



## FICHA CLINICA DEL RECIEN NACIDO

Afiliado titular N° \_\_\_\_\_

fecha

--	--	--

Apellido y nombres del bebé: \_\_\_\_\_

Apellido y nombre de la madre .....

Apellido y nombre del padre .....

Dirección .....Tel. ....

Fecha de nacimiento .....Sanatorio .....

Pediatra Dr. ....

Dirección ..... Tel. ....

\_\_\_\_\_  
firma y sello del médico

<b>SEXO</b>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	<b>PESO NACIMIENTO</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	grs.	<b>PESO ACTUAL</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	grs.	
<b>TALLA</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	cm	<b>P.C.</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	cm	<b>APGAR</b>	1 min. <input type="checkbox"/>	5 min. <input type="checkbox"/>	10 min. <input type="checkbox"/>

<b>INTERNACION</b>	
Hab. De la madre <input type="checkbox"/>	<b>DIAGNOSTