

PRIMERA ATENCIÓN

Nº H.CL.:

FECHA:

DATOS GENERALES

APELLIDOS Y NOMBRES:	EDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:	DNI:
PROCEDENCIA:	DOMICILIO:
GRADO DE INSTRUCCIÓN:	OCUPACIÓN:
RELIGIÓN:	RAZA:
ESTADO CIVIL:	CÓDIGO DE AFILIACIÓN
	OTROS:

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES:
 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:
 ALERGIA A MEDICAMENTOS:
 ANTECEDENTES FAMILIARES:

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICO

MENARQUIA:	R/C:
I.R.S.:	Nº PAREJAS SEXUALES:
ULTIMO PAP.	ITS:
MÉTODO ACTUAL:	Nº DOSIS ANTITETÁNICA:
PARIDAD (GP):	FUR:

FPP: _____

Nº GESTA	PARTO INST/DOMIC.	FECHA	SEXO RN	PESO RN	RESP. ATENC. PARTO	TIPO DE PARTO	ABORTO	COMPLICACIÓN U OTROS

APELLIDOS Y NOMBRES:

Nº H.CL.:

PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO

	SI	NO
Cefalea		
Edemas		
Sangrado		
Escotomas		
Epigastralgia		
Perdida de LA		
Fiebre		
Ausencia de movimientos		
Molestias urinarias		
Vómitos Exagerados		

ATENCIÓN INTEGRAL BASICA

	SI	NO
Orientación en PPFF		
Orientación en ITS		
Vacuna Antitetánica		
Salud Bucal		
Sospecha de Tuberculosis		
Consejería Nutricional		
Detección de CaCu		
Charlas Educativas		
Plan de Parto		
Charlas Educativas		
Evaluación y orientación en Salud mental		
Detección de Violencia familiar		

ACUERDO NUTRICIONAL

- 1.- _____
- _____
- 2.- _____
- _____
- 3.- _____
- _____

FECHA: _____ HORA: _____ EDAD: _____

Motivo de la consulta:

APETITO: _____ SED: _____ SUEÑO: _____ ESTADO DE ÁNIMO: _____

ORINA: _____ DEPOSICIONES: _____

EXAMEN FÍSICO: T° _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ PESO: _____ TALLA: _____

PESO PREGESTACIÓN: _____ IMC: _____ RIESGO NUTRICIONAL: _____

ESTADO GENERAL: _____ ESTADO DE CONCIENCIA: _____

I. EXAMEN GENERAL:

Cabeza:

Cuello:

Piel y Conjuntivas:

Torax y pulmón:

Mamas: _____ Formación de Pezones: (si) (no)

Aparato respiratorio:

Aparato Cardio Vascular:

Abdomen:

Genito Urinario:

reflejos Osteotendinosos:

Neurológico:

III. EXAMEN OBSTÉTRICO:

AU: _____ Acorde con E.G.: (si) (no)

DU: _____

F.C.F: _____ SPP(SIT., PRESENT., POSIC.): _____ Mov. F: _____

E.G.: _____

Genitales Ext.: _____ Sang Vag: (si) (no) Perdida L.A. (si) (no)

PAP: (SI) (NO)

Tacto Vaginal

Pelvimetria: _____ Pelvis Genecoide: (si) (no)

DIAGNÓSTICO.

TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES

Interconsultas:

Exámenes Auxiliares: (Describe Resultados)

		1°	2°	3°
Medicina: ()	Hb			
Nutrición: ()	GF. Rh			
Odontología: ()	RPR			
Enfermería DT: ()	VIH			
Psicología ()	ORINA			
Otros ()	PROTEINA			
	GLUCOSA			
	OTRO			

Ecografía (1° antes 20 sem.): (si) (no)

Referencia:

Próxima cita:

atendido por:

Firma y Sello:

Observaciones:

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° H CL.:



PERU

Ministerio
de SaludDirección Regional
de Salud JunínRed de Salud
Valle del Mantaro

02

HISTORIA CLINICA DE GESTANTES

ATENCIÓN PRENATAL N°.....

