GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA # 10











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 30-oct/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Maira Rosa Narvaez Ayola
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1133749202
Edad: 38 Dirección/Barrio Nimbres Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo 30.2
Es su primer Embarazo SI [ ] NO [X]
Régimen de salud: Contributivo [X] Subsidiado [ ] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI _X_ NO____
Ha tenido citas con especialistas SI _X_ NO
Se aplico la vacuna del tétano SI _X_ NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI _X_ NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Maira Naruaez
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1133749202
Teléfono 3127919036

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA # 11







	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 30 - oct 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: María Fernanda Vergara Vergara
Tipo identificación: TI Numero identificación: 1169713117
Edad: 16 Dirección/Barrio Punta de Yong Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
X No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI ____NO X
Se aplico la vacuna del tétano SI _____ NO X
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352406

Marcos Fernanda Vergara.
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1.169.713.117
Teléfono 3107345567

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 12











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 30 oct 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Maria. Angelica Osorio Nisperuza
Tipo identificación: CC Número identificación: 1069987.196
Edad: 18 Dirección/Barrio Punta de Yong Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
X No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352206

Firma Quien atiende la visita
Cédula 1069987196.
Teléfono 304 428 3682.

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 13











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 30-oct /2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Pamela Moreno Barbero
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1007.734.328
Edad: 25 Dirección/Barrio Punta de Yong Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

[X] Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
[X] Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
[X] No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

[X] Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO_____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352806

DAMELA MORENO CORDERO.
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1007734328
Teléfono 3005680005.

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 14











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 30-oct /2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Ayarelis Coronado Muñoz
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1193.214.400
Edad: 33 Dirección/Barrio Punta de Yong Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
X No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI _X_ NO____
Ha tenido citas con especialistas SI _X_ NO
Se aplico la vacuna del tétano SI _X_ NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI_X_ NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352206

Ayarelis Coronado M
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1.193.214.400
Teléfono 300 230 5971

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

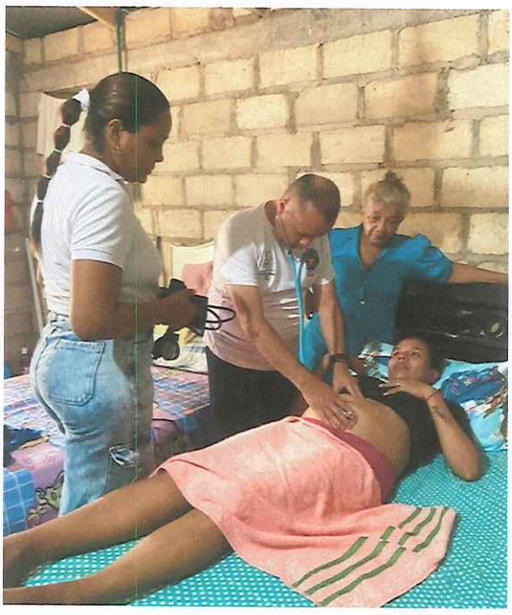
EMBARAZADA # 15











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 30/oct/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yuvala Cardero Almanza
Tipo identificación: CE Numero identificación: 1063080691
Edad: 33 Dirección/Barrio Punta de Yora Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo 11
Es su primer Embarazo SI [ ] NO [X]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena
X Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
X No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI ____NO X
Se aplico la vacuna del tétano SI _____ NO X
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352206

Firma Quien atiende la visita
Cédula 1063080691
Teléfono 3003683093

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

VISITAS NUMERO 3

EMBARAZADA # 1

Actividad	Visitas a gestantes y familiares para brindar información y educación en signos de alarma, alertas temprana e importancia de asistir al control prenatal
Lugar	El Sigio
Fecha	Del 10 de Noviembre al 13 de Noviembre de 2024









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 10-Nov /2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Damaris Flory
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1003.454238
Edad: 24 Dirección/Barrio V/El siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Danilis Florez
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1003458258
Teléfono 3104904089

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 2









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 10 - Nov / 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Luisa Fernanda Fuentes
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1065293100
Edad: 24 Dirección/Barrio V/ el Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [ ] NO [X]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

