

No. HC

☐ = significa ALERTA

☐ = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres:

Establecimiento:

Establ. Origen:

☐ No Aplica
☐ Referencia

TIPO DE SEGURO
SIS ☐
ESSALUD ☐
PRIVADO ☐

Código
Afilación
Seguro:

DNI (L.E.) N°

Dirección:

Ocupación:

Edad:

<15
>35

Localidad:

Cod. Sect.

Estudios:

Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ.

Años aprobados

Departamento:

Provincia:

Distrito:

Teléfono:

Estado Civil:

Casada Conviviente Soltera Otro

Padre RN:

Correo Electrónico:

Antecedentes Obstétricos

Gestas ☐ Abortos ☐ Vaginales ☐ Nacidos vivos ☐ Viven ☐
0 o + 3 ☐ < 2500 g ☐ Multiple ☐ < 37 sem. ☐ Partos ☐ Cesáreas ☐ Nacidos muertos ☐ Después 1ra sem. ☐
RN de mayor peso ☐ g

Gestación Anterior

Fecha: / /

Per. Si No
Intergénico Adecuado

Lactancia Materna

Terminación

Parto Vaginal ☐ Cesarea ☐ Aborto ☐ Ectópico ☐ Aborto molar ☐ No Aplica ☐

Si fue aborto

Incompleto ☐ Completo ☐ Frusto Retenido ☐ Séptico ☐ No Aplica ☐

Lugar del Parto

EESS ☐ DOMIC ☐

Captada: Si ☐ No ☐

Referida x Ag Comuni:

Si ☐ No ☐

Antecedentes Familiares

Ninguno ☐ Malaria ☐
Alergias ☐ Hipertensión Arterial ☐
Enf. Hipertens. Emb. ☐ Hipotiroidismo ☐
Epilepsia ☐ Neoplasia ☐
Diabetes ☐ TBC Pulmonar ☐
Enferm. Congénitas ☐ Otros ☐
Emb. Múltiple ☐

Antecedentes Personales

Ninguna ☐ Eclampsia ☐
Aborto habitual/recurrente ☐ Enferm. Congénitas ☐
Alcoholismo ☐ Enferm. Infecciosas ☐
Alergia a medicamentos ☐ Epilepsia ☐
Violencia ☐ Hemorra. Postparto ☐
Asma Bronquial ☐ Hipertensión Arterial ☐
Cardiopatía ☐ Hoja de Coca ☐
Cirugía Pélv. - uterina ☐ Infertilidad ☐
Diabetes ☐ Neoplasias ☐

Otras Drogas ☐
Parto prolong. ☐
Preeclampsia ☐
Prematuridad ☐
Reten. Placenta ☐
Tabaco ☐
TBC Pulmonar ☐
Transtorn. Mentales ☐
VIH/SIDA ☐
Otros ☐

Vac. Previas

Rubéola ☐ SI ☐ NO ☐
Hepatitis B ☐ SI ☐ NO ☐
Papiloma Virus ☐ SI ☐ NO ☐
Fiebre Amarilla ☐ SI ☐ NO ☐

Peso y Talla

Peso Habitual: ☐ Kg
Talla: ☐ cm
IMC: ☐

Antitetánica

N° Dosis ☐ Sin dosis ☐ No Aplica ☐
Prevía 1ra ☐ 2da ☐
meses de gestación
VACUNA TDAP ☐ Fecha: / /

Tipo de Sangre

Grupo: A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐
Rh: Rh (+) ☐ Rh(-) Sen Desc ☐ Rh(-) No Sen ☐ Rh(-) Sen ☐

