GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR ____ Kg | TALLA (cm) 1 ___

FUM: día 26 | mes 11 | año 10

FPP: 0,2 | 09 | 11

EG CONFIABLE por FUM (si / no) — Eco<20s. (si / no)

FUMA: si / no / pasiva — CIGARRILLOS POR DIA: 0 = no fuma

ALCOHOL (no / si) — DROGAS (no / si)

ANTITETANICA: vigente (si / no) — DOSIS 1ª 2ª — MES GESTACION

ANTIRUBEOLA: previa / no sabe / embarazo

EX. NORMAL (si / no): ODONT. / MAMAS / CERVIX

GRUPO Rh — sensibil. (no / si)

CITOLOGIA: - / + / no se hizo

COLPOSCOPIA: - / + / no se hizo

VIH: Consej. (si / no) — Solicitado

VDRL/RPR <20 sem: - / + / no se hizo

VDRL/RPR ≥20 sem: - / + / no se hizo

SIFILIS CONFIRMADA POR FTA: si / no / no se hizo

Hb <20 sem: 12,5 g — <12.5g

Hb ≥20 sem: ___ g — <12.0g

AgsHB: - / +

IgG Toxoplasma: - / +

TEST O'SULLIVAN mg/dl: ≤ 135 / 135 - 199 / ≥ 200

IgG Rubeola: si / no

VERSION CEFALICA EXTERNA (dando a término): si / no / n/c

	día	mes	año	edad gest.	PESO	presión arterial	altura uterina	presentación	FCF	movim. fetales	Fe	Folatos	Calcio	Estado Nutricional	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Nombre del profesional	próxima cita
1	21	09	11	10	58,2	14/8	12	—	+	+	-				SS Eco Hb Hto	Ant Neuba	
2	29	03	11	16	58,2	14/8	24	C	(+)	(+)						Mca	
3		03		16													
4	17	05	11	24	62	19/7	27	-	+	+	-	-	-	N	Cit/Hb/Hto/Gpo	Maria	
5	14	06	11	29	64	11/7	32	C	+	+				E	Cit/Hb/Hto/Gpo	Maria	
6	28	06	11	30	66	12/10	28	Cef	(+)	Si	Nc	Nc	Nc	B	Orina/Cito VDRL-CH-Coombs	Nerida	
7	1	10	11	33	66	11/7	30	C	+	+	-	-	-	A	Hto/Hb/Gpo.	Maria	

PARTO ● ABORTO ●

FECHA DE INGRESO: día / mes / año

CONSULTAS PRE-NATALES: total

CARNÉ si / no

HOSPITALIZ. en EMBARAZO: días

CORTICOIDES ANTENATALES: ciclo único completo / ciclo único incompleto / semana inicio / múltiples / ninguna / n/c

INICIO T de P: espontáneo / inducido / cesar elect.

RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: Integras / rotas — día / mes / año — hora / min — < 37 sem / ≥ 12 hs / temp ≥ 38°C — Semana Ruptura

HORAS ENTRE RUPTURA Y PARTO

EDAD GEST al parto: semanas / días — por FUM / por Eco

PRESENTACION: cefálica / pelviana / transversa

ACOMPAÑANTE EN T de P: pareja / familiar / otro / ninguno

NACIMIENTO: VIVO / MUERTO anteparto / parto / ignora momento

hora / min — día / mes / año

MULTIPLE: orden / fetos — 0=unico

TERMINACION: espont / forceps / cesárea / espátula

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO — código

INDUCCION — OPERATORIO

POSICION PARTO: sentada / acostada / cuclillas

EPISIOTOMIA: no / si

DESGARROS Grado (1 a 4): no

OCITOCICOS EN ALUMBRAMIENTO: si / no

PLACENTA: completa (si / no) / retenida

LIGADURA CORDON: <30s / 30s 1m / > 1m

MEDICACION RECIBIDA: Ocitócicos en T de P / Antibiot / Analgesia Epidural / Anest.Region / Anest. Gral / Sulfato de Mg. / Transfusión / Otros (no / si) — Especificar

SE HIZO PARTOGRAMA: si / no

NOTAS

VACUNA Td 1- 25 ABR. 2011 02H00068 07H2 DIANA

2- 25 MAYO 2011 02H00068 07H2 Marlen

3- 28 OCT. 2011 02H00070 9H2 DIANA

4- 28 OCT 2012.

5-

compensar / salud

IPS Inmunización

ENFERMEDADES

ninguna

HTA crónica (si / no)

HTA gestacional

preeclampsia

eclampsia

cardiopatía

nefropatía

diabetes (I / II / G)

anemia

Infec. Urinaria

amenaza parto pret

R.C.I.U.

Ruptura prem de membranas

corio amnionitis

otras graves

HEMORRAGIA: 1er Trim / 2do Trim / 3er Trim / Postparto / infección puerperal / Bacteriuria

código

no se hizo

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	ABR 7 2013		Erika
	2	20-07/14		Angelica
	3	08 Agosto 2025		Uniónica
	4	25 F		
	5			
Contra Hepatitis B	1	25/10/15	0701150i	Adriana
	2	25 NOV 2016		
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	3 n MAY		Novartis 1410401	
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	26 NOV 2021	Sanofi U3B85'/22	RSU Josselin Adm.
Otras				

Escaneado con CamScanner

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

COMPROMISO PERSONAL

Con el objetivo de dar cumplimiento Al 100% de los documentos que se requieren para el trámite y suscripción de la Orden de Prestación de Servicios con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, a través de este documento me comprometo a dar trámite del soporte pendiente en un plazo no superior a 15 días a partir de la firma del contrato, situación generada solo por la contingencia Nacional y Distrital del momento COVID 19

Fecha **30/11/2021**

Nombres y Apellidos completos **LUZ YANETH ALFONSO ROJAS**

Número de Cédula **35.251.781**

Celular **3214281993**

Perfil **TERAPEUTA RESPIRATORIO**

Documento **PENDIENTE VACUNA VARICELA Y TRIPLE VIRAL**

Soporte provisional que entrega **CARNET DE VACUNACIÓN**

Firma _____

Responsable del proceso de selección (Nombres Apellidos Completos y perfil)

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA

Escaneado con CamScanner