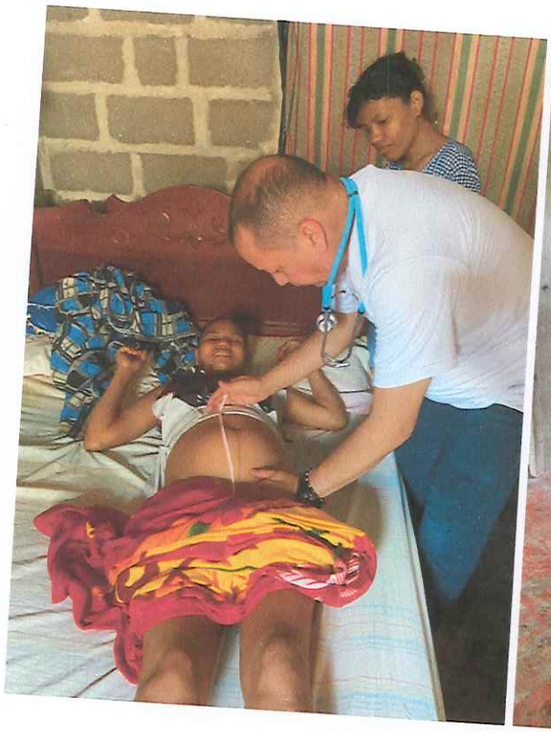
Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046252405

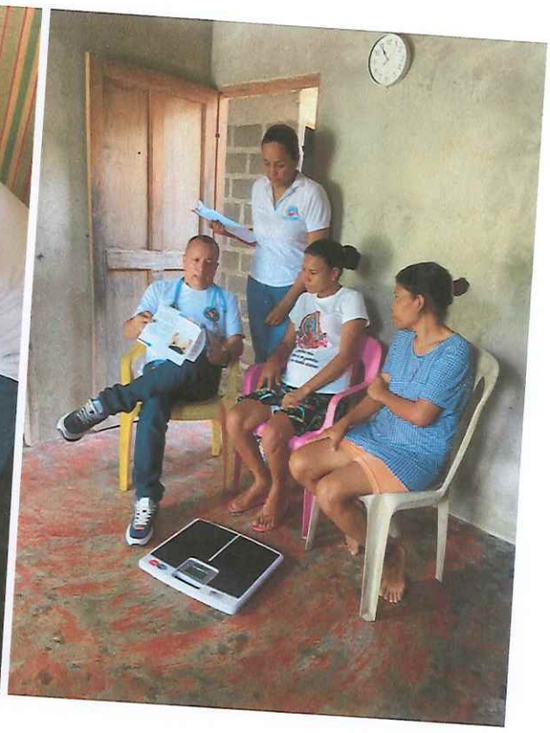
Luisa fernanda Cortes H
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1065293102
Teléfono 3104628942

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 3









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 10-NOV hoy

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yinelis Flores
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1068665504
Edad: 31 Dirección/Barrio V/El Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo 38
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

\ Mensualmente
X Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Yiselis Florez
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1068665504
Teléfono 3116567063

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 4







	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 10-NOV/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yajaira Karolina Balcero Vargas
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1003.368.889
Edad: 25 Dirección/Barrio V/El Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352206

Yajaris Buleero
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1005368884
Teléfono 3248 6577

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

EMBARAZADA # 5











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 20 - Nov / 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yackelin Pinto
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1003.457.575
Edad: 33 Dirección/Barrio V/ El Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [ ] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO_____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352206

Yackelin Pinto Macea
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1.003.457.575
Teléfono 321 515 9075

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 6









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 11-Nov-2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yuvany Andrea Anyul
Tipo identificación: TI Numero identificación: 1068661959
Edad: 19 Dirección/Barrio V/ El Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [ ] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO___
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO___
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO___

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Yurany Ayuz Macea
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1068667959
Teléfono 3026585047

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 7






6
IGUARAN
SPORT


IGUARA

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 11-Nov/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Juliana Zambrano Mesa
Tipo identificación: CC Numero identificación: 10
Edad: 18 Dirección/Barrio V/ El Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo 31
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO_____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78690129
Teléfono 3046552706

Juliana Zambrano Haza
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1043668219
Teléfono 3052635443

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 8









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 11-NOV 12024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yirlinis Guzman Saad
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1003.458.436
Edad: 22 Dirección/Barrio Las Palmas Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI _X_ NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI _X_ NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046552806

Yeylenis Guzman Saad
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1003458436
Teléfono 3015717926

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 9









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 12-NOV/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Dayana Borja
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1003.457.254
Edad: 23 Dirección/Barrio V/Las Palmas Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [ ] NO [X]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Dayana Borja
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1003457254
Teléfono 3043727669

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA # 10









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 11-NOV-2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Maira Rosa Narvaez Ayala
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1.183.749.202
Edad: 38 Dirección/Barrio V/ Mimbres Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [ ] NO [X]
Régimen de salud: Contributivo [X] Subsidiado [ ] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [ ] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046152706

Maira Naruaez
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1133749202
Teléfono 3127919036

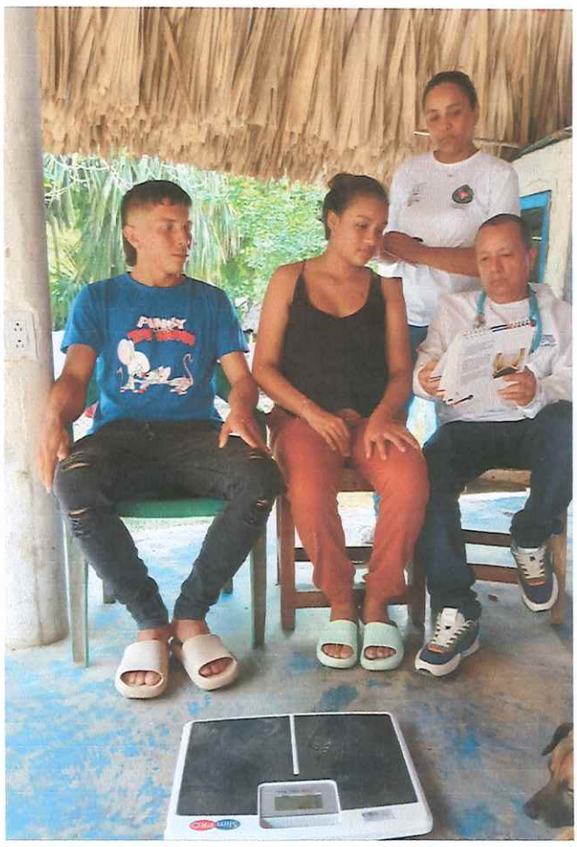
Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

- **EMBARAZADA # 11**









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 12-Nov / 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: María Fernanda Vergara Vergara
Tipo identificación: TI Numero identificación: 1169713017
Edad: 16 Dirección/Barrio Punta de Yanz Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO_____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Maria Fernanda Vergara
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1.169.713.117
Teléfono 3107345567

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA # 13













	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 12- Nov / 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Maria Angelica Osorio Nisperuza
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1069987196
Edad: 18 Dirección/Barrio Punta de Yong Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI _X_ NO____
Ha tenido citas con especialistas SI _x_ NO
Se aplico la vacuna del tétano SI _x_ NO_____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI_X_ NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352206

Mana Ospino
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1069 984 196.
Teléfono 304 428 3652

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA # 12











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 12-Nov/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Pamela Moreno Cardero
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1003734328
Edad: 25 Dirección/Barrio Punta de Yany Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
X No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI _X_ NO____
Ha tenido citas con especialistas SI _X_ NO
Se aplico la vacuna del tétano SI _X_ NO_>___
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI_X_NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352206

PAMELA MORENO CORDERO
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1007734328
Teléfono 3005680005.

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 14











	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 13- Nov / 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Ayarelis Coronado Muñoz
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1.193.214.400
Edad: 33 Dirección/Barrio Punta de Yony Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352806

Yarelis Coronado M
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1.193 214 400
Teléfono 300 230 5971

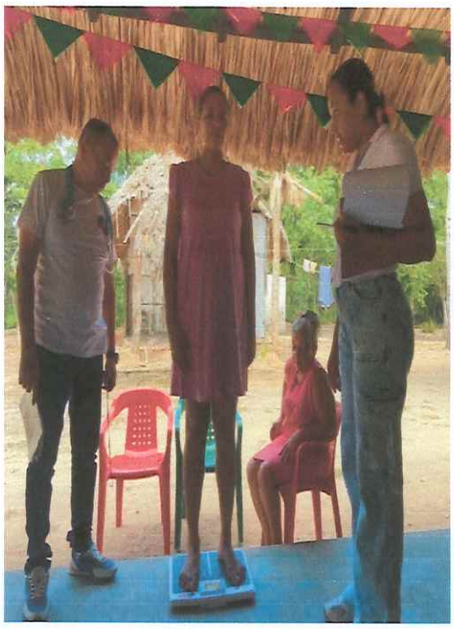
Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA # 15







	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 13-Nov/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yiyola Londoño Almanza
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1.063-080691
Edad: 33 Dirección/Barrio Punta de Yeso Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [ ] NO [X]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
X No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI ____ NO X
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352806

Yiyola Cordero
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1063080691
Teléfono 3242936380

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

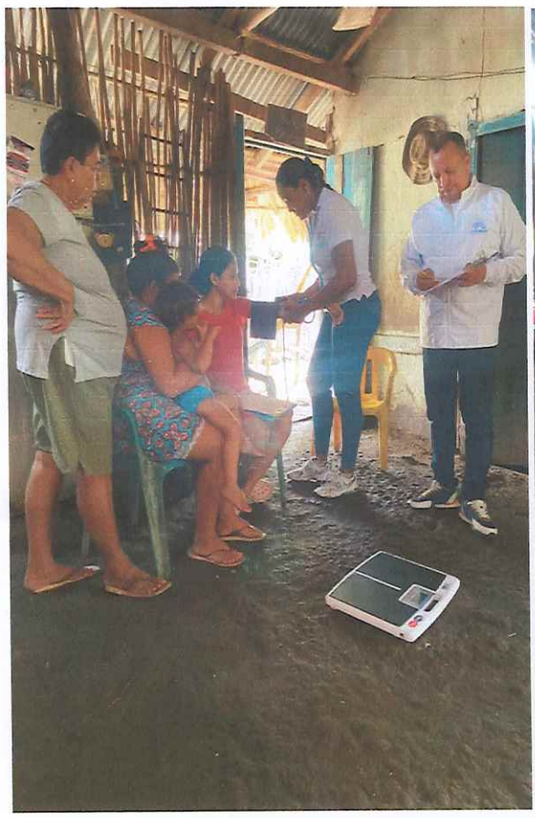
GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

VISITA NUMERO 4

Actividad	**Visitas a gestantes y familiares para brindar Información y educación en signos de alarma, alertas temprana e importancia de asistir al control prenatal**
Lugar	**El Siglo**
Fecha	**Del 01 de diciembre al 3 de diciembre de 2024**

EMBARAZADA # 1







	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 01- dic 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Daniela Fernanda Florez
Tipo identificación: cc Numero identificación: _____
Edad: 24 Dirección/Barrio V/sl Seafo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo 29
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352206

Danilis Florez
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1005458238
Teléfono 3104904089

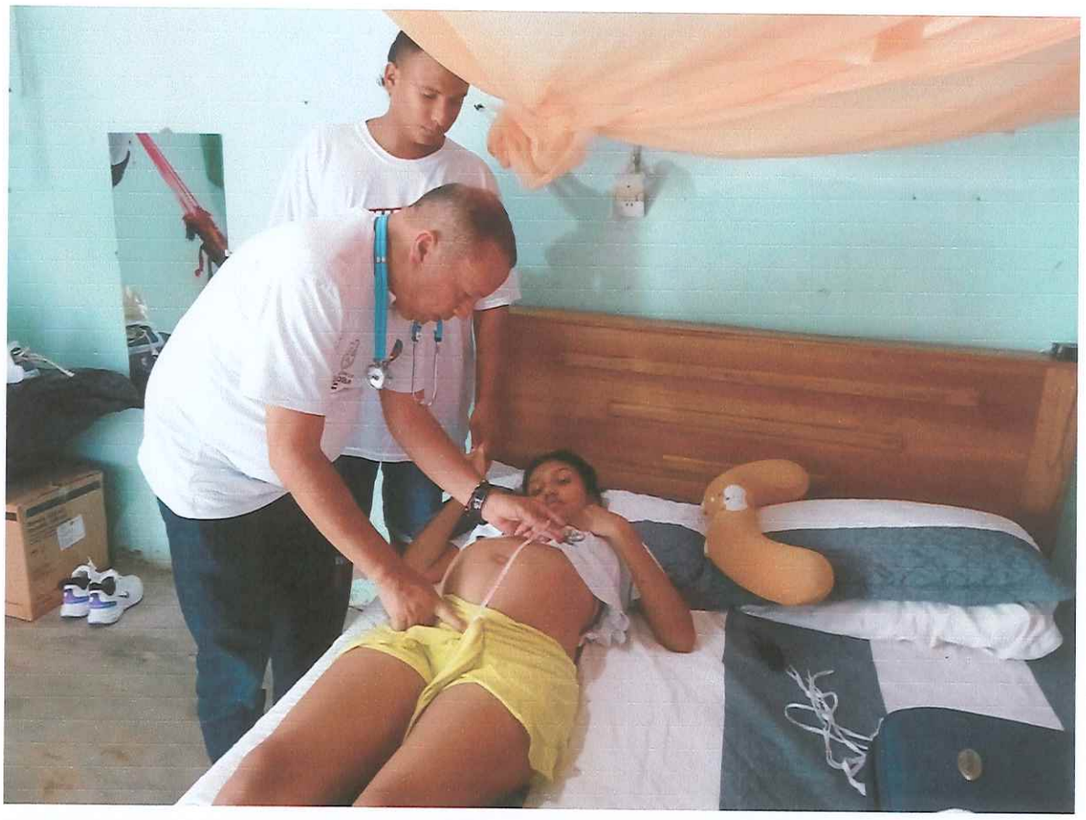
Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 2








JUMP MAN

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 01-Dic 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Luisa Fernanda Fuentes
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1065293100
Edad: 22 Dirección/Barrio V/ El Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo 10
Es su primer Embarazo SI [ ] NO [X]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
X No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes supiementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI ____NO X
Se aplico la vacuna del tétano SI _____ NO X
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI___NO X

Firma profesional
Cédula 1068941176
Teléfono 3046352706

Luisa Fernanda Fontalvo M
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1065243100
Teléfono 3104628942

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA # 3









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 07-Oct 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yirlis Flores
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1068665504
Edad: 31 Dirección/Barrio V/ El Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

Mensualmente
× Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
× Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

× Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

× Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

× Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352006

Firma Quien atiende la visita
Cédula 1068665504
Teléfono 3116562063

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO
DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

EMBARAZADA # 4









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 07-dic /2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yajaira Karolina Bakiro Vargas
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1003683859
Edad: 25 Dirección/Barrio V/ El cielo Sexo: F [ ] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Firma Quien atiende la visita
Cédula 1003368889
Teléfono 3241865 77

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 5









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 07 - Dic / 2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yackelin Pinto
Tipo identificación: CC Numero identificación: _____
Edad: 33 Dirección/Barrio V/ El Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [X] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

\ Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78699129
Teléfono 3046352706

Jackelin Pinto Macea
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1.003.457.575
Teléfono 321 515 9075

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 6









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 02-dic/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Yuranny Arrieta Reyes
Tipo identificación: TI Numero identificación: 1064661959
Edad: 17 Dirección/Barrio V/ El siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [ ] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Yorany Ayur Macea
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1068661959
Teléfono 3026585041

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono

EMBARAZADA # 7









	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

Realizar una (01) visita mensual a veinte (20) gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

Fecha de visita: 02-NOV/2024

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: Juliana Zambrano Mora
Tipo identificación: CC Numero identificación: 1043668219
Edad: 18 Dirección/Barrio V/ El Siglo Sexo: F [X] M [ ]
Semanas de Embarazo _____
Es su primer Embarazo SI [X] NO [ ]
Régimen de salud: Contributivo [ ] Subsidiado [X] Sisben [ ] Ninguno [ ]
Enfoque diferencial: Victima____ Discapacidad____ LGTBI____ Enanismo____ Afro_____ Indígena _____ Room _____

2. CUIDADO PRENATAL

- ¿Has recibido atención prenatal? SI [ ] NO [ ]

- ¿Con qué frecuencia acudes a tus controles prenatales?

X Mensualmente
Cada dos semanas
Semanalmente
No asisto regularmente

- ¿Quién realiza tu atención prenatal?

Ginecólogo/Obstetra
X Médico general
Partera/enfermera
Otro: ____

3. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO

- ¿Realizas alguna actividad física o ejercicio durante el embarazo?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

- ¿Qué tipo de actividad física realizas?

X Caminar
Yoga/Pilates
Natación
Ejercicios prenatales específicos
Otro: ____

- ¿Consumes suplementos prenatales?

X Sí, regularmente
Sí, ocasionalmente
No

	FORMATO DE VISITA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

TEMAS DESARROLLADOS:
Signos de Alarma,
Alertas Tempranas,
Importancia de Acudir al Control Prenatal,
Cuidados del Embarazo,
Alimentación Saludable

VERIFICACIÓN
Asiste a controles prenatales SI X NO____
Ha tenido citas con especialistas SI X NO
Se aplico la vacuna del tétano SI X NO____
Se realizo los exámenes de laboratorio ordenados por el medico SI X NO____

Firma profesional
Cédula 78694129
Teléfono 3046352706

Juliana Zambrano Tuiran
Firma Quien atiende la visita
Cédula 1043668219
Teléfono 3052633143

Firma profesional
Cedula
Teléfono

Firma Quien atiende la visita
Cedula
Teléfono