



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



DATOS DE AFILIACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de Nac.: _____ Lugar: _____ Dist.: _____

Prov.: _____ Estado Civil: _____ Grado de Instrucción: _____

DNI N°: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____ Distrito: _____

Centro de Trabajo: _____ SIS: _____

Nombre del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____

En caso de Emergencia comunicar a: _____

Fecha de Ingreso:

DÍA	MES	AÑO

Hora: _____

GRÁFICA DE CONTROLES VITALES

[illegible]

GRÁFICA DE CONTROLES VITALES

[illegible]



ANAMNESIS Y EXAMEN CLÍNICO

1. FECHA Y HORA
2. ANAMNESIS
3. EXAMEN FÍSICO

4. DIAGNÓSTICO
5. PLAN DIAGNÓSTICO
6. PLAN TERAPÉUTICO
7. NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

SERVICIO:

Nº de Cama:

Nº de H.C.:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

ANAMNESIS Y EXAMEN CLÍNICO

ANAMNESIS Y EXAMEN CLÍNICO

1. FECHA Y HORA
2. ANAMNESIS
3. EXAMEN FÍSICO

4. DIAGNÓSTICO
5. PLAN DIAGNÓSTICO
6. PLAN TERAPÉUTICO
7. NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

SERVICIO:

Nº de Cama:

Nº de H.C.:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

ANAMNESIS Y EXAMEN CLÍNICO



NOTA DE INGRESO GINECO - OBSTÉTRICA

FURN: _____

EG.: _____

G: _____ P: _____

CPN: _____ N°: _____

FUP: _____

FECHA: ____/____/____

Hora de Ingreso: _____

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____

SS N° _____ Dirección: _____

Referida de: _____

MOTIVO DE INGRESO:

ANTECEDENTES

Diabetes Si No

HTA Si No

HIE Si No

TBC Si No

Macrosomia Fetal Si No

Gemelar Si No

Malform. Congén. Si No

Polihidramnios Si No

Operaciones anteriores: _____

EXAMEN CLÍNICO:

Abdomen: _____ AU: _____ FCF: _____ Leopold: _____

Dinámica Uterina: F _____ I _____ D _____ Tono: _____

PA: _____ FP: _____ T° _____ Peso: _____ SATURACIÓN: _____

Edemas (+) (++) (+++) (++++)

ROT +, ++, +++

EXAMEN GINECO - OBSTÉTRICO:

G.E: _____

Vagina: _____

Cérvix: _____

Útero: _____

Anexos: _____

Sangrado: _____

Pelvis: _____

Leucorrea: _____

Incorp: _____

Dilatación: _____

At. de Present: _____

Var. de Present: _____

Membranas: _____

L. Amniót: _____

Pelvis: _____

DIAGNÓSTICO:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

Obst./

Firma de Médico

CONTROL OBSTÉTRICO

[illegible]

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

NOMBRE: _____

GRAVIDEZ: _____ PARIDAD: _____ N° DE HISTORIA CLÍNICA: _____

FECHA DE INGRESO: _____ HORA DE INGRESO: _____ TIEMPO DE MEMBRANAS ROTAS _____ HORAS _____

FCF

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

LIQUIDO AMNIOTICO MOLDEAMIENTO

INTEGRAS: I
ROTAS: R
LIQ. CLARO: C
LIQ. MECONIAL: M
LIQ. SANGUINOLENTO: S

CUELLO UTERINO (cm) (Trazo X)

DESCENSO CEFALICO (trazo O)

Nº DE HORAS

HORA

PARTO ATENDIDO POR

FECHA: _____

HORA: _____

SEXO: _____

PESO: _____

TALLA: _____

APGAR: _____

TIEMPO DURACION - PARTO:

1 er. PERIODO: _____

2 do. PERÍODO: _____

3 er. PERIODO: _____

TOTAL: _____

MEJOR DE 20"

ENTRE 20" Y 40"

MAJOR DE 40"

CONTRACCIONES POR CADA 15 MINUTOS

5

4

3

2

1

OXITOCINA U/L

GOTAS/MIN.

