

FORMULARIO EMPADRONAMIENTO PLAN MATERNO INFANTIL

(Completar por médico especialista)

FECHA

DATOS FILIATORIOS:

Nombre y apellido:

Nº Afiliada: Nº Documento: Fecha Nac.:

Domicilio:
.....

DATOS DEL PROFESIONAL A CARGO:

Nombre y apellido:

Matricula: Teléfono:

FICHA OBSTETRICA:

F.U.M.: F.P.P.:

Edad gestacional actual: semanas.

ANTECEDENTES PERSONALES: (marque con una cruz la opción que corresponde)

	SI	NO		SI	NO
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H.T.A. previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis/HIV/hagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. de columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros:		
.....					

ANTECEDENTES OBSTETRICOS: (marque con una cruz la opción que corresponde)

Gestas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Partos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cesáreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gemelares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abortos espontáneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nacidos vivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacidos muertos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R.N. con mayor peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R.N. con menor peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fin del embarazo anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma y Sello Medico

Firma y sello Auditor de la Obra Social

Sede Central: Paraguay Nº 33 Trelew-Chubut Tel/fax: 0280 4420547-0800-666-4363 Email:
info@generarsalud.com.ar — Sitio Web: www.generarsalud.com.ar