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO		
	SI	NO
Cefalea		
Edemas		
Sangrado		
Escotomas		
Epigastralgia		
Perdida de LA		
Fiebre		
Ausencia de movimientos		
Molestias urinarias		
Vómitos Exagerados		

INTERCONSULTAS		
	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Enfermería		
Psicología		

ACUERDO NUTRICIONAL:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

FECHA:	HORA:	EDAD:				
Motivo de la consulta:						
APETITO:	SED:	SUEÑO:	ESTADO DE ÁNIMO:			
ORINA:	DEPOSICIONES:					
EXAMEN FÍSICO:	T°	PA:	FC:	FR:	PESO:	TALLA:
ESTADO GENERAL:			ESTADO DE CONCIENCIA:			
Piel y mucosas:						
Mamas:						
Abdomen:		AU:	SPP:	LCF:	MOV F:	
Genitales Ext:		Sang. Vag. (si) (no)		Perdida L.A. (si) (no)		
Tacto Vaginal:						
Pelvimetría:		Pelvis Ginecoide: (si) (no)				
Miembros Inf:						
DIAGNÓSTICO:				TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES		
				Exam. Auxiliares:		
Próxima cita:				Referencia:		
Atendido por:				Firma y Sello:		
Observaciones:						

ATENCIÓN PRENATAL N°.....

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO		
	SI	NO
Cefalea		
Edemas		
Sangrado		
Escotomas		
Epigastralgia		
Perdida de LA		
Fiebre		
Ausencia de movimientos		
Molestias urinarias		
Vómitos Exagerados		

INTERCONSULTAS		
	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Enfermería		
Psicología		

ACUERDO NUTRICIONAL:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

FECHA:	HORA:	EDAD:				
Motivo de la consulta:						
APETITO:	SED:	SUEÑO:	ESTADO DE ÁNIMO:			
ORINA:	DEPOSICIONES:					
EXAMEN FÍSICO:	T°	PA:	FC:	FR:	PESO:	TALLA:
ESTADO GENERAL:			ESTADO DE CONCIENCIA:			
Piel y mucosas:						
Mamas:						
Abdomen:		AU:	SPP:	LCF:	MOV F:	
Genitales Ext:		Sang. Vag. (si) (no)		Perdida L.A. (si) (no)		
Tacto Vaginal:						
Pelvimetría:		Pelvis Ginecoide: (si) (no)				
Miembros Inf:						
DIAGNÓSTICO:				TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES		
				Exam. Auxiliares:		
Próxima cita:				Referencia:		
Atendido por:				Firma y Sello:		
Observaciones:						

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° H CL:



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección Regional
de Salud JunínRed de Salud
Valle del Mantaro**HISTORIA CLINICA DE GESTANTES**

ATENCIÓN PRENATAL N°.....

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO		
	SI	NO
Cefalea		
Edemas		
Sangrado		
Escotomas		
Epigastralgia		
Perdida de LA		
Fiebre		
Ausencia de movimientos		
Molestias urinarias		
Vómitos Exagerados		

INTERCONSULTAS		
	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Enfermería		
Psicología		

ACUERDO NUTRICIONAL:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

FECHA:	HORA:	EDAD:				
Motivo de la consulta:						
APETITO:	SED:	SUEÑO:	ESTADO DE ÁNIMO:			
ORINA:	DEPOSICIONES:					
EXAMEN FÍSICO:	T°	PA:	FC:	FR:	PESO:	TALLA:
ESTADO GENERAL:			ESTADO DE CONCIENCIA:			
Piel y mucosas:						
Mamas:						
Abdomen:	AU:	SPP:	LCF:	MOV F:		
Genitales Ext:		Sang. Vag. (si) (no)		Perdida L.A. (si) (no)		
Tacto Vaginal:						
Pelvimetría:		Pelvis Ginecoide: (si) (no)				
Miembros Inf:						
DIAGNÓSTICO:				TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES		
				Exam. Auxiliares:		
Próxima cita:				Referencia:		
Atendido por:				Firma y Sello:		
Observaciones:						

ATENCIÓN PRENATAL N°.....

