



NIÑO:		DOC. IDENTIDAD:	
MADRE:		DOC. IDENTIDAD:	
DOMICILIO: BARRIO:		LOCALIDAD:	PCIA.:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: INSTITUCION:		H.C.Nº:	
LUGAR DE CONTROL:			

MADRE		Establecimiento		Nº H.C.	
EDAD años: <input type="text"/> <input type="text"/> menor de 15 años <input type="checkbox"/> mayor de 35 años <input type="checkbox"/> ALFABETA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESTUDIOS: PRIM <input type="checkbox"/> UNIV <input type="checkbox"/> NING <input type="checkbox"/> SEC <input type="checkbox"/> AÑOS APROX. <input type="text"/>	ESTADO CIVIL UNION: casada <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> TRABAJO REMUNERADO: ninguno <input type="checkbox"/> en la casa <input type="checkbox"/> fuera de la casa <input type="checkbox"/> Horas fuera de la casa: <input type="text"/>	OBSTETRICOS: gastos <input type="text"/> abortos <input type="text"/> partos <input type="text"/> ninguno o más de 3 partes <input type="checkbox"/> algún RN menor de 2500 g. <input type="checkbox"/> gemelares <input type="checkbox"/>		nacidos vivos: <input type="text"/> nacidos muertos <input type="text"/> vivos: <input type="text"/> muertos 1º sem. <input type="text"/> después 1º sem. <input type="text"/>	
CONSULTA PRENATAL Nº: <input type="text"/> en el hospital SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> con carnet SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	GRUPO: <input type="text"/> Rh: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> SENCIL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	VIVIENDA: Agua por tubería dentro <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Instalación Sanitaria: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> HELADERA: <input type="checkbox"/>	PATOLOGIAS: ninguno <input type="checkbox"/> emb. múltiple <input type="checkbox"/> hipert. previa <input type="checkbox"/> orden: <input type="text"/>		

ANTECEDENTES PERINATALES					
TERMINACION: espont <input type="checkbox"/> forceps <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> hora: <input type="text"/> minu: <input type="text"/> día: <input type="text"/> mes: <input type="text"/> año: <input type="text"/>	RECIENTE NACIDO		TALLA: <input type="text"/> cm.	EDAD POR EX. FISICO: <input type="text"/> sem.	PESO E.G.: <input type="text"/> g.
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIA O INDUCCION: <input type="text"/>	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	PESO AL NACER: <input type="text"/> g.	PER. CEF: <input type="text"/> cm.	menor de 37 <input type="checkbox"/>	APGAR. Minuto 1º: <input type="text"/> 2º: <input type="text"/>
OBSTETRA: <input type="text"/> NEONATOLOGO: <input type="text"/> EGRESO R.N.: hora: <input type="text"/> día: <input type="text"/> mes: <input type="text"/>	sano <input type="checkbox"/> con patol. <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>	EXAMEN FISICO: normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PATOLOGIAS: ninguna <input type="checkbox"/> membrana <input type="checkbox"/> sind. aspirat. <input type="checkbox"/> apnea <input type="checkbox"/> otros SDR <input type="checkbox"/> hemorragia <input type="checkbox"/> hiperbilirrub. <input type="checkbox"/> otrs hematol. <input type="checkbox"/> infecciones <input type="checkbox"/> defect. cong. <input type="checkbox"/> neurológicos <input type="checkbox"/> metab./nutric <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>	ALOJAMI. CONL.: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	GRUPO: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> RH: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> combs.: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/>

CONTROL DE DESARROLLO Conductas esperadas

	A los 3 meses Sostiene la cabeza Intenta tomar objetos Sonríe a la mamá Dice ajó	si <input type="checkbox"/> edad <input type="checkbox"/>
	A los 6 meses Se sostiene sentado solito Toma un objeto en cada mano Trata de imitar sonidos Reconoce personas	si <input type="checkbox"/> edad <input type="checkbox"/>
	A los 9 meses Gatea Llora con gente extraña Dice PA-PA MA-MA Aplauda	si <input type="checkbox"/> edad <input type="checkbox"/>
	A los 12 meses Se para y camina con apoyo Toma objetos con dos dedos Pone y saca objetos de una caja Sopla	si <input type="checkbox"/> edad <input type="checkbox"/>
	A los 2 años Camina y corre Abre y cierra puertas Ayuda a vestirse y desvestirse Avisa para orinar Intenta frases cortas	si <input type="checkbox"/> edad <input type="checkbox"/>
	A los 3 años Salta en dos pies Ata los cordones Dibuja garabatos	si <input type="checkbox"/> edad <input type="checkbox"/>
	A los 4 años Salta en un pie Dibuja una persona Habla correctamente	si <input type="checkbox"/> edad <input type="checkbox"/>
	A los 5 años da saltos grandes Juega con otros niños Cuenta los dedos	si <input type="checkbox"/> edad <input type="checkbox"/>

VACUNAS

(1) BCG: Tuberculosis (2) HB: Hepatitis B (3) DTP-Hib: (Cuádruple) difteria, Tétanos, pertussis, Haemophilus influenzae b.		(4) OPV (Sabin): vacuna poliomiéltica oral. (5) DPT: (Triple bacteriana): difteria, tétanos, Pertussis (6) SRP: (Triple viral): Sarampión, Rubéola, Parotiditis (7) HA: Hepatitis A (8) dT: Doble Bacteriana: Difteria - Tétanos		Edad Indicada
Vacuna Dosis	Fecha	Firma y Sello		
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
HA				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				
(HB) 2º				11 a
(HB) 3º				
SRP Ref.				11 a
DT Ref.				16 a
DT Ref.				Cada 10 a

