOS	QS		BH				EGO				AYUDA ALIMENTARIA		REFERENCIA	OBSERVACIONES	*Capturado*
									GLU-CEMIA	ENZIMAS HEPÁTICAS CON ALTERACIONES	PLA-QUETAS	LEUCO-CITOS	HEMO-GLOBINA	HEMATO-CRITO	PROTEI-NURIA	HEMA-TURIA	GLUCO-SURIA	BACTE-RIURIA	S	I			

VISITAS DOMICILIARIAS

FECHA: ____/____/_____	RESULTADO:	OBSERVACIONES:	*Capturado*	FECHA: ____/____/_____	RESULTADO:	OBSERVACIONES:	*Capturado*
FECHA: ____/____/_____	RESULTADO:	OBSERVACIONES:	*Capturado*	FECHA: ____/____/_____	RESULTADO:	OBSERVACIONES:	*Capturado*

CONTROL PERSONALIZADO DE LA DETECCIÓN DE ANEMIA EN MUJERES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE PROSPERA

TRIMESTRE DE GESTACIÓN	FECHA DE PROGRAMACIÓN	FECHA DE REALIZACIÓN	RESULTADO	REFERIDA	HIERRO INDICADO	OBSERVACIONES	*Capturado*
PRIMERO |___|							
SEGUNDO |___|							
TERCERO |___|							

ESTADO CONYUGAL: **1**.Soltera, **2**.Casada, **3**.Divorciada, **4**.Viuda, **5**.Unión Libre, **6**.Separada, **9**.No Especificado
ANTICONCEPTIVOS TIPO: **0**.Ninguno, **1**.Hormonal, **2**.DIU, **3**.Preservativo, **4**.Otro método
ADICCIONES: **1**.Tabaco, **2**.Alcohol, **3**.Drogas, **8**.Otras
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA: **0**.Ninguno, **1**.Epigastralgia, **2**.Hipomovilidad fetal, **3**.Hemorragia, **4**.Fiebre, **5**.Salida de líquido, **6**.Dificultad para respirar, **7**.Cefalea intensa, **8**.Ictericia, **9**.Convulsiones, **10**.Palidéz, **88**.Otros
MEDICAMENTOS: **0**.Ninguno, **1**.Ácido fólico, **2**.Hierro, **3**.Corticoides para maduración pulmonar, **4**.Analgésico, **5**.Antiácido, **6**.Antibiótico, **7**.Anticonvulsivante, **8**.Antiemético, **9**.Antiespasmódico, **11**.Antihipertensivo, **12**.Antimicótico, **13**.Antiviral, **14**.Endocrinológico, **15**.Hipoglucemiante, **16**.Inducción del parto, **18**.Inhibidor del parto, **19**.Insulina, **20**.Tratamiento de influenza, **21**.Otras Vitaminas y Minerales, **88**.Otros
RESULTADO DE LA VISITA: **1**.Nueva cita, **2**.No se encontró se deja mensaje, **3**.Cambio de domicilio, **4**.Rechazo a la atención, **5**.Perdida, **6**.Defunción, **8**.Otro
BAJA DE CONTROL PRENATAL: **1**.Resolución del embarazo, **2**.Cambio de domicilio, **3**.Baja temporal por referencia. **4**.Defunción, **8**.Otro

ENFERMEDADES PRESENTES:

BAJA DE EMBARAZO: MOTIVO Y FECHA *Capturado*