



Ref.: Lejarraga H. Morasso Ma. del C., Arch. Arg. Pediatría 1985

|   |   |   |  |  |   |
|---|---|---|--|--|---|
| <b>MADRE</b>  |   | <b>Establecimiento</b>  |  | <b>Nº H.C.</b>   |   |
| <b>EDAD años</b><br>menor de 15 años <input type="checkbox"/> mayor de 15 años <input type="checkbox"/>   | <b>ESTADIO CIVIL</b><br>casada <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> | <b>OBSTETRICOS</b>  |  | <b>niños</b>   |   |
| <b>NING. SEC. AÑOS APROX</b><br>NING <input type="checkbox"/> PRIM <input type="checkbox"/> UNIV <input type="checkbox"/>                             | <b>VIVIENDA</b><br>Nº de personas <input type="checkbox"/> Hab. para dormir <input type="checkbox"/>  | <b>TRABAJO REMUNERADO</b><br>ninguno <input type="checkbox"/> en la casa <input type="checkbox"/> fuera de la casa <input type="checkbox"/>   | <b>aborton</b> <input type="checkbox"/> <b>partos</b> <input type="checkbox"/>                                     | <b>nacidos vivos</b><br>nació <input type="checkbox"/> murió <input type="checkbox"/>                          | <b>viven</b><br>1º sem <input type="checkbox"/> después 1º sem <input type="checkbox"/> |
| <b>ALFABETA</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  | <b>AGUA</b><br>Agua por tubería dentro <input type="checkbox"/> fuera de la casa <input type="checkbox"/>   | <b>GASTOS</b><br>ninguno o más de 3 partos <input type="checkbox"/> algún RN menor de 2500 g <input type="checkbox"/>   | <b>gastados</b> <input type="checkbox"/>   | <b>nacidos muertos</b> <input type="checkbox"/>  | <b>diabetes</b> <input type="checkbox"/>  |
| <b>GRUPO</b><br>Rh <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>   | <b>Instalación Sanitaria</b><br>HELADERA <input type="checkbox"/>   | <b>PATOLOGIAS</b><br>ninguno <input type="checkbox"/> emb. múltiple <input type="checkbox"/> hipert. previa <input type="checkbox"/>  | <b>orden</b> <input type="checkbox"/>  | <b>cesáreas</b> <input type="checkbox"/>   | <b>intec. urinaria</b> <input type="checkbox"/>   |
| <b>CONSULTA PRENATAL Nº</b><br>en el hospital <input type="checkbox"/> con carnet <input type="checkbox"/>  |   | <b>PATOLOGIAS</b><br>pre eclampsia <input type="checkbox"/> eclampsia <input type="checkbox"/> cardiopática <input type="checkbox"/>  | <b>ninguno</b> <input type="checkbox"/>  | <b>pre eclampsia</b> <input type="checkbox"/>  | <b>R.C.I.U.</b> <input type="checkbox"/>  |
| <b>ANTECEDENTES PERINATALES</b>   |   | <b>RECIENTE NACIDO</b><br>SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/><br>PESO AL NACER <input type="checkbox"/> menor 2500 g <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> | <b>TALLA</b><br>cm. <input type="checkbox"/>   | <b>APGAR. minuto</b><br>1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/>                                | <b>diabetes</b> <input type="checkbox"/>  |
| <b>TERMINACION</b><br>espont <input type="checkbox"/> forcéps <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> | <b>hora</b> <input type="checkbox"/> <b>minu</b> <input type="checkbox"/> <b>dia</b> <input type="checkbox"/> <b>año</b> <input type="checkbox"/>       | <b>EXAMEN FISICO</b><br>sano <input type="checkbox"/> con patol. <input type="checkbox"/> trastado <input type="checkbox"/>   | <b>PER. CEF</b><br>cm. <input type="checkbox"/>  | <b>EDAD POR EX. FISICO</b><br>sem. <input type="checkbox"/> menor de 37 <input type="checkbox"/>               | <b>R.I.U.</b> <input type="checkbox"/>  |
| <b>INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION</b>   | <b>EGRESO R.N.</b><br>hora <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/>   | <b>PATOLOGIAS</b><br>ninguna <input type="checkbox"/> membrana <input type="checkbox"/> sind. aspirat. <input type="checkbox"/> apnea <input type="checkbox"/>  | <b>REANIM. RESPIR.</b><br>no <input type="checkbox"/> masc. <input type="checkbox"/> tubo <input type="checkbox"/> | <b>PESO E.G.</b><br>adec. <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> gde. <input type="checkbox"/> | <b>diabetes</b> <input type="checkbox"/>  |
| <b>OBSTETRA</b>   | <b>NEONATOLOGO</b>  | <b>EXAMEN FISICO</b><br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>  | <b>REANIM. RESPIR.</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                  | <b>EDAD POR EX. FISICO</b><br>sem. <input type="checkbox"/> menor de 37 <input type="checkbox"/>               | <b>intec. urinaria</b> <input type="checkbox"/>   |