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO		
	SI	NO
Cefalea		
Edemas		
Sangrado		
Escotomas		
Epigastralgia		
Perdida de LA		
Fiebre		
Ausencia de movimientos		
Molestias urinarias		
Vómitos Exagerados		

INTERCONSULTAS		
	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Enfermería		
Psicología		

ACUERDO NUTRICIONAL:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

FECHA:	HORA:	EDAD:				
Motivo de la consulta:						
APETITO:	SED:	SUEÑO:	ESTADO DE ÁNIMO:			
ORINA:	DEPOSICIONES:					
EXAMEN FÍSICO:	T°	PA:	FC:	FR:	PESO:	TALLA:
ESTADO GENERAL:			ESTADO DE CONCIENCIA:			
Piel y mucosas:						
Mamas:						
Abdomen:	AU:	SPP:	LCF:	MOV F:		
Genitales Ext:		Sang. Vag. (si) (no)		Perdida L.A. (si) (no)		
Tacto Vaginal:						
Pelvimetría:		Pelvis Ginecoide: (si) (no)				
Miembros Inf:						
DIAGNÓSTICO:				TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES		
				Exam. Auxiliares:		
Próxima cita:				Referencia:		
Atendido por:				Firma y Sello:		
Observaciones:						

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° H CL:



PERU

Ministerio
de SaludDirección Regional
de Salud JunínRed de Salud
Valle del Mantaro**HISTORIA CLINICA DE GESTANTES**

ATENCIÓN PRENATAL N°.....

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO		
	SI	NO
Cefalea		
Edemas		
Sangrado		
Escotomas		
Epigastralgia		
Perdida de LA		
Fiebre		
Ausencia de movimientos		
Molestias urinarias		
Vómitos Exagerados		

INTERCONSULTAS		
	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Enfermería		
Psicología		

ACUERDO NUTRICIONAL:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

FECHA:	HORA:	EDAD:				
Motivo de la consulta:						
APETITO:	SED:	SUEÑO:	ESTADO DE ÁNIMO:			
ORINA:	DEPOSICIONES:					
EXAMEN FÍSICO:	T°	PA:	FC:	FR:	PESO:	TALLA:
ESTADO GENERAL:		ESTADO DE CONCIENCIA:				
Piel y mucosas:						
Mamas:						
Abdomen:		AU:	SPP:	LCF:	MOV F:	
Genitales Ext:		Sang. Vag. (si) (no)		Perdida L.A. (si) (no)		
Tacto Vaginal:						
Pelvimetría:		Pelvis Ginecoide: (si) (no)				
Miembros Inf:						
DIAGNÓSTICO:				TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES		
				Exam. Auxiliares:		
Próxima cita:				Referencia:		
Atendido por:				Firma y Sello:		
Observaciones:						

ATENCIÓN PRENATAL N°.....

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO		
	SI	NO
Cefalea		
Edemas		
Sangrado		
Escotomas		
Epigastralgia		
Perdida de LA		
Fiebre		
Ausencia de movimientos		
Molestias urinarias		
Vómitos Exagerados		

INTERCONSULTAS		
	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Enfermería		
Psicología		

ACUERDO NUTRICIONAL:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

FECHA:	HORA:	EDAD:				
Motivo de la consulta:						
APETITO:	SED:	SUEÑO:	ESTADO DE ÁNIMO:			
ORINA:	DEPOSICIONES:					
EXAMEN FÍSICO:	T°	PA:	FC:	FR:	PESO:	TALLA:
ESTADO GENERAL:		ESTADO DE CONCIENCIA:				
Piel y mucosas:						
Mamas:						
Abdomen:		AU:	SPP:	LCF:	MOV F:	
Genitales Ext:		Sang. Vag. (si) (no)		Perdida L.A. (si) (no)		
Tacto Vaginal:						
Pelvimetría:		Pelvis Ginecoide: (si) (no)				
Miembros Inf:						
DIAGNÓSTICO:				TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES		
				Exam. Auxiliares:		
Próxima cita:				Referencia:		
Atendido por:				Firma y Sello:		
Observaciones:						

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° H CL:



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Junín

Red de Salud Valle del Mantaro

HISTORIA CLINICA DE GESTANTES

ATENCIÓN PRENATAL N°.....