Fuma

N° Cigarros/día ☐
Drogas ☐ Si ☐ No ☐

Fecha Última Menstruación

F.U.M. ☐ Duda: Si ☐ No ☐

EG/ Ecografía ☐ Sem. ☐
No Aplica ☐ Fecha: / /

Fecha Probable de Parto: / /

Hospitalización

Hospitalización: Si ☐ No ☐
Fecha: / /

Diagnostico: ☐
CIE 10 ☐

Vacuna Hepatitis B

1ra Dosis ☐ Fecha: / /

2da Dosis ☐ Fecha: / /

3ra Dosis ☐ Fecha: / /

Vac. Influenza

1ra Dosis ☐ Fecha: / /

Emergencia

Fecha: / /

Diagnostico: ☐

CIE 10 ☐

Violencia / Género

Ficha Tamizaje Si ☐ No ☐
Violencia Si ☐ No ☐
Fecha: / /

Examen Fisico

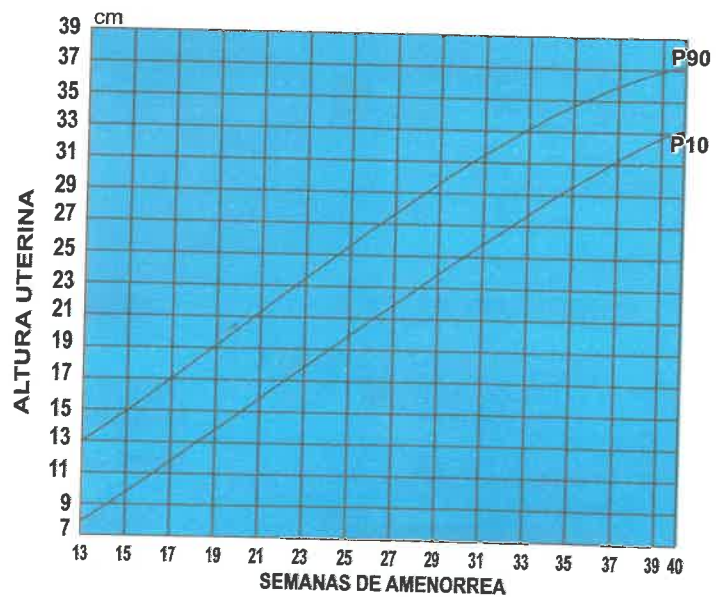
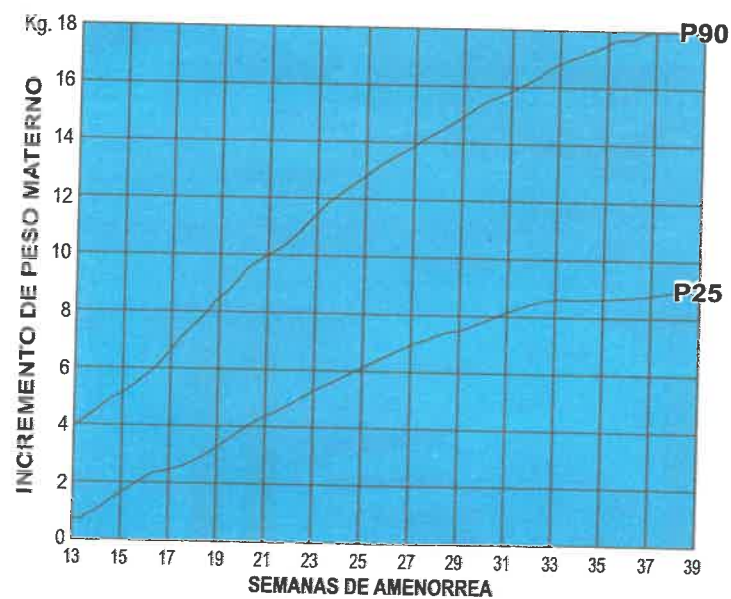
Clínico: Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico ☐
Mamas: Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico ☐
Cuello ☐
Uterino: Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico ☐
Pelvis: Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico ☐
Odont.: Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico ☐

Exámenes de Laboratorio

Hg(%) ☐ No se Hizo ☐ Fecha ☐
Hemoglobina 1: ☐ Hemoglobina 2: ☐ Hemogl. al Alta: ☐
Glicemia 1: Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica ☐
Glicemia 2: ☐ Tolerancia Glucosa: ☐
VDRL/RPR 1: No reactivo ☐ Reactivo ☐ No se Hizo ☐ No Aplica ☐
FTA abs: ☐
VIH Prueba rápida 1: ☐ VIH Prueba rápida 2: ☐ ELISA: ☐
Prueba rápida sífilis 1: ☐ Prueba rápida sífilis 2: ☐
Western Block: ☐ HTLV: ☐ TORCH: ☐ Gota Gruesa: ☐
Ex. Comp. Orina 1: ☐ Ex. Comp. Orina 2: ☐ Bacteriuria: ☐ Nitritos: ☐
Urocultivo: ☐ Bk en Esperto: ☐ Tamizaje Hepatitis B 1: ☐ Tamizaje Hepatitis B 2: ☐
Normal ☐ Anormal ☐ No se Hizo ☐ No Aplica ☐
PAP: ☐ IVAA: ☐ Colposcopia: ☐

ATENCIONES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y Hora atención (a/m/d hh:mm)	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :
Edad Gest. (Semanas)									
Peso madre (Kg)									
Temperatura (°C)									
Presión arter. (mm.Hg)									
Saturación									
Pulso materno (x min.)									
Altura Uterina (cm.)									
Situación (L/T/NA)									
Presentación (C/P/NA)									
Posición (D/I/NA)									
F.C.F (X min./NA)									
Mov. Fetal (+/++/+++ /SM/NA)									
Proteinuria Cualitativa (+/++/+++ /NSH)									
Edema (+/++/+++ /SE)									
Reflejo Osteotendinoso (+/++/+++) NSH									
Examen de Pezón (Formado/ No form/Sin exam)									
Indic. Hierro / Ac. Fólico (Igual a 14 sem.)									
¿Consumio Hierro / Ac Fólico? (Si, No)									
Indic. Calcio (20 sem)									
Indic. Ac. Fólico (hasta 13 sem)									
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut Inm/VIH/TBC/No se hizo/NA)									
EG de Eco. Control (Sem/No se hizo/NA)									
Perfil Biofísico (4, 6, 8, 10 de 10/ NSH / NA)									
Cita (a /m /d)									
Visita domicil. (Si /No /NA)									
Plan Parto (Control /Visita /No se hizo /NA)									
Acompañamiento del familiar (Si /No)									
Establec. de la atención									
Responsable atención									
N° Formato SIS									

L= Longitud T=Transversa C= Cefálica D= Derecha I= Izquierda SM= Sin Movimiento SE= Sin Edema NA= No Aplica NSH= No se Hizo Fe= Ferroso



Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

1. _____ Sin patologías ☐

2. _____

3. _____

Fecha: ____/____/____

____/____/____

____/____/____

Otras patologías (CIE 10):

1:

2:

Referencia - Consulta Externa

Referencia - Emergencia

Referencia - Apoyo al diagnóstico

Si ☐ No ☐ No Aplica ☐

Si ☐ No ☐ No Aplica ☐

Si ☐ No ☐ No Aplica ☐

Fecha: ____/____/____

____/____/____

____/____/____

Establ. Trasl:

Establ. Trasl:

Establ. Trasl:

Sin patologías ☐ Estimulación prenatal ☐ Plan de parto Si ☐ NO ☐ SI APLICA ☐ Alojada en casa de espera Si ☐ NO ☐ NO APLICA ☐

Estado

HCMP:

Atención prenatal

☐

Aborto

☐

Parto

☐

Producto de la concepción

Hijo Único

☐

Embarazo Múltiple

☐

Orden

☐

Aborto

☐

Ingreso al establecimiento por parto o aborto incompl.

Fecha: y Hora: / /

REFERENCIA AL INGRESO

Si

☐

No

☐

No Aplica

☐

FREC.

RESP.

☐

TEMP.

☐

SITUACIÓN

Longitudinal

Transversa

PRESENTACIÓN

Cefálica

Pélvica

POSICIÓN

Derecha

Izquierda

ALTURA UTERINA

cm.

TAMAÑO FETAL ACORDE

Si

No

F.C.F.

INICIO

Espontáneo

Inducido

DILATACIÓN

MEMBRANAS

Rotas

Integras

LIQUIDO AMNIOTICO

Claro

Verde claro

Verde oscuro

Sanguinolento

PULSO MATERNO

☐

PESO

Kg.

☐

E.G.

☐

PRESIÓN ARTERIAL (Sistólica / Diastólica)

☐

Signos y Síntomas de Alerta

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

Corticoides antenatales (28-34 sem)

Completo

☐

Incompleto

☐

No recibe

☐

No Aplica

☐

SEM. INICIO

☐

Tipo Procedimiento

CESAREA

Corporal

Segmentaria

No Aplica

ABORTO

Ameu

Legrado

No Aplica

Medicación en parto (ver anexo)

Sin Medicación

MEDICACIÓN:

MEDICAMENTOS:

1.

2.

3.

Indicación Principal Parto Operatorio

No hubo

Atención

NIVEL:

FONP

FONB

FONE

FONI

Domiciliario

Otro

Parto o Legrado NEONATO

Medico

Residente medico

Obstetra

Interno

Enfermera

Tec. de Enfermería

Estudiante

Empírica o partera

Familiar

Otros

Responsable de la atención del Parto ó Legrado Uterino

(Firma y Sello)

Responsable de la atención del Neonato

(Firma y Sello)

Recién Nacido

Sexo

Femenino

☐

Masculino

☐

Indeterminado

☐

Talla

☐

mm

Peso

☐

g

☐

< 2500 g.

☐

< 1500 g.

☐

> 4000 g.

P.Cef.

☐

mm

☐

Temp.

☐

°C

Edad por Ex. Físico

☐

Sem

☐

< 37

☐

> 42

☐

APGAR:

4-6

0-3

1'

☐

2'

☐

Peso X Edad Gestacional:

Adecuado

☐

Pequeño

☐

Grande

☐

5'

☐

Exam. Físico

Normal

☐

Anormal

☐

No reactivo

☐

Reactivo

☐

No se hizo

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

No

☐

Si

☐

INDICACIONES AL ALTA:

FIRMA DEL RESPONSABLE

EPICRISIS:

Los códigos que se presentan corresponden a la
Clasificación internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE10)

ANENCEFALIA Y MALF. CONG. SIMIL.	Q00	KERNICTERUS	P57
ASFIXIA DEL NACIMIENTO	P21	LABIO LEPORINO	Q36
COAG. INTRAVASC. DISEM.	P60	MALFORMACIONES ORGANOS GENITALES	Q50
CONJUNTIVITIS NEONATAL	P391	MALFORMACIONES SIST CIRCULATORIO	Q20
CONVULSIONES DEL RN	P90	MALFORMACIONES SIST DIGESTIVO	Q39
DEFORM CONGENIT CADERA	Q65	MALFORMACIONES SIST RESPIRATORIO	Q30
DIARREA	A09	MALFORMACIONES SIST URINARIO	Q60
DICTUS ARTERIOSO PRESISTENTE	Q250	MEMBRANA HIALINA	P22
EDEMA CEREB. X TRAUMAT. AL NAC.	P110	MEMINGITIS	G00
ENCEFALOCEFE	Q01	NEUMONIA CONGENITA	P23
ENFERMEDAD HEMORR. FETO/RN	P53	ONFALITIS RN C/S HEMORRAG LEVE	P38
ENFERMEDADES VIRALES CONGENITAS	P35	OTRA PATOLOGIA DEL RN	P83
ENFIS. INTERS. Y OTRAS PERINAT	P25	OTRAS AFECC DE PIEL FETO R/N	P96
ENTEROCO NECROTIZ FETO/RN	P77	OTRAS AFECC DEL PERIODO PERINAT	P96
ESPIÑA BIFIDA	Q05	OTRAS LATERA METAB ELECTROL. RN	P74
FETO/RN AFFECT X ANEST-ANALG.	P040	OTRAS APNEAS DEL RN	P284
FETO/RN AFFECT X CORIOAMNIONITIS.	P027	OTRAS ENF INFECC-PARASIT CONGEN	P37
FETO/RN AFFECT X COMP. CORD. UMB.	P025	OTRAS HEMORRAGIAS NEONATALES	P54
FETO/RN AFFECT X COMPL MATER	P008	OTRAS MALFORMACIONES	Q99
FETO/RN AFFECT X OLIGOHIDRAMNIO	P012	OTRAS ONSTRUCC INTESTINALES RN	P76
FETO/RN AFFECT X PARTO CON FORCEPS	P032	OTROS TRANST ENDOCR TRANSIT	P72
FETO/RN AFFECT X PARTO CON VENTOSA	P033	OTROS TRANST HEMOTOL PERINAT	P61
FETO/RN AFFECT X POLIHIDRAMNIO	P013	OTROS TRANST PERINAT DIGESTIVOS	P78
FETO/RN AFFECT X PROLAP. CORD. UMB.	P024	OTROS TRAUMATISMOS DEL NACIM	P15
FISURA PALADAR	Q35	PERDIDA DE SANGRE FETAL	P50
HEMORRIA CEREBRAL X TRAUM AL NAC	P101	PROBLEMA DE INGESTION ALIMENTOS	P92
HEMORRIA INTRA CRAN NO TRAUMAT	P52	REACC E INTOXICAC X DROGAS	P93
HEMORRIA PULM PERINATAL	P25	RETARDO CRECIM Y DESNUT FETAL	P05
HEMORRIA UMBILICAL DEL RN	P51	RETINOPATIA DEL PREMATURO	H35
HERNIA INGUINAL	K40	SEPSIS BACTERIANA DEL RN	P36
HIDROCEFALIA	Q03	SIFILIS CONGENITA	A50
HIDRO PES FETALX ENF HEMOLITICA	P '56	SINDROME DE DOWN	Q90
HIPOCALDEMIA NEONATAL	P711	SINDROMES DE ASPIRACION NEONATAL	P24
HIPOCLICEMIA NEONATAL	P704	TACUINPEA TRANSITORIA	P221
HIPOMAGNESEMIA NEONATAL	P712	TETANO NEONATAL	A33
HIPOTENSION SHOCK	P87	TRANS RELACION BPN	P07
HIPOTERMIA DEL RN	P80	TRANS X EMB PROLONG Y SOBRES PESO	P08
HIPOXIA INTRAUTERINA	P29	TRANS CARDIOVASC PERINATAL	P29
ICTERICIA NEO X CAUSAS NO ESPECIF	P58	TRANS TONO MUSCULAR RN	P94
ICTERICIA NEO X HEMOLISIS EXCESIVAS	P75	TRAUMA CUERO CABELLUDO AL NACER	P12
ILEO MECONIAL	P551	TRAUMA ESQUELETO AL NACER	P13
INCOMPATIB ABO FETO/RN	P550	TRAUMA SIS NERVIOSO PERIFERICO	P14
INCOMPATIB RH FETO/RN			

Los códigos corresponden a la Clasificación internacional de enfermedades (CIE 10)

PATOLOGIA	CODIGOS	PATOLOGIA	CODIGOS
ABORTO COMPLETO	O0295	HERPES GESTACIONAL	O264
ABORTO INCOMPLETO	O0290	HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE	O210
ABORTO NO ESPECIFICADO	O06	HIPEREMESIS GRAVIDICA-TRANST METABOL	O211
ABORTO RETENIDO	O021	HTA PREEXISTENTE EMB-PART-PUER	O10
ABORTO SEPTICO	O080	INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO	O343
ABORTO TERAPEUTICO	O04	INFECC DEL TRACTO GENITAL	O235
AMENAZA DE ABORTO	O200	INFECC BOLSA AMNIOT O MENBRANAS	O411
ANEMIA EN EMB-PART-PUER	O340	INFECC DEL TRACTO URINARIO	O23
ANOMALIA CONGENITA DEL UTERO	O62	INFECC MAMA ASOCIAD/C/PARTO	O91
ANORM DIMAN DEL TDP	R827	INFECCIONES PUPERPERALES	O86
BACTERIURIA ASINTOMATICA DEL EMB	C53	INTENTO FALLIDO DE ABORTO	O07
CANCER CUELLO UTERINO	C50	INVERSION DEL UTERO	O712
CANCER DE MAMA	Z867	ISOINMUNIZACION RHESUS	O360
CARDIOPATIA	O282	MALARIA	B50
CITOLOGIA ANORMAL EN CPN	O89	MOLA HIDATIFORME	O01
COMP ANESTES EN PUERPERIO	O74	MUERTE INTRAUTERINA	O364
COMP ANESTES EN TDP/PARTO	O29	MUERTE OBST X CAUSA NO ESPECIF	O95
COMPLIC ANESTESIA EN EL EMB	O31	OLIGOHIDRAMNIO	O410
COMPLIC ESPECIFICAS DEL EMB MULTIP	O22	OTRA PATOLOGIA MATERNA	O75
COMPLIC VENOSAS EMBARAZO	O87	OTRAS COMP X TDP /PARTO	O99
COMPLIC VENOSAS PUERPERIO	O96	OTRAS ENF MAT EMB-PART-PUER	O66
DEFUNCION MATERNA TARDIA	O901	OTRAS OBSTRUCC DEL TDP	O41
DEHISCENCIA DE EPISIOTOMIA	O900	OTROS TRANS LIQ AMNIOTICO Y MEMB	O60
DEHISCENCIA DE SUTURA DE CESAREA	O713	PARTO PREMATURO (INCLAMENAZA)	O44
DEPENDENCIA DE DROGAS	O70	PLACENTA PREVIA	O40
DESGARRO OBST DEL CUELLO UTERINO	O25	POLIHIDRAMNIO	O13
DESGARRO PERINEAL EN EL PARTO	O45	PREECLAMPSIA LEVE	O140
DESNUTRICION EN EL EMBARAZO	O24	PREECLAMPSIA MODERADA	O141
DESPREN PREMT DE LA PLACENTA	O660	PREECLAMPSIA SEVERA	O149
DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO	O15	PREECLAMPSIA NO ESPECIFICADA	O284
DIATOCIA DE HOMBROS	O12	RADIOLOGIA A NORM EN CPN	P05
ECLAMPSIA	O300	RCU	O73
EDEMA Y PROTEINURIA X GESTA S/HTA	O00	RETEN PLACENTA/MEMB, S/HEMORRAG	O42
EMBARAZO DOLBLE	O06	RUPTURA PREMATURA MENBRANAS	O711
EMBARAZO ECTOPICO	O301	RUPTURA UTERO EN TDP	O85
EMBARAZO PROLONGADO	O88	SEPSIS PUERPERAL	B20
EMBARAZO TRIPLE	O98	SIDA	O981
EMBOLIA OBSTETRICA	O47	SIFILIS COMPLICANDO EMB-PART-PUER	O980
ENF MATER INFECC- PARAS EMB-PART-PUER	O61	TBC EMB-PART-PUER	O64
FALSO TRABAJO DE PARTO	O982	TDP OBSTRU X MAL POSIC FETAL	O65
FRACASO DE LA INDUCCION DEL TDP	O717	TDP OBSTRU X PELVIS ANORMAL	O63
GONORREA EMB. PART-PUER	O46	TDP PROLONGADO	O69
HEMATOMA OBST PELVIS	O721	TDP/PARTO COMPLIC X CORD UMBIL	O68
HEMORR ANTEPARTO NO CLSIF	O720	TDP/PARTO COMPLIC X SUFRIM FET	R730
HEMORR POR ATONIA UTERINA	O081	TOLERANC GLUCOSA ANORMAL	O43
HEMORR POSTPARTO/RETENC. PLACENTA	O984	TRANSORNOS PLACENTARIOS	O341
HEMORR X ABORTO ECTOPICO O MOLAR		TUMOS DEL CUERPO DEL UTERO	O283
HEPATITIS VIRAL		ULTRASONIDO ANORMAL EN CPN	

