

Formulario Ingreso RN.

NOMBRE RN: _____

Si es Múltiple, registrar número de GEMELAR: ____

1. ANTECEDENTES PRENATALES

Nombre de Madre: _____

Edad: ____ Años G ____ P ____ A ____.

Embarazo controlado con los siguientes antecedentes:

- Hipertensión/Preeclamsia: Si: ____ ; No: ____
- Diabetes Gestacional: Si: ____ ; No: ____
- Diabetes Crónica: Si: ____ ; No: ____
- Medicamentos: _____
- Temperatura Materna: _____ °C
- RPM: Horas previo al parto: ____ h.
- SGB: Positivo ____ / Negativo ____ / No tomado ____
- VDRL: Positivo ____ / Negativo ____ / No tomado ____
- VIH: Positivo ____ / Negativo ____ / No tomado ____
- Hospitalización materna : Si: ____ ; No: ____ Desde (fecha): ____ / ____ / 20__
- Corticoides: Si: ____ ; No: ____ ; Dosis: _____ Fecha: ____ / ____ / 20__
- Sulfato de Mg pre parto: Si: ____ ; No: ____
- Profilaxis Estreptococo Grupo B: No ____ / Completa: ____ / Incompleta: ____
- Puntaje Riesgo Sepsis Precoz: _____

2. ANTECEDENTES PARTO

Fecha ____ / ____ / 20__ Hora: ____ : ____

Edad Gestacional: ____ sem ____ días

Cesárea: ____ / Vaginal: ____ ; Líquido: _____ Presentación: _____ Apgar 1': ____ ; 5': ____

Antropometría RN: Peso: _____ g; Talla: ____ cm; CC: ____ cm.

Reanimación:

- Oxígeno: Si: ____ ; No: ____
- Ventilación a Presión Positiva: Si: ____ ; No: ____
- Masaje Cardíaco: Si: ____ ; No: ____
- Adrenalina: Si: ____ ; No: ____
- Intubación: Si: ____ ; No: ____
- CPAP: Si: ____ ; No: ____
- Surfactante: Si: ____ ; No: ____

TRASLADO RN: Si: ____ ; No: ____ ; Clínica u Hospital de Nacimiento: _____

3. INGRESO:

T° de Ingreso: _____; Peso: _____ g; Talla: ____ cm; CC: ____ cm.

MOTIVO INGRESO: _____

OTROS ANTECEDENTES DE HISTORIA CLÍNICA: _____

4. EXAMEN FÍSICO:

Piel y mucosas:

Cabeza y Cuello:

Corazón:

Pulmones:

Abdomen:

Genitales:

Extremidades:

Neurológicos:

5. FAMILIA: Se explica los padres el diagnóstico de ingreso, la condición del paciente, los riesgos asociados el plan de tratamiento. Los padres entienden lo informado.

Se les sugiere acercarse a su Isapre para informarse de sus coberturas y seguro catastrófico

Viven en: _____ (ciudad)

Nombre papá: _____; Nacionalidad: _____

Nombre mamá: _____; Nacionalidad: _____

Celular: papá _____; mamá _____

Correo electrónico: papá _____; mamá _____