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO		
	SI	NO
Cefalea		
Edemas		
Sangrado		
Escotomas		
Epigastralgia		
Perdida de LA		
Fiebre		
Ausencia de movimientos		
Molestias urinarias		
Vómitos Exagerados		

INTERCONSULTAS		
	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Enfermería		
Psicología		

ACUERDO NUTRICIONAL:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

FECHA:	HORA:	EDAD:				
Motivo de la consulta:						
APETITO:	SED:	SUEÑO:	ESTADO DE ÁNIMO:			
ORINA:		DEPOSICIONES:				
EXAMEN FÍSICO:	T°	PA:	FC:	FR:	PESO:	TALLA:
ESTADO GENERAL:			ESTADO DE CONCIENCIA:			
Piel y mucosas:						
Mamas:						
Abdomen:	AU:	SPP:	LCF:	MOV F:		
Genitales Ext:	Sang. Vag. (si) (no)		Perdida L.A. (si) (no)			
Tacto Vaginal:						
Pelvimetría:			Pelvis Ginecoide: (si) (no)			
Miembros Inf:						
DIAGNÓSTICO:				TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES		
				Exam. Auxiliares:		
Próxima cita:				Referencia:		
Atendido por:				Firma y Sello:		
Observaciones:						

ATENCIÓN PRENATAL N°.....

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO		
	SI	NO
Cefalea		
Edemas		
Sangrado		
Escotomas		
Epigastralgia		
Perdida de LA		
Fiebre		
Ausencia de movimientos		
Molestias urinarias		
Vómitos Exagerados		

INTERCONSULTAS		
	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Enfermería		
Psicología		

ACUERDO NUTRICIONAL:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

FECHA:	HORA:	EDAD:				
Motivo de la consulta:						
APETITO:	SED:	SUEÑO:	ESTADO DE ÁNIMO:			
ORINA:		DEPOSICIONES:				
EXAMEN FÍSICO:	T°	PA:	FC:	FR:	PESO:	TALLA:
ESTADO GENERAL:			ESTADO DE CONCIENCIA:			
Piel y mucosas:						
Mamas:						
Abdomen:	AU:	SPP:	LCF:	MOV F:		
Genitales Ext:	Sang. Vag. (si) (no)		Perdida L.A. (si) (no)			
Tacto Vaginal:						
Pelvimetría:			Pelvis Ginecoide: (si) (no)			
Miembros Inf:						
DIAGNÓSTICO:				TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES		
				Exam. Auxiliares:		
Próxima cita:				Referencia:		
Atendido por:				Firma y Sello:		
Observaciones:						

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° H CL:



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección Regional
de Salud JunínRed de Salud
Valle del Mantaro**HISTORIA CLINICA DE GESTANTES**

ATENCIÓN PRENATAL N°.....

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO		
	SI	NO
Cefalea		
Edemas		
Sangrado		
Escotomas		
Epigastralgia		
Perdida de LA		
Fiebre		
Ausencia de movimientos		
Molestias urinarias		
Vómitos Exagerados		

INTERCONSULTAS		
	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Enfermería		
Psicología		

ACUERDO NUTRICIONAL:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

FECHA:	HORA:	EDAD:				
Motivo de la consulta:						
APETITO:	SED:	SUEÑO:	ESTADO DE ÁNIMO:			
ORINA:	DEPOSICIONES:					
EXAMEN FÍSICO:	T°	PA:	FC:	FR:	PESO:	TALLA:
ESTADO GENERAL:		ESTADO DE CONCIENCIA:				
Piel y mucosas:						
Mamas:						
Abdomen:	AU:	SPP:	LCF:	MOV F:		
Genitales Ext:	Sang. Vag. (si) (no)		Perdida L.A. (si) (no)			
Tacto Vaginal:						
Pelvimetría:		Pelvis Ginecoide: (si) (no)				
Miembros Inf:						
DIAGNÓSTICO:				TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES		
				Exam. Auxiliares:		
Próxima cita:				Referencia:		
Atendido por:				Firma y Sello:		
Observaciones:						

ATENCIÓN PRENATAL N°.....

