

MINISTERIO DE SALUD  
VICEMINISTERIO DE SERVICIOS DE SALUD  
UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA  
HOJA DE HISTORIA CLÍNICA NEONATAL AL MOMENTO DEL NACIMIENTO

Hospital: \_\_\_\_\_ Fecha y hora de historia clínica: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ :

**IDENTIFICACIÓN**

Nombre del Recién Nacido: \_\_\_\_\_ CUN: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora de nacimiento: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Indeterminado   
 Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Registro materno \_\_\_\_\_

**DATOS PERINATALES**

Fórmula obstétrica:  G  P  P  A  V Edad Materna: \_\_\_\_\_ Control Prenatal: Sí  No   
 Lugar de control prenatal: \_\_\_\_\_ No. de controles: \_\_\_\_\_ Tipo y Rh: \_\_\_\_\_  
 Sífilis: Positivo  No reactiva  No se realizó  VIH: Positivo  No reactiva  No se realizó  EG por FUR: \_\_\_\_\_ EG por USG: \_\_\_\_\_  
 Esteroides antenatales: Sí  No  No. de dosis: \_\_\_\_\_ Enfermedad exantemática: Sí  No  ¿cuál? \_\_\_\_\_

FACTORES DE RIESGO MATERNO	SÍ	NO		SÍ	NO	OTROS:
IVU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Obesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Vaginosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes: Gestacional <input type="radio"/> TIPO I <input type="radio"/> TIPO II <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
RPM mayor de 12 horas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HTA crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Corioamnionitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad hipertensiva del embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Inductores del trabajo de parto: Misoprostol:  Oxitocina:  Balón cervical:  Ninguna:  Duración del parto: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Vía de parto: Vaginal:  Abdominal:  Indicación de CBT: \_\_\_\_\_ Tipo de anestesia: General:  Raquídea:

Presentación del producto: Cefálico  Podálico  Transverso:  Característica de líquido amniótico: \_\_\_\_\_

REANIMACIÓN	SÍ	NO		SÍ	NO	RN PREMATURO	SÍ	NO
ESTIMULACIÓN Y SECADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MASAJE CARDÍACO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GORRO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OXÍGENO A FLUJO LIBRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MEDICAMENTOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BOLSA PLÁSTICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VPP CON BOLSA MÁSCARA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CATETERISMO UMBILICAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	FACTOR SURFACTANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INTUBACIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SSN 0.9%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	INCUBADORA DE TRANSPORTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APGAR	1 MIN	5 MIN	10 MIN	RUTINA DE RN	SÍ	NO	ESCALA DE SILVERMAN ANDERSON (10 min)	PUNTAJE
Apariencia				Pinzamiento tardío del cordón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Disociación toracoabdominal	
Pulso				Apego precoz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Retracciones intercostales	
Gesticulación				Lactancia en los primeros 30 minutos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Retracción xifoidea	
Actividad				Profilaxis ocular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aleteo nasal	
Respiración				Vitamina K	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quejido espiratorio	
<b>Total</b>				Se cumple Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Total</b>	

Observaciones durante la reanimación: \_\_\_\_\_

**EXAMEN FÍSICO:**

FC: \_\_\_\_\_ x min FR: \_\_\_\_\_ x min T°: \_\_\_\_\_ °C Peso: \_\_\_\_\_ g Percentil: \_\_\_\_\_ Longitud: \_\_\_\_\_ cm Percentil: \_\_\_\_\_  
 PC: \_\_\_\_\_ cm Percentil: \_\_\_\_\_ PT: \_\_\_\_\_ cm PA: \_\_\_\_\_ cm EG x BALLARD: SEM. SatO2: \_\_\_\_\_ % FiO2: \_\_\_\_\_ % HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl

Apariencia general: \_\_\_\_\_  
 Piel y faneras: \_\_\_\_\_  
 Cabeza: \_\_\_\_\_  
 Ojos: \_\_\_\_\_ Nariz: \_\_\_\_\_ Orejas: \_\_\_\_\_  
 Boca: \_\_\_\_\_ Cuello: \_\_\_\_\_  
 Tórax: \_\_\_\_\_  
 Pulmones: \_\_\_\_\_  
 Cardiovascular: \_\_\_\_\_ Pulsos: \_\_\_\_\_  
 Abdomen: \_\_\_\_\_  
 Cordón umbilical: \_\_\_\_\_  
 Extremidades: \_\_\_\_\_ Barlow/Ortolani: \_\_\_\_\_  
 Genitales externos: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_  
 Neurológicos: \_\_\_\_\_  
 Moro: \_\_\_\_\_ Succión: \_\_\_\_\_ Búsqueda: \_\_\_\_\_  
 Anomalías congénitas aparentes: \_\_\_\_\_  
 Impresión diagnóstica: \_\_\_\_\_  
 Plan: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del médico que atendió al recién nacido: \_\_\_\_\_

MINISTERIO DE SALUD  
VICEMINISTERIO DE SERVICIOS DE SALUD  
UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

**HOJA DE EVALUACIÓN AL ALTA DEL RECIÉN NACIDO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO**

Nombre del Recién Nacido: \_\_\_\_\_ CUN: \_\_\_\_\_  
 Fecha de evaluación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Edad del recién nacido (horas o días): \_\_\_\_  
 Sexo: M  F  Indeterminado  Peso: \_\_\_\_\_ g Longitud: \_\_\_\_\_ cm PC: \_\_\_\_\_ cm Percentil: \_\_\_\_\_  
 FC: \_\_\_\_\_ x min FR: \_\_\_\_\_ x min Temperatura: \_\_\_\_\_ °C SatO<sub>2</sub> en Mano Derecha: \_\_\_\_\_ % SatO<sub>2</sub> en Pie: \_\_\_\_\_ %

No olvide que para dar el alta a un recién nacido debe realizar examen físico completo antes de llenar la siguiente lista de chequeo. Aplica para todos aquellos recién nacidos egresados.

Idealmente todos los criterios deberán estar en "NO" para poder dar el alta al recién nacido. En aquellos casos en que aparezca un "Sí" en los ítems marcados con asterisco (\*), podrá darle el alta con las recomendaciones respectivas, si el recién nacido se encuentra clínicamente estable.

CRITERIOS PARA EVALUAR	SÍ	NO
Antecedentes maternos de riesgo <sup>1</sup> . Si la respuesta es Sí, detallar ¿Cuál?: _____		
Exámenes maternos alterados (Preparto).		
Tiene fiebre o hipotermia (Temperatura mayor de 37.5°C o menor de 36.5°C).		
Ha vomitado.		
Dificultad para amamantar.		
Falta de micción.		
Falta de evacuación.		
Saturación de oxígeno en mano derecha y ambos pies, menor o igual a 94%. <sup>2</sup>		
Se ausculta soplo cardíaco. <sup>3</sup>		
Evidencia de fractura en cualquier lugar del cuerpo.		
Tiene cefalohematoma.*		
Ictericia Kramer 1-2 en ausencia de otros factores de riesgo.*		
Barlow y/o Ortolani positivos.*		
Presenta anomalía congénita. <sup>4</sup>		
Falta de cumplimiento de vacunas BCG y Hepatitis B.		

Si el perímetro cefálico es menor al percentil 3 a las 24 horas de vida, clasificar al niño con diagnóstico de microcefalia y dar manejo según los Lineamientos de atención a los niños y niñas con microcefalia dentro de la RIIS. Anexar curvas de perímetro cefálico incluyendo la medición al nacimiento y al alta.

NOTA DE EVALUACIÓN MÉDICA:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- NOTA:**  
<sup>1</sup> Si madre tiene antecedente de Zika, asegurar notificación de caso a epidemiólogo previa al alta.  
<sup>2</sup> Aplica en lugares que se cuente con equipo para realizar tamizaje cardíaco.  
<sup>3</sup> Corroborado por médico de mayor experticia o cardiólogo si cuenta con el recurso.  
<sup>4</sup> Notificación y llenado de hoja de anomalías congénitas previa al alta.

Firma y sello del médico que da el alta:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_