

HOSPITAL DE LA NIÑEZ OAXAQUEÑA

HOJA DE ANTECEDENTES DEL RECIEN NACIDO

NOMBRE DEL PACIENTE _____
 FECHA Y HORA DE NACIMIENTO _____ SEXO MASCULINO FEMENINO

ANTECEDENTES DE LA MADRE:

GRUPO SANGUINEO Y RH _____ PRODUCTOS ANTERIORES ICTÉRICOS _____ FECHA DE ÚLTIMO PARTO _____
 EDAD MATERNA (AÑOS) _____ G. _____ P. _____ C. _____ A. _____ FECHA DE ÚLTIMO ABORTO _____
 MUERTES NEONATLES _____ MOTIVOS _____
 MUERTES FETALES _____ MOTIVOS _____
 TABAQUISMO ALCOHOLISMO TOXICOMANIAS OTROS _____

PATOLOGÍAS DE LA MADRE

HIPERTENSIÓN DIABETES PREECLAMPSIA ECLAMPSIA CARDIOPATÍA INFECC. URINARIA
 INFECC. VAGINAL OTRO _____
 HEMORRAGIAS PRIMER TRIMESTRE SEGUNDO TRIMESTRE TERCER TRIMESTRE

EMBARAZO ACTUAL Y NACIMIENTO

EDAD GESTACIONAL _____ ¿SIGUIÓ CONTROL PRENATAL? _____ NÚMERO DE CONSULTAS _____
 TIPO DE PARTO _____ ANESTESIA O ANALGESIA USADOS _____
 ¿SE PRESENTÓ SUFRIMIENTO FETAL? _____ RUPTURA DE MEMBRANAS (HRS) _____
 LÍQUIDO AMNIÓTICO CLARO MECONIAL CLARO MECONIAL ESPESO FÉTIDO
 CANTIDAD NORMAL DISMINUIDO AUMENTADO
 APGAR AL NACER _____ APGAR A LOS 5 MINUTOS _____
 REANIMACIÓN NINGUNA ESTIMULACIÓN PRESIÓN POSITIVA COMPRESIONES TORACICAS TIEMPO _____
 MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS EN REANIMACIÓN _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

PESO _____ TALLA _____ F.C. _____ F.R. _____ P.CEF _____ P.TORA _____ P.ABD _____
 SEGMENTO SUPERIOR _____ LONGITUD PIE _____

CABEZA		TORAX	
ABDOMEN		GENITALES	
EXTREMIDADES		EVOLUCIÓN POSTERIOR	

 NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO TRATANTE