

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL PROGRAMA MATERNO- INFANTIL
DATOS DE LA AFILIADA

N° Afiliada		Apellido y Nombre		N° Documento	
Fecha de Nac.	/ /	Domicilio			
Localidad		CP		Estudios	Ninguno <input type="radio"/>
Provincia				Primario <input type="radio"/>	Estado Civil
Teléfonos*				Secundario <input type="radio"/>	Casada <input type="radio"/>
Es Alfabeta	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			Universitario <input type="radio"/>	Unión Estable <input type="radio"/>
					Soltera <input type="radio"/>
					Otro <input type="radio"/>

DATOS DEL PROFESIONAL A CARGO

Apellido y Nombre		N° Matrícula		Teléfono	
Domicilio					

DATOS DEL EMBARAZO

FUM	/ /	FPP	/ /	Grupo sanguíneo y Factor		Embarazo múltiple		
Vacuna Antirrubéola	No Sabe <input type="radio"/>	Previa al embarazo <input type="radio"/>	Vacuna Antitetánica	Si <input type="radio"/>	VDRL	+ <input type="radio"/>	- <input type="radio"/>	No se hizo <input type="radio"/>
	En el embarazo <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	CHAGAS	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	No se Hizo <input type="radio"/>
Hemoglobina		Glucemia en Ayuna		Peso antes del Embarazo		Talla		

Factores de Riesgo

Socio culturales		Parto prematuro/neonato de bajo peso al nacer (<2.5kg)	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Tabaquismo	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Antecedentes de nacidos muertos	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Alcoholismo	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Antecedentes de recién nacidos con parálisis cerebral, trauma al nacer, anomalías congénitas, retraso mental.	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Uso de Drogas Ilícitas	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Preeclampsia/Eclampsia	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Antecedentes Familiares		Gestaciones Múltiples	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Diabetes	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Antecedentes Patológicos Personales		
Hipertensión Arterial	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Insuficiencia renal crónica	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Tuberculosis Pulmonar	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Cardiopatía congénita	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Enfermedades hereditarias de coagulopatías	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Hipertensión	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Antecedentes de Embarazos previos		Diabetes mellitus	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
<p>gestaciones previas abortos vaginales nacidos vivos</p> <p>partos cesáreos nacidos muertos</p>		Enfermedades autoinmunes (LES, AR, Otras)	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
			Incompatibilidad de Rhesus	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
			Anemia crónica	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
			Enfermedad de transmisión sexual	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
			Hipotiroidismo	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
			Hipertiroidismo	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
			Estados hipercoagulables	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
	Fin del embarazo anterior: ___/___/___			

Medicación

Dosis de Ácido Fólico	1mg <input type="radio"/>	5mg <input type="radio"/>	10mg <input type="radio"/>
Otros Medicamentos			
	Monodroga	Marca Sugerida	Dosis diaria
1			
2			
3			
4			

Observaciones/ Otros datos clínicos relevantes

 Firma del Médico

 Sello