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO		
	SI	NO
Cefalea		
Edemas		
Sangrado		
Escotomas		
Epigastralgia		
Perdida de LA		
Fiebre		
Ausencia de movimientos		
Molestias urinarias		
Vómitos Exagerados		

INTERCONSULTAS		
	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Enfermería		
Psicología		

ACUERDO NUTRICIONAL:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

FECHA:	HORA:	EDAD:				
Motivo de la consulta:						
APETITO:	SED:	SUEÑO:	ESTADO DE ÁNIMO:			
ORINA:	DEPOSICIONES:					
EXAMEN FÍSICO:	T°	PA:	FC:	FR:	PESO:	TALLA:
ESTADO GENERAL:		ESTADO DE CONCIENCIA:				
Piel y mucosas:						
Mamas:						
Abdomen:	AU:	SPP:	LCF:	MOV F:		
Genitales Ext:	Sang. Vag. (si) (no)		Perdida L.A. (si) (no)			
Tacto Vaginal:						
Pelvimetría:		Pelvis Ginecoide: (si) (no)				
Miembros Inf:						
DIAGNÓSTICO:				TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES		
				Exam. Auxiliares:		
Próxima cita:				Referencia:		
Atendido por:				Firma y Sello:		
Observaciones:						

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° H CL:



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección Regional
de Salud JunínRed de Salud
Valle del Mantaro**HISTORIA CLINICA DE GESTANTES**

ATENCIÓN PRENATAL N°

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO		
	SI	NO
Cefalea		
Edemas		
Sangrado		
Escotomas		
Epigastralgia		
Perdida de LA		
Fiebre		
Ausencia de movimientos		
Molestias urinarias		
Vómitos Exagerados		

INTERCONSULTAS		
	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Enfermería		
Psicología		

ACUERDO NUTRICIONAL:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

FECHA:	HORA:	EDAD:				
Motivo de la consulta:						
APETITO:	SED:	SUEÑO:	ESTADO DE ÁNIMO:			
ORINA:	DEPOSICIONES:					
EXAMEN FÍSICO:	T°	PA:	FC:	FR:	PESO:	TALLA:
ESTADO GENERAL:			ESTADO DE CONCIENCIA:			
Piel y mucosas:						
Mamas:						
Abdomen:	AU:	SPP:	LCF:	MOV F:		
Genitales Ext:	Sang. Vag. (si) (no)		Perdida L.A. (si) (no)			
Tacto Vaginal:						
Pelvimetría:			Pelvis Ginecoide: (si) (no)			
Miembros Inf:						
DIAGNÓSTICO:				TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES		
				Exam. Auxiliares:		
Próxima cita:				Referencia:		
Atendido por:				Firma y Sello:		
Observaciones:						

ATENCIÓN PRENATAL N°

SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO		
	SI	NO
Cefalea		
Edemas		
Sangrado		
Escotomas		
Epigastralgia		
Perdida de LA		
Fiebre		
Ausencia de movimientos		
Molestias urinarias		
Vómitos Exagerados		

INTERCONSULTAS		
	SI	NO
Medicina		
Nutrición		
Odontología		
Enfermería		
Psicología		

ACUERDO NUTRICIONAL:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

FECHA:	HORA:	EDAD:				
Motivo de la consulta:						
APETITO:	SED:	SUEÑO:	ESTADO DE ÁNIMO:			
ORINA:	DEPOSICIONES:					
EXAMEN FÍSICO:	T°	PA:	FC:	FR:	PESO:	TALLA:
ESTADO GENERAL:			ESTADO DE CONCIENCIA:			
Piel y mucosas:						
Mamas:						
Abdomen:	AU:	SPP:	LCF:	MOV F:		
Genitales Ext:	Sang. Vag. (si) (no)		Perdida L.A. (si) (no)			
Tacto Vaginal:						
Pelvimetría:			Pelvis Ginecoide: (si) (no)			
Miembros Inf:						
DIAGNÓSTICO:				TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES		
				Exam. Auxiliares:		
Próxima cita:				Referencia:		
Atendido por:				Firma y Sello:		
Observaciones:						

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° H CL: