

### A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD (HORAS)

### B. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

MADRE										
PADRE										
OTROS FAMILIARES										
HERMANOS	TIPO DE PARTO			CONDICIÓN PARTO			EDAD ACTUAL	OBSERVACIONES		
	CEFALO VAGINAL	CESÁREA	PODÁLICO VAGINAL	PRE TÉRMINO	A TÉRMINO	POST TÉRMINO				
1										
2										
3										
4										
5										
6										
DATOS Y ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LA MADRE				NÚMERO GESTAS	NÚMERO ABORTOS	NÚMERO PARTOS	NÚMERO CESÁREAS	NÚMERO HIJOS VIVOS	NÚMERO HIJOS MUERTOS	

### C. ANTECEDENTES PRENATALES DEL RECIÉN NACIDO


### D. ANTECEDENTES NATALES DEL RECIÉN NACIDO

HORAS HIDRORREA	NÚMERO TACTOS POSTHIDRORREA	LABOR (EN HORAS)	EXPULSIVO (EN MINUTOS)	LÍQUIDO AMNIÓTICO	CANTIDAD	COLOR	OLOR	CARACTERÍSTICAS	SUFRIMIENTO FETAL	
									SI	NO
FECHA DE NACIMIENTO		HORA DE NACIMIENTO	EDAD GESTACIONAL POR:	FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN	ECO EXTRAPOLADO	CAPURRO	BALLARD			

### E. APGAR

ASPECTOS A VALORAR	PUNTAJE			TIEMPO				
	0	1	2	1 MINUTO	5 MINUTOS	10 MINUTOS	15 MINUTOS	20 MINUTOS
FRECUENCIA CARDÍACA	NO HAY	MENOS DE 100	100 O MÁS					
ESFUERZO RESPIRATORIO	NO HAY, NO RESPIRA	LLANTO DEBIL, RESPIRA MAL	LLANTO VIGOROSO					
TONO MUSCULAR	FLACIDEZ	FLEXION PARCIAL DE EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS, BUENA FLEXIÓN					
IRRITABILIDAD O RESPUESTA A LA ESTIMULACIÓN	NO REACCIONA	MUECA, SUCCIÓN. ALGÚN MOVIMIENTO X ESTIMULO	TOS O ESTORNUDO, LLANTO, REACCIONA DEFENDIENDOSE					
COLOR DE LA PIEL	CIANOSIS O PALIDEZ	PIES O MANOS CIANÓTICAS	COMPLETA MENTE ROSADO					
<b>TOTAL</b>								

### F. INTERVENCIONES

REANIMACIÓN	ESTIMULACIÓN	ASPIRACIÓN	MÁSCARA	BOLSA	TUBO ENDOTRAQUEAL	MÁSAJE CARD.	MEDICACIÓN	G. PROFILAXIS		H. VACUNAS	
SI								VITAMINA K	OCULAR	HEPATITIS B	BCG
NO								SI	SI	SI	SI
								NO	NO	NO	NO

### I. CONSTANTES VITALES

EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN POR PATOLOGÍA USE EL FORMULARIO 020											
FECHA	HORA	TEMPERATURA °C	PULSO / min	PRESION ARTERIAL (mmHg)	FRECUENCIA RESPIRAT. / minuto	PULSIOXIMETRIA (%)	REFLEJO SUCCIÓN	TOLERANCIA ORAL	DEPOSICIÓN	ORINA	RESPONSABLE
1.											
2.											
3.											
4.											

DATOS DEL USUARIO / PACIENTE				
PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	EDAD (Horas)	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

MARCAR * ✓	SP: SIN PATOLOGÍA CP: CON PATOLOGÍA (describir)				SP: SIN PATOLOGÍA CP: CON PATOLOGÍA (describir)				
	INICIAL	PESO	LONGITUD	P. CEFALICO	AL EGRESO	PESO	LONGITUD	P. CEFALICO	% PÉRDIDA PESO
	SP CP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SP CP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	PIEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	CABEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	FONTANELA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	OJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	OIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	BOCA / NARIZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	CUELLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	TÓRAX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	PULMONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	ABDOMEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	CORDON UMB.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	GENITALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	ANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	COLUMNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	INICIAL 24 HORAS	SAT 02 PREDUCTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EGRESO	SAT 02 PREDUCTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		SAT 02 POSTDUCTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>		SAT 02 POSTDUCTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

K. DIAGNOSTICOS INICIAL				PRE= PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	2.	3.		DEF= DEFINITIVO							

L. PLAN DE TRATAMIENTO INICIAL

M. DIAGNOSTICO EGRESO			CIE
CLASIFICACIÓN DEL NEONATO			
1.			
2.			
3.			
4.			

N. PLAN DE TRATAMIENTO DE EGRESO

O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
INICIAL	FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
EGRESO	FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD
							CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
							H
							D

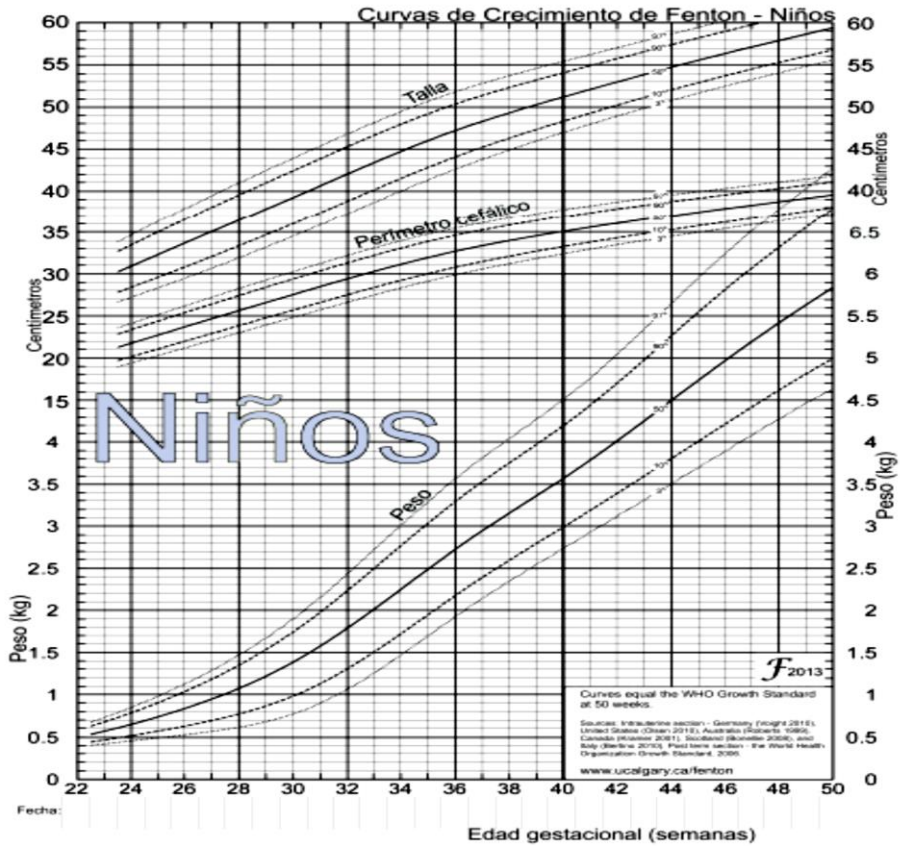
TEST DE CAPURRO (SOMÁTICO)						
FORMA DE LA OREJA	CHATA, DEFORME, PABELLON NO INCURVADO	PABELLON PARCIAL INCURVADO, BORDE SUPERIOR	PABELLON INCURVADO, BORDE SUPERIOR	PABELLON INCURVADO TOTAL	Edad Gestacional = (204 + Total Puntaje) / 7	
TAMAÑO DE LA GLANDULA MAMARIA	APENAS VISIBLE. SIN AREOLA	DIAMETRO MENOS DE 7,5 mm. AREOLA LISA Y CHATA	DIAMETRO >7,5 mm. AREOLA PUNTEADA. BORDE NO LEVANTADO	DIAMETRO >7,5 mm. AREOLA PUNTEADA. BORDE LEVANTADO	TOTAL PUNTAJE	
FORMACION DEL PEZON	MUY FINA. GELATINOSA	FINA. LISA	MAS GRUESA. DESCAMACION SUPERFICIAL DISCRETA	GRUESA. GRIETAS SUPERFICIALES. DESCAMACION DE MANOS Y PIES	GRUESA. GRIETAS PROFUNDAS. APERGAMINADAS	
TEXTURA DE LA PIEL	SIN PLEGUERES	MARCAS MAL DEFINIDAS MITAD ANTERIOR	MARCAS DEFINIDAS MITAD ANT... SURCOS TERCIO ANT.	SURCOS EN LA MITAD ANTERIOR	SURCOS EN MAS DE LA MITAD ANTERIOR	
PLIEGUES PLANTARES						
SUBTOTAL						

TEST DE BALLARD																																						
MADUREZ NEUROMUSCULAR	SCORE							REGISTRAR EL VALOR																														
	-1	0	1	2	3	4	5																															
POSTURA																																						
VENTANA CUADRADA (MUÑECA)																																						
REBOTE DE BRAZOS																																						
ÁNGULO PÓPLITEO																																						
SIGNO DE LA BUFANDA																																						
TALÓN - OREJA																																						
							TOTAL MADUREZ NEUROMUSCULAR																															
MADUREZ FÍSICA	-1	0	1	2	3	4	5	REGISTRAR EL VALOR																														
PIEL	PEGAJOSA, QUEBRADIZA, TRANSPARENTE	GELATINOSA, ROJA, TRASLÚCIDA	ROSA PÁLIDO, VENAS VISIBLES	DESCAMACIÓN SUPERFICIAL Y/O ERITEMA, POCAS VENAS	ÁREAS PALIDAS Y AGRIETADAS, VENAS RARAS	ENGROSAMIENTO, AGRIETADO PROFUNDO, NO VENAS	DURA, AGRIETADA Y ARRUGADA																															
LANUGO	AUSENTE	ESCASO	ABUNDANTE	FINO	ÁREAS LIBRES	CASI NO HAY LANUGO																																
SUPERFICIE PLANTAR	TALÓN - DEDO GORDO 40-50mm: -1 < 40mm: -2	>50mm NO HAY PLEGUERES	MARCAS ROJAS MORTECINAS	SÓLO PLEGUERES TRANSVERSOS ANTERIORES	PLEGUERES EN LOS 2/3 ANTERIORES	LOS PLEGUERES CUBREN TODA LA PLANTA																																
MAMAS	IMPERCEPTIBLES	APENAS PERCEPTIBLES	AREOLA PLANA, NO HAY GLÁNDULA	AREOLA GRANULOSA, GLÁNDULA DE 1-2mm	AREOLA SOBREELEVADA, GLÁNDULA DE 3-4mm	AREOLA COMPLETA, GLÁNDULA DE 5-10mm																																
OJO / OREJA	PÁRPADOS FUSIONADOS LEVEMENTE: -1 FUERTEMENTE: -2	PÁRPADOS ABIERTOS, PABELLÓN LISO, PERMANECE ARRUGADA	PABELLÓN LIGERAMENTE INCURVADO, BLANDO, DESPLIEGUE LENTO	PABELLÓN BIEN INCURVADO, BLANDO PERO CON DESPLIEGUE RÁPIDO	FORMADO Y FIRME, DESPLIEGUE INSTANTÁNEO	CARTÍLAGO GRUESO, OREJA FIRME																																
GENITALES (MASCULINO)	ESCROTO APLANADO, LISO	ESCROTO VACÍO, CON VAGAS RUGOSIDADES	TESTÍCULOS EN LA PARTE ALTA DEL CONDUCTO, PLEGUERES MUY ESCASOS	TESTÍCULOS EN DESCENSO, RUGOSIDADES ESCASAS	TESTÍCULOS DESCENDIDOS, RUGOSIDADES ESCASAS	TESTÍCULOS COLGANTES, RUGOSIDADES PROFUNDAS																																
GENITALES (FEMENINO)	CLITORIS PROMINENTE, LABIOS APLANADOS	CLITORIS PROMINENTE Y LABIOS MENORES PEQUEÑOS	CLITORIS PROMINENTE Y LABIOS MENORES DE MAYOR TAMAÑO	LABIOS MAYORES Y MENORES IGUALMENTE PROMINENTES	LABIOS MAYORES GRANDES, LABIOS MENORES PEQUEÑOS	LOS LABIOS MAYORES CUBREN EL CLITORIS Y LOS LABIOS MENORES																																
							TOTAL MADUREZ FÍSICA																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ÍNDICE DE MADUREZ</th> </tr> <tr> <th>VALOR</th> <th>SEMANAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>-10</td><td>20</td></tr> <tr><td>-5</td><td>22</td></tr> <tr><td>0</td><td>24</td></tr> <tr><td>5</td><td>26</td></tr> <tr><td>10</td><td>28</td></tr> <tr><td>15</td><td>30</td></tr> <tr><td>20</td><td>32</td></tr> <tr><td>25</td><td>34</td></tr> <tr><td>30</td><td>36</td></tr> <tr><td>35</td><td>38</td></tr> <tr><td>40</td><td>40</td></tr> <tr><td>45</td><td>42</td></tr> <tr><td>50</td><td>44</td></tr> </tbody> </table>								ÍNDICE DE MADUREZ		VALOR	SEMANAS	-10	20	-5	22	0	24	5	26	10	28	15	30	20	32	25	34	30	36	35	38	40	40	45	42	50	44	
ÍNDICE DE MADUREZ																																						
VALOR	SEMANAS																																					
-10	20																																					
-5	22																																					
0	24																																					
5	26																																					
10	28																																					
15	30																																					
20	32																																					
25	34																																					
30	36																																					
35	38																																					
40	40																																					
45	42																																					
50	44																																					

**DATOS DEL USUARIO / PACIENTE**

PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	EDAD (Horas)	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

**CURVAS DE CRECIMIENTO DE FENTON (NIÑOS)**



**CURVAS DE CRECIMIENTO DE FENTON (NIÑAS)**

