

HC N°

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____

Sexo

M ☐ F ☐

Obra Social Si ☐ No ☐

Fecha apertura de HC: __/__/__

Establecimiento / Código: _____

Domicilio

Calle: _____ N° ____ Barrio _____

Localidad: _____ Dpto: _____

Teléfonos de Contacto:

Fijo: _____

Celular: _____

Datos de la madre:

Trabaja Si ☐ NO ☐

Trabajo Estable ☐ Inestable ☐

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Fecha de Nac.: __/__/__

Datos de la padre:

Trabaja Si ☐ NO ☐

Trabajo Estable ☐ Inestable ☐

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Fecha de Nac.: __/__/__

Vivienda

Precaria: ☐

Tradicional: ☐

Otra: ☐

Agua

Red: ☐

Pozo: ☐

Otra: ☐

Excretas

Cloacas: ☐

Pozo: ☐

Fuera del hogar: ☐

Fuente de Combustión

Gas ☐ Combustible ☐

Leña ☐ Otro ☐

Electricidad ☐

Presencia de Contaminantes

Humo ☐ Vectores ☐

Basura ☐ Territorio unin.☐

Agroquím. ☐ Otros ☐

Recibe Planes Sociales:

AUH ☐

Leche fortificada ☐

Otros ☐

Nivel de Instrucción:

Padre

Madre

Analfabetismo ☐

Primario Inc. ☐

Primario Comp. ☐

Secund. Incomp. ☐

Secund. Comp. ☐

Terciario / Univ. ☐

Antecedentes Familiares Patológicos

Ninguno ☐

SI Adquirido ☐ SI Hereditario ☐

Genéticos ☐ Cardio. ☐

Nefrourológicos ☐ Hemot. ☐

Respiratorios ☐ Disc. ☐

Neurológicos ☐ Salud Mental ☐

Endocrinometab. ☐ Nutric. ☐

Otros ☐

Antecedentes Patológicos

Ninguno ☐

Hereditario ☐

Adquirido ☐

Enfermedad de base: _____

Internación: SI ☐ NO ☐

Otros: _____

Antecedentes de Embarazo y Parto

Control de Embarazo: SI ☐ NO ☐

Vacunación: Antihepatitis B ☐ Antitetánica ☐ Antigripal ☐

Serología: VDRL ☐ Chagas ☐ Toxo ☐ VIH ☐ Hep B ☐ SBH ☐

Epofactor: _____

Parto Eutócico ☐ Cesárea ☐ Otro ☐

Patología del Emb. ☐ Institucional ☐ Domiciliario ☐ Otro ☐

¿Cuál/es? _____

Uso de fórceps: SI ☐ NO ☐

Complicaciones: _____

Antecedentes del RN

Peso al Nacer: _____

Talla al Nacer: _____

PC al Nacer: _____

Apgar: 1 min.: ____ 5 min.: ____

Grupo / Factor: _____

E.G.

Reanimación del RN: SI ☐ NO ☐

VDRL RN - +

Internación: SI NO

¿Causas? _____

Pesquisa Neonatal

Fenilcetonuria ☐

Hipotiroidismo ☐

Galactosemia ☐

Fibrosis Quística ☐

Hiperp. Sup. Cong. ☐

Déficit Biotinidos ☐

Control Auditivo (DTA)

OEA

Pasa No pasa

OI ☐ ☐

OD ☐ ☐

Control Oftalmológico

Reflejo Rojo

Normal Anormal

OI ☐ ☐

OD ☐ ☐

Otras referencias de importancia:

Vacuna

Edad

BCG

HEPATITIS B

SABIN SALK

PENTA VALENTE

CUADRUPL

GRIPE

TRIPLE VIRAL

HEPATITIS A

TRIPLE BACT. CELULAR

TRIPLE BACT. ACELULAR

FIEBRE AMARILLA

HPV

RN

2 meses

4 meses

6 meses

12 meses

18 meses

6 años

11 años

Factores de Riesgo:

Fumar en casa ☐

Bajo nivel instr. madre ☐

Falta de Lactancia Materna ☐

Internación ☐

Trabajo Infantil ☐

Madre Adolescente ☐

Hermanos Fallecidos ☐

Prematurez / BP ☐

Hacinamiento ☐

Factores Perturbadores

Alcoholismo ☐

Adicciones ☐

Maltrato ☐

MINISTERIO de

SALUD

de CORDOBA