|   |   | <b>EXAMEN FISICO</b><br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>  | <b>HOSPITALIZADO</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                    | <b>PESO E.G.</b><br>adec. <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> gde. <input type="checkbox"/> | <b>R.C.I.U.</b> <input type="checkbox"/>  |
|   |   | <b>EXAMEN FISICO</b><br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>  | <b>ALOJAM. CONJ.</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                    | <b>EDAD POR EX. FISICO</b><br>sem. <input type="checkbox"/> menor de 37 <input type="checkbox"/>               | <b>Otros</b> <input type="checkbox"/>   |
|   |   | <b>EXAMEN FISICO</b><br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>  | <b>ALOJAM. CONJ.</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                    | <b>EDAD POR EX. FISICO</b><br>sem. <input type="checkbox"/> menor de 37 <input type="checkbox"/>               | <b>Otros</b> <input type="checkbox"/>   |
|   |   | <b>EXAMEN FISICO</b><br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>  | <b>ALOJAM. CONJ.</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                    | <b>EDAD POR EX. FISICO</b><br>sem. <input type="checkbox"/> menor de 37 <input type="checkbox"/>               | <b>Otros</b> <input type="checkbox"/>   |
|   |   | <b>EXAMEN FISICO</b><br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>  | <b>ALOJAM. CONJ.</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                    | <b>EDAD POR EX. FISICO</b><br>sem. <input type="checkbox"/> menor de 37 <input type="checkbox"/>               | <b>Otros</b> <input type="checkbox"/>   |
|   |   | <b>EXAMEN FISICO</b><br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>  | <b>ALOJAM. CONJ.</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                    | <b>EDAD POR EX. FISICO</b><br>sem. <input type="checkbox"/> menor de 37 <input type="checkbox"/>               | <b>Otros</b> <input type="checkbox"/>   |
|   |   | <b>EXAMEN FISICO</b><br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>  | <b>ALOJAM. CONJ.</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                    | <b>EDAD POR EX. FISICO</b><br>sem. <input type="checkbox"/> menor de 37 <input type="checkbox"/>               | <b>Otros</b> <input type="checkbox"/>   |
|   |   | <b>EXAMEN FISICO</b><br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>  | <b>ALOJAM. CONJ.</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                    | <b>EDAD POR EX. FISICO</b><br>sem. <input type="checkbox"/> menor de 37 <input type="checkbox"/>               | <b>Otros</b> <input type="checkbox"/>   |
|   |   | <b>EXAMEN FISICO</b><br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>  | <b>ALOJAM. CONJ.</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                    | <b>EDAD POR EX. FISICO</b><br>sem. <input type="checkbox"/> menor de 37 <input type="checkbox"/>               | <b>Otros</b> <input type="checkbox"/>   |
|   |   | <b>EXAMEN FISICO</b><br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>  | <b>ALOJAM. CONJ.</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                    | <b>EDAD POR EX. FISICO</b><br>sem. <input type="checkbox"/> menor de 37 <input type="checkbox"/>               | <b>Otros</b> <input type="checkbox"/>   |
|   |   | <b>EXAMEN FISICO</b><br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>  | <b>ALOJAM. CONJ.</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                    | <b>EDAD POR EX. FISICO</b><br>sem. <input type="checkbox"/> menor de 37 <input type="checkbox"/>               | <b>Otros</b> <input type="checkbox"/>   |
|   |   | <b>EXAMEN FISICO</b><br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>  | <b>ALOJAM. CONJ.</b><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                    | <b>EDAD POR EX. FISICO</b><br>sem. <input type="checkbox"/> menor de 37 <input type="checkbox"/>               | <b>Otros</b> <input type="checkbox"/>   |

# CARNÉ de SALUD del NIÑO

## SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD DEPTO. MATERNIDAD E INFANCIA S. M. DE TUCUMAN

Nombre y Apellido .....

Domicilio .....

Barrio .....

D.N.I. 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fecha de Nacimiento ...../...../.....

Establecimiento donde nació.....

.....Pcia.....

Nombre de la Madre o Tutor.....

.....

D.N.I. ....

Lugar de Control.....

Clasificación Papioscópica

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| M |  |  |  |  |
| P |  |  |  |  |

Ley Nº 5916 del 26 / 04 / 88

| (1) BCG: Tuberculosis<br>(2) HB: Hepatitis B.<br>(3) DTP-Hib : (Cuádruple) difteria, Tétanos, pertussis, Haemophilus influenzae b. |       | (4) OPV (Sabin): vacuna poliomielítica oral.<br>(5) DPT: (Triple bacteriana): difteria, Tétanos<br>(6) SRP: (Triple viral): Sarampión, Rubéola, f<br>(7) dT: (Doble bacteriana): Difteria - Tétanos |             | <b>Edad índice</b> |
|--|-------|---|-------------|--------------------|
| Actualizar periódicamente  |       |   |             |                    |
| Vacuna Dosis   | Fecha | Firma y sello   | Edad índice |                    |
| BCG 1º   |       |   | R.N.        |                    |
| (HB) 1º  |       |   | R.N.        |                    |
| (HB) 2º  |       |   | 2 m         |                    |
| D.P.T + Hib 1º   |       |   | 2 m         |                    |
| SABIN 1º   |       |   | 2 m         |                    |
| D.P.T + Hib 2º   |       |   | 4 m         |                    |
| SABIN 2º   |       |   | 4 m         |                    |
| (HB) 3º  |       |   | 6 m         |                    |
| D.P.T + Hib 3º   |       |   | 6 m         |                    |
| SABIN 3º   |       |   | 6 m         |                    |
| SRP 1º   |       |   | 12 m        |                    |
| D.P.T + Hib 4º   |       |   | 18 m        |                    |
| SABIN 4º   |       |   | 18 m        |                    |
| BCG Ref.   |       |   | 6 a         |                    |
| SABIN Ref.   |       |   | 6 a         |                    |
| (DTP) Ref.   |       |   | 6 a         |                    |
| SRP 2º   |       |   | 6 a         |                    |
| (HB) 1º  |       |   | 11 a        |                    |
| (HB) 2º  |       |   | 11 a        |                    |
| (HB) 3º  |       |   | 11 a        |                    |
| SRP Ref.   |       |   | 11 a        |                    |
| dT Ref.  |       |   | 16a.        |                    |
| dT Ref.  |       |   | cada 10 a   |                    |

OTRAS VACUNAS O SUEROS

| Fecha | Edad | Vacuna | Firma y Sello |
|-------|------|--------|---------------|
|       |      |        |               |
|       |      |        |               |
|       |      |        |               |
|       |      |        |               |

