

SECCION 26: FORMULARIO DE REGISTRO DE HISTORIA PERINATAL

FOLIO: CÓD. ID DE LA MADRE: NOMBRE DE LA MADRE:

NÚMERO DE EMBARAZO: MES Y AÑO DEL NACIMIENTO O PÉRDIDA:
Mes Año

Copie del **Carnet Perinatal - CLAP - OPS/OMS** algunos datos que se solicitan en este formulario.

GESTACIÓN ACTUAL

	N°	FECHA			EDAD DE GESTACIÓN	PESO (Kg)				IMC
		Día	Mes	Año						
CONSULTAS ANTENATALES	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									

BONO JUANA AZURDUY

BENEFICIO	FECHA DE AUTORIZACIÓN			FECHA DE PAGO		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
1er CPN						
2do CPN						
3er CPN						
4to CPN						
PARTO - POSPARTO						

RECIEN NACIDO

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 50%;">PESO AL NACER NIÑO 1</td><td style="width: 50%;">PESO GRAMOS</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	PESO AL NACER NIÑO 1	PESO GRAMOS			<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 50%;">PESO AL NACER NIÑO 2</td><td style="width: 50%;">PESO GRAMOS</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	PESO AL NACER NIÑO 2	PESO GRAMOS			<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 50%;">PESO AL NACER NIÑO 3</td><td style="width: 50%;">PESO GRAMOS</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	PESO AL NACER NIÑO 3	PESO GRAMOS		
PESO AL NACER NIÑO 1	PESO GRAMOS													
PESO AL NACER NIÑO 2	PESO GRAMOS													
PESO AL NACER NIÑO 3	PESO GRAMOS													

Copie del **Formulario Único de Inscripción y Control de Corresponsabilidades de Mujer Gestante.**

1º CONTROL		
Día	Mes	Año
Talla (Cm)	Peso (Kg)	

2º CONTROL		
Día	Mes	Año
Talla (Cm)	Peso (Kg)	

3º CONTROL		
Día	Mes	Año
Talla (Cm)	Peso (Kg)	

4º CONTROL		
Día	Mes	Año
Talla (Cm)	Peso (Kg)	

PARTO		
Día	Mes	Año

POST - PARTO		
Día	Mes	Año

INFORME DE LOS RESULTADOS DE PESO, TALLA Y HEMOGLOBINA



NOMBRE NIÑO(A):

Edad en meses:

ALTURA EN CENTIMETROS

PESO EN KILOGRAMOS

Altitud en la que se encuentra la vivienda donde vive el niño/a: msns

Valor registrado por el Hemocue: g/dL

Ajuste por altitud (factor de corrección):

Valor ajustado: g/dL (valor hemocue - factor de corrección)

Según el ajuste por altitud sobre el nivel del mar, el niño/a:

- El niño/a no tiene anemia
- El niño/a tiene anemia Leve
- El niño/a tiene anemia moderada
- El niño/a tiene anemia severa

Recomendaciones:

Nombre y firma del Personal de Salud:

Lugar y fecha:

ALTITUD	FACTOR DE CORRECCIÓN Hb (g/100ml)	ALTITUD	FACTOR DE CORRECCIÓN Hb (g/100ml)
Menor a 1000 m	0		
1000 m	0.2	3100 m	2.1
1100 m	0.3	3200 m	2.2
1200 m	0.3	3300 m	2.4
1300 m	0.4	3400 m	2.5
1400 m	0.4	3500 m	2.7
1500 m	0.5		
1600 m	0.6	3600 m	2.9
1700 m	0.6	3700 m	3.0
1800 m	0.7	3800 m	3.2
1900 m	0.7	3900 m	3.3
2000 m	0.8	4000 m	3.5
2100 m	0.9	4100 m	3.7
2200 m	1.0	4200 m	3.9
2300 m	1.1	4300 m	4.1
2400 m	1.2	4400 m	4.3
2500 m	1.3	4500 m	4.5
2600 m	1.4		
2700 m	1.5		
2800 m	1.7		
2900 m	1.8		
3000 m	1.9		

Grupo	GRADO DE ANEMIA		
	Leve	Moderada	Severa
Niños menores de 5 años	10.0 - 10.9 g/dL	7.0 - 9.9 g/dL	< 7.0 g/dL