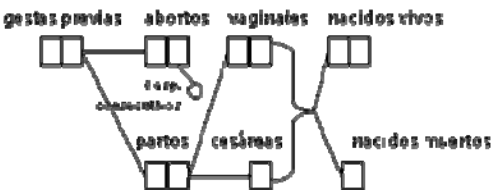


FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL PROGRAMA MATERNO- INFANTIL

DATOS DE LA AFILIADA											
N° Afiliada				Apellido y Nombre				N° Documento			
Fecha de Nac.	/ /			Domicilio							
Localidad				CP				Estudios	Ninguno <input type="radio"/>	Estado Civil	Casada <input type="radio"/>
Provincia								Primario <input type="radio"/>		Unión Estable <input type="radio"/>	
Teléfonos*								Secundario <input type="radio"/>		Soltera <input type="radio"/>	
Es Alfabeta	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>							Universitario <input type="radio"/>		Otro <input type="radio"/>	
DATOS DEL PROFESIONAL A CARGO											
Apellido y Nombre				N° Matrícula			Teléfono				
Domicilio											
DATOS DEL EMBARAZO											
FUM	/ /			FPP	/ /			Grupo sanguíneo y Factor		Embarazo múltiple	
Vacuna Antirrubéola	No Sabe <input type="radio"/> Previa al embarazo <input type="radio"/>			Vacuna Antitetánica			Si <input type="radio"/>	VDRL	+ <input type="radio"/> - <input type="radio"/>	No se hizo <input type="radio"/>	
	En el embarazo <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			No <input type="radio"/>			No <input type="radio"/>	CHAGAS	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	No se Hizo <input type="radio"/>	
Hemoglobina	Glucemia en Ayuna			Peso antes del Embarazo			Talla				
Factores de Riesgo											
Socio culturales				Parto prematuro/neonato de bajo peso al nacer (<2.5kg)				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
Tabaquismo				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Antecedentes de nacidos muertos				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Alcoholismo				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Antecedentes de recién nacidos con parálisis cerebral, trauma al nacer, anomalías congénitas, retraso mental.				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Uso de Drogas Ilícitas				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Preeclampsia/Eclampsia				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Antecedentes Familiares				Gestaciones Múltiples				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
Diabetes				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Antecedentes Patológicos Personales					
Hipertensión Arterial				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Insuficiencia renal crónica				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Tuberculosis Pulmonar				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Cardiopatía congénita				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Enfermedades hereditarias de coagulopatías				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Hipertensión				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Antecedentes de Embarazos previos				Diabetes mellitus				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
				Enfermedades autoinmunes (LES, AR, Otras)				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
				Incompatibilidad de Rhesus				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
				Anemia crónica				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
				Enfermedad de transmisión sexual				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
				Hipotiroidismo				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
				Hipertiroidismo				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
				Estados hipercoagulables				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
				Fin del embarazo anterior: ___/___/_____							
Medicación											
Dosis de Ácido Fólico		1mg <input type="radio"/>		5mg <input type="radio"/>		10mg <input type="radio"/>					
Otros Medicamentos											
	Monodroga	Marca Sugerida				Dosis diaria					
1											
2											
3											
4											
Observaciones/ Otros datos clínicos relevantes											

 Firma del Médico

 Sello