



Historia Clínica para el Recién Nacido

JURISDICCIÓN: (1)		No. EXPEDIENTE: (2)	
UNIDAD MÉDICA: (3)		FECHA: (4)	
FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
APELLIDOS DEL RECIÉN NACIDO: (5)		GENERO: (6)	
NOMBRE DE LA MADRE : (7)		FEMENINO () MASCULINO ()	
DIRECCIÓN: (9)		EDAD: (8) AÑOS	
FECHA DE NACIMIENTO: (11)		NÚMERO DE TELEFONO: (10)	
		LUGAR DE NACIMIENTO: (12)	

ANTECEDENTES HEREDO- FAMILIARES (13)

DIABETES
 HIPERTENSIÓN
 CARDIOVASCULARES
 RENALES
 HEPÁTICOS
 NEOPLASIAS
 TB

ESPECIFIQUE: _____

OTROS: _____

ANTECEDENTES PREGESTACIONALES (14)

HISTORIA OBSTÉTRICA:

GESTAS: _____ HIJOS VIVOS: _____ PARTOS: _____ CESÁREAS: _____ ABORTOS: _____ ECTÓPICO: _____

ÓBITO: _____ MOLA: _____

ESCOLARIDAD DEL PADRE: _____

ESCOLARIDAD DE LA MADRE: _____

CODICIÓN SOCIOECONÓMICA: BUENA REGULAR MALA

CASA: MADERA CONCRETO INTEMPERIE PISO: MADERA CEMENTO TIERRA

HABITACIONES: _____ No. HABITANTES: _____

VENTILACIÓN: SI NO LUZ ELÉCTRICA SI NO AGUA POTABLE SI NO DRENAJE SI NO

ESTADO NUTRICIONAL DE LA MADRE: BUENO REGULAR MALO

RECIBIÓ LA MADRE ALGUNA INMUNIZACIÓN EN EL EMBARAZO:

TABAQUISMO: SI NO EVOLUCIÓN _____ ALCOHOLISMO SI NO

TOXICOMANÍAS: SI NO EVOLUCIÓN _____ EVOLUCIÓN: _____

ANTECEDENTES PRENATALES (15)

GRUPO Y RH DE LA MADRE: _____ GRUPO Y RH DEL PADRE: _____

No. CONTROL PRENATAL: _____ A PARTIR DE QUE SEMANA: _____

ALTERACIONES DETECTADAS DURANTE EL EMBARAZO: OLIGOHIDRAMNIOS POLIHIDRAMNIOS RETRASO CIU

PATOLOGÍAS DURANTE ELEMBARAZO: RUBEOLA TOXOPLASMOSIS CITOMEGALOVIRUS PRE ECLAMPSIA

ECLAMPSIA DIABETES GESTACIONAL DIABETES MELLITUS OTRA: _____

FÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO: _____

ANTECEDENTES INTRANATALES (16)

ANTECEDENTES DEL PARTO:

TIPO DE PARTO: EUTOCICO DISTOCICO RPM

DURACIÓN: _____ PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL

CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO: _____

CARACTERÍSTICAS DE LA PLACENTA: _____

ANTECEDENTES POSTNATALES (17)

EDAD GESTACIONAL: _____ SDG POR CAPURRO _____ APGAR _____ SILVERMAN

ALIMENTACIÓN DEL NEONATO: LACTANCIA MATERNA FÓRMULA PORQUE? _____

TAMIZ REALIZADO: SI NO INMUNIZACIONES: _____

APLICACIÓN DE VITAMINA K: SI NO CLORANFENICOL OFTÁLMICO : SI NO

APLICACIÓN DE VITAMINA A: SI NO

ANTECEDENTES NEONATALES: APNEAS SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA HEMORRAGIA

CONVULSIONES HIPOGLUCEMIA

EXPLORACIÓN FÍSICA (18)

SIGNOS VITALES

FRECUENCIA CARDÍACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	TEMPERATURA
X'	X'	°C

SOMATOMETRÍA

PESO:	TALLA:	PC:	PT:	PA:	SI:	PIE:
-------	--------	-----	-----	-----	-----	------



EXPLORACIÓN REGIONAL (19)

COLOR DE PIEL: _____ FASCIES: _____ MOVIMIENTOS ANORMALES: _____
 LESIONES DÉRMICAS: _____ POSTURA: _____ TIPO DE RESPIRACIÓN: _____
 SIGNOS ABDOMINALES: _____

CABEZA:
 SIN ALTERACION: _____ CEFALOHEMATOMA: _____ CAPUT SUCCEDANEUM: _____
 TONO DE FONTANELAS: _____

OJOS:
 SIN ALTERACIONES: _____ CONJUNTIVITIS: _____

OREJAS:
 IMPLANTACIÓN ADECUADA: _____ IMPLANTACIÓN BAJA: _____ CONDUCTO AUDITIVO: _____

NARIZ:
 SIN ALTERACION: _____ PERMEABLE: _____ SECRECIONES: _____ ALETEO NASAL: _____

BOCA:
 SIN ALTERACIÓN: _____ LABIO LEPORINO: _____ PALADAR HENDIDO: _____ DIENTES: _____

LENGUA:
 SIN ALTERACIÓN: _____ MICROGNATIA: _____ OTRA: _____

CUELLO:
 SIN ALTERACIONES: _____ OTRO: _____

TÓRAX:
 SIN ALTERACIONES: _____ HIPERTROFIA DE MAMAS: _____ SECRECIÓN LÁCTEA: _____
 PEZONES SUPERNUMERARIOS: _____ DEFORMIDADES DE PARRILLA COSTAL: _____ SOPLO: _____

ABDOMEN:
 SIN ALTERACIONES: _____ HERNIA UMBILICAL: _____ CARACTERÍSTICAS DEL CORDON UMBILICAL: _____

PELVIS
 SIN ALTERACIONES: _____ LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA: _____

GENITALES
 SIN ALTERACIONES: _____ HIPERTROFIA DE CLÍTORIS _____ CRECIMIENTO PENEANO: _____ HIPOSPADIAS: _____
 HIDROCELE: _____ CRIPTORQUIDIA: _____ PERMEABILIDAD ANAL: _____ OTRO: _____

EXTREMIDADES:
 TONO MUSCULAR: _____ MOVILIDAD: _____ TAMAÑO: _____ POLIDACTILIA: _____ SINDACTILIA: _____
 FRACTURA: _____ PIE EQUINO VARO: _____ OTRO: _____

MANIOBRA DE BARLOW Y ORTOLANI: _____

REFLEJOS (20)

BÚSQUEDA: SI NO DEGLUCIÓN: SI NO SUCCIÓN: SI NO MORO: SI NO
 MARCHA: SI NO BABINSKI: SI NO

APEGO (21)

APEGO: SI NO

HUELLAS DEL RECIÉN NACIDO Y DE LA MADRE (22)

HUELLA DEL DEDO PULGAR DE LA MADRE

HUELLA DEL DEDO PULGAR DEL RECIÉN NACIDO

HUELLA PLANTAR DEL RECIÉN NACIDO

ENFERMERA OBSTÉTRA/PERINATAL (23)

(NOMBRE, FIRMA y No. CÉDULA PROFESIONAL)