



DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE ATENCIÓN	MUNICIPIO	EPS

DATOS BÁSICOS DE LA PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
IDENTIFICACIÓN	C.C. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	ESCOLARIDAD	
CELULAR	DIRECCIÓN	ESTADO CIVIL		

PRACTICAS CULTURALES

PRACTICAS CULTURALES	SI <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____	NO <input type="checkbox"/>	ASISTE A	MEDICO TRADICIONAL <input type="checkbox"/>	PARTERA <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
RIESGOS CULTURALES	ENCAJAMIENTO <input type="checkbox"/>	ARCO <input type="checkbox"/>	FRIO <input type="checkbox"/>	ECLIPSE <input type="checkbox"/>	MALEFICIO <input type="checkbox"/>	AMARRE <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
RITUAL DE LA SIEMBRA DE LA PLACENTA Y CORDÓN UMBILICAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES _____							
CONTROLES PRENATALES CULTURALES: ¿CUÁNTOS? _____ CON: MEDICO TRADICIONAL <input type="checkbox"/> PARTERA <input type="checkbox"/>							

SIGNOS DE ALARMA

HTA <input type="checkbox"/>	CIFRAS: _____	CEFALEA <input type="checkbox"/>	TRASTORNOS VISUALES <input type="checkbox"/>	¿CUÁL? _____	TRASTORNOS AUDITIVOS <input type="checkbox"/>
EPIGASTRALGIA <input type="checkbox"/>	EDEMA <input type="checkbox"/>	SANGRADO GENITAL <input type="checkbox"/>	AMNIORREA <input type="checkbox"/>	LEUCORREA <input type="checkbox"/>	
DISMINUCION O AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES <input type="checkbox"/> ACTIVIDAD UTERINA <input type="checkbox"/> SINTOMAS URINARIOS <input type="checkbox"/>					

CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA	
ENFERMEDAD ACTUAL	

ANTECEDENTES

PERSONALES	PATOLÓGICOS <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____		QUIRÚRGICOS <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____						
	NUTRICIÓN: BUENA <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALA <input type="checkbox"/> TRAUMÁTICOS <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____								
	TÓXICOS <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____ ALÉRGICOS <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____								
	TRASTORNOS MENTALES <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____ TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								
	TRATAMIENTOS RECIBIDOS DURANTE LA GESTACIÓN ACTUAL _____								
	TROMBOEMBOLISMO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TRASTORNOS DE HIPERCOAGULABILIDAD <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____								
GINECOLÓGICOS	MENARCA	FUM	CICLO	ULTIMA CITOLOGIA					
	PLANIFICABA: SI <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____ NO <input type="checkbox"/>		ITS/ETS: SI <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____ NO <input type="checkbox"/>						
OBSTÉTRICOS	G	P	C	A	E	V	CAUSA DE ABORTO	FECHA ULTIMO PARTO	INTERVALOS INTERGENÉSICOS
	PLACENTA PREVIA <input type="checkbox"/> RCIU <input type="checkbox"/> RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS <input type="checkbox"/> POLIHIDRAMNIOS <input type="checkbox"/>								
	INFECCIONES EN EL POST PARTO <input type="checkbox"/> PREECLAMPSIA <input type="checkbox"/> ECLAMPSIA <input type="checkbox"/> RETENCIÓN PLACENTARIA <input type="checkbox"/>								
	HEMORRAGIA OBSTÉTRICA QUE REQUIRIÓ TRASFUSIÓN <input type="checkbox"/> SÍNDROME HELLP <input type="checkbox"/> ABRUPTIO <input type="checkbox"/>								
MUERTES PERINATALES <input type="checkbox"/> ¿CUÁNTAS? _____ CAUSAS _____ PESO AL NACER _____									
FAMILIARES	SI <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____ NO <input type="checkbox"/>								



GESTACIÓN ACTUAL

EMBARAZO DESEADO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	APOYO DE LA PAREJA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	GESTACIÓN PROGRAMADA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EDAD GESTACIONAL _____	FECHA PROPABLE DE PARTO _____	ALTURA UTERINA _____
ECOGRAFIA OBSTETRICA: SI <input type="checkbox"/> ¿CUANTAS? _____ ¿CUÁLES? _____		FECHA ULTIMA ECO _____
SINTOMAS GASTROINTESTINALES: NAUSEAS <input type="checkbox"/> VÓMITO <input type="checkbox"/> EPIGASTRALGIAS <input type="checkbox"/>	HEMORROIDES <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
CONTROL PRETANAL: PRIMERA VEZ <input type="checkbox"/>	SEGUIMIENTO <input type="checkbox"/>	CONTROL N° _____

VALORACION PSICOSOCIAL

DINAMICA FAMILIAR: BUENA <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALA <input type="checkbox"/>	RELIGION QUE PROFESA: SI <input type="checkbox"/> ¿CUAL? _____ N/A <input type="checkbox"/>
RED DE APOYO: FAMILIAR <input type="checkbox"/>	SOCIAL <input type="checkbox"/> COMUNITARIO <input type="checkbox"/>
SITUACIONES DE VULNERABILIDAD: ESTRESORES <input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN SOCIAL <input type="checkbox"/> POBREZA <input type="checkbox"/> MARGINALIDAD <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	
EXPOSICION A VIOLENCIAS ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO USTED?	HA SIDO HUMILLADA, MENOSPRECIADA, INSULTADA O AMENAZADA POR SU PAREJA? _____
	FUE GOLPEADA, BOFETEADA, PATEADA, O LASTIMADA FÍSICAMENTE DE OTRA MANERA? _____
	FUE FORZADA A TENER RELACIONES SEXUALES? _____
	¿DESDE QUE ESTÁ EN GESTACIÓN, HA SIDO GOLPEADA, BOFETEADA, PATEADA, O LASTIMADA FÍSICAMENTE DE ALGUNA MANERA? _____
RIESGO DE DEPRESIÓN ¿DURANTE EL MES PASADO?	POSITIVO: DERIVADO A _____ NEGATIVO <input type="checkbox"/>
	¿SE HA SENTIDO TRISTE, DEPRIMIDA O SIN ESPERANZA CON FRECUENCIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿HA PERMANECIDO PREOCUPADA POR TENER POCO INTERÉS O PLACER PARA HACER LAS COSAS COTIDIANAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SI LA MUJER RESPONDE "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS INICIALES: ¿SIENTE QUE NECESITA AYUDA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

EXAMEN FISICO

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: PESO _____ TALLA _____ ALTURA UTERINA _____ IMC _____	
ESTADO NUTRICIONAL: _____	
SIGNOS VITALES: FC _____ FR _____ T° _____ TA _____ OBSERVACIONES: _____	
EXAMEN FISICO	CABEZA Y CUELLO:
	CAVIDAD BUCAL:
	SISTEMA CARDIOVASCULAR:
	SISTEMA RESPIRATORIO:
	SISTEMA NERVIOSO:
	SISTEMA OSTEOATROMUSCULAR:
	SISTEMA GENITOURINARIO:

VALORACIONES

GINECOLOGICA	
--------------	--



OBSTÉTRICA	N° DE FETOS _____ FETOCARDIA _____ MOVIMIENTOS FETALES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	SITUACIÓN Y PRESENTACIÓN FETAL _____

EXÁMENES DE LABORATORIO

ANTECEDENTES DE LABORATORIOS RECIENTES	SI <input type="checkbox"/> ¿CUÁLES? _____ FECHAS: _____ OBSERVACIONES: _____
--	--

SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO

EXÁMEN DE LABORATORIO	OBSERVACIÓN

VALORACIÓN DEL RIESGO MATERNO

--

PLAN DE CUIDADOS INSTITUCIONAL

FORMULACIÓN DE MICRONUTRIENTES	ACIDO FOLICO	
	HIERRO	
	CALCIO	
VACUNACIÓN	TOXOIDE TETÁNICO DIFTÉRICO DEL ADULTO (TD) SEGÚN ANTECEDENTE VACUNAL: SI <input type="checkbox"/> FECHA DE APLICACIÓN _____ NO <input type="checkbox"/>	
	INFLUENZA ESTACIONAL: SI <input type="checkbox"/> FECHA DE APLICACIÓN _____ NO <input type="checkbox"/>	
	TÉTANOS, DIFTERIA Y TOS FERINA ACELULAR (TDAP): SI <input type="checkbox"/> FECHA DE APLICACIÓN _____ NO <input type="checkbox"/>	
DESPARASITACIÓN		
INFORMACIÓN EN SALUD	DIRIGIDA A LA GESTANTE Y SU ACOMPAÑANTE:	
OBSERVACIONES		

PLAN DE CUIDADOS INTERCULTURAL

--

 FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD
 C.C.