INDICACIÓN PRINCIPAL POR LO QUE SE REALIZÓ LA CESÁREA

Sin Dato
CESÁREA ANTERIOR
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO
DESproporción FETO-PELVICA
ALTERACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD
PARTO PROLONGADO
FRACASO DE INDUCCIÓN
DESCENSO DETENIDO DE PRESENTAC.
EMBARAZO GEMELAR
VIH

RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO
PRETERMINO
POSTERMINO
PRESENTACIÓN PODALICA
VARIEDADES POSTERIORES
SITUACIÓN TRANSVERSA
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
SOSP. O CERTEZA INFECCIÓN OVUL.
PLACENTA PREVIA

DESPREND. PLACENTE NORMO INSERTA
ROTURA UTERINA
TOXEMIA (EPH/GESTOSIS)
HERPES GENITAL
CONDILOMATOSIS GENITAL
OTRA ENFERMEDAD MATERNA
MORTINATO
AGOTAMIENTO MATERNO
OTRA

MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS	MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS	MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS
ANESTESIA LOCAL	BUPIVACAINA LIDOCAINA Y SIMILARES	ANTIHIPERTENSIVO	ANTAGONISTAS DEL CALCIO ATENOLOL CAPTOPRIL HIDRALAZINA METILDOPA	SANGRE	PAQUETE GLOBULAR PLAQUETAS PLASMA
ANESTESIA REGIONAL	BUPIVACAINA LIDOCAINA Y SIMILARES LIDOCAINA BUPIVACAINA		NITROPRUSIATO DE SODIO	ANTICONVULSIONANTE	DIFENILHIDANTOINA SULFATO DE MAGNESIO
ANESTESIA GENERAL	ETER HALOTANO KETAMINA CLORHIDRATO OXIDO NITROSO TIOPENTAL	ANTIBIÓTICO	AMIKACINA AMOXICILINA AMPICILINA AMPICILINA-GENTAMICINA CEFALOSPORINAS CEFALOSPORINAS-AMINOGLUCOC CLORANFENICOL ERITROMICINA GENTAMICINA METRONIDAZOL PENICILINA PENICILINA-GENTAMICINA PENICILINA-GENTAMICINA-CLORENF	OTRA MEDICACIÓN	ANIMAS SIMPATICOMIMIETICAS AMINOFILINA ANTIESPASMODICOS ANTIPIROSTAGLANDINAS BETA BLOQUEANTES BETA MINETICOS BLOQUEANTES MUSCULARES CARDIOTONICOS CORTICOIDES DIURETICOS HEPARINA INSULINA PROSTAGLANDINAS
SÓDICO	ACIDO ACETIL SALICILICO				
ANALGES. TRANQUIL.	CODEINA DIAZEPAN IBUPROFENO METAMIXOL MORFINA PARACETAMOL PETIDINA (MEPERIDINA)				