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS Y LIQUIDOS IV

PULSO

●

180

170

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

180

170

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

PRESION ARTERIAL

TEMPERATURA C°

38

37

36

35

34

33

32

31

30

29

28

27

26

25

24

23

22

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

38

37

36

35

34

33

32

31

30

29

28

27

26

25

24

23

22

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

38

37

36

35

34

33

32

31

30

29

28

27

26

25

24

23

22

21

20

19

18

17

16

15

14

13

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

ORINA

PROTEINA

ACETONA

VOLUMEN

PROTEINA

ACETONA

VOLUMEN

PROTEINA

ACETONA

VOLUMEN



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



RESUMEN DE PARTO

Pasa ser llenada por el
profesional que atendió el parto

FECHA DE INGRESO / / HORA CONTROLADA SI ☐ NO ☐
FORMULA OBSTÉTRICA G P URN EG
MEMBRANAS: I ☐ R ☐ HORAS

PRIMER PERIODO	FECHA	HORA DE INICIO:		
	Inicio	Esponáneo <input type="checkbox"/>	Inducido <input type="checkbox"/>	Estimulado <input type="checkbox"/>
	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Especificar <u> </u>	

SEGUNDO PERIODO	REM <input type="checkbox"/> RAM <input type="checkbox"/> LA <u> </u> CANTIDAD <u> </u>	HORA DE INICIO:
	Premt <input type="checkbox"/> Precoz <input type="checkbox"/> Tardía <input type="checkbox"/>	
	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Especificar <u> </u>	
	Parto: Fecha: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Hora: <u> </u>	Sencillo <input type="checkbox"/> Múltiple <input type="checkbox"/>
	Esponáneo <input type="checkbox"/> Incluido <input type="checkbox"/> Instrumentado <input type="checkbox"/>	
	Episiotomía M <u> </u> MLD <u> </u> MLI <u> </u> Desgarro I <u> </u> II <u> </u> III <u> </u> IV	
	Extracción Podálica <input type="checkbox"/> Analgesia <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>	

TERCER PERIODO	Normal <input type="checkbox"/> Schultze <input type="checkbox"/> Duncan <input type="checkbox"/>	HORA DE ALIMBRAMIENTO:
	Anormal <input type="checkbox"/> Especificar <u> </u>	
	Esponáneo <input type="checkbox"/> Dirigido <input type="checkbox"/> Perdida Sanguínea <u> </u> cc	
	Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Infartos <input type="checkbox"/> Peso <u> </u> grs	
	Membranas: C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
	Cordón: Long <u> </u> cm Céntrico <input type="checkbox"/> Excéntrico <input type="checkbox"/> Marg <input type="checkbox"/>	
Velamentosa <input type="checkbox"/> Nudo <input type="checkbox"/> CIRCULAR <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/> Triple <input type="checkbox"/>		
Líquido Amniótico <u> </u> cc Mal olor <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>		

CUARTO PERIODO (PUERPERIO)	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Especificar <u> </u>	REVISIÓN DE CAVIDAD UTERINA NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> TIPO Manual <input type="checkbox"/> Instrumental (Pinza / LU) <input type="checkbox"/>					
	HORA	PULSO	PA	INVOL.UT	LOQUIOS	OBSERVACIONES	EXAMINADOR
	C/15' X 2 h						
	C/30' X 1 h						
	C/H X 3 h						
DIAGNÓSTICO DEL PARTO Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Especificar: <u> </u>							



HISTORIA CLÍNICA DEL RECIEN NACIDO

FECHA: _____ HORA: _____ SEXO: _____

NOMBRE: _____

ANTECEDENTES MATERNOS:

EDAD: _____ PARIDAD: _____

FUR: _____ FPP: _____

EG: _____

TIPO DE PARTO: _____

ANESTESIA: _____

M. OVULARES: _____

CPN: _____

GRUPO SANGUINEO: _____

ANTECEDENTES NATALES:

FECHA Y HORA DEL PARTO: _____

PRESENTACIÓN: _____

APGAR: _____

GRADO DE REANIMACIÓN: _____

PESO AL NACER: _____

GRUPO SANGUÍNEO: _____

LÍQUIDO AMNIÓTICO: _____

PLACENTA: _____

OTROS: _____

ENFERMEDAD ACTUAL:

EXAMÉN FÍSICO: T° _____ FR: _____ FC: _____ Sat O₂ _____ PESO: _____

INSPECCIÓN GENERAL: _____

PIEL: _____

CABEZA: _____

AP. RESPIRATORIO: _____

AP. CARDIOVASCULAR: _____

ABDOMEN: _____

SME: _____

GENITOURINARIO: _____

SN: _____

EXÁMENES AUXILIARES: _____

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA: _____

PLAN DE TRABAJO: _____

FIRMA: _____

ORDENES MÉDICAS Y EVOLUCIÓN

[illegible]**SERVICIO:**

Nº de Cama:

Nº de H.C.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

ORDENES MÉDICAS Y EVOLUCIÓN

[illegible]**SERVICIO:**

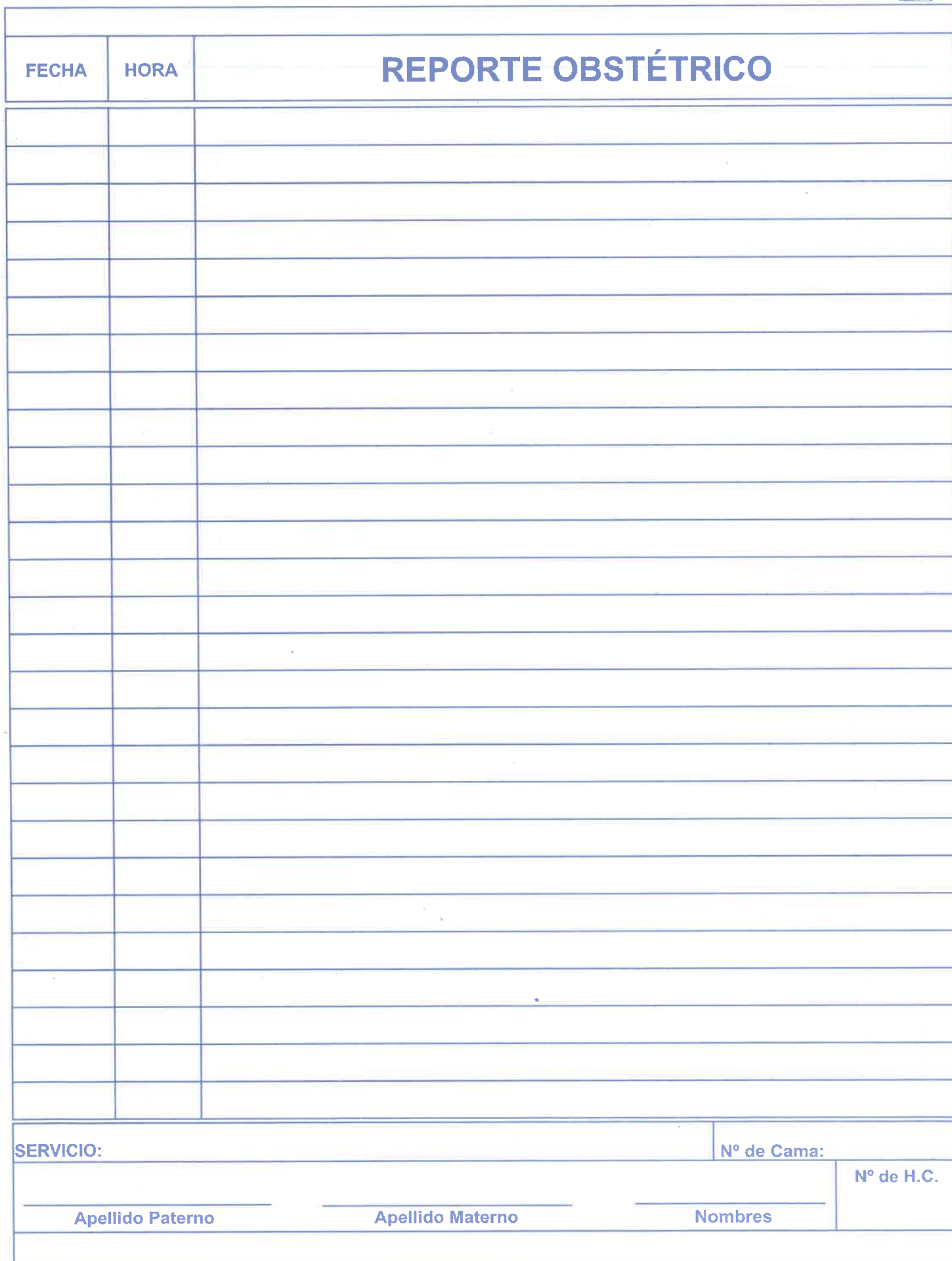
Nº de Cama:

Nº de H.C.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres



[illegible]

[illegible]

Nº de Cama:

Nº de H.C.

Apellido Materno

Nombres



FECHA

HORA

INCLUIR MEDICACIÓN Y TRATAMIENTOS ADMINISTRATIVOS (Observaciones)
(Toda anotación debe llevar el nombre y la firma de la enfermera)

[illegible]**SERVICIO:**

Nº de Cama:

Nº de H.C.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres



FECHA

HORA

SERVICIO:

Nº de Cama:

Nº de H.C.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

(Continúa a la vuelta)

[illegible]**SERVICIO:**

Nº de Cama:

Nº de H.C.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

(Continúa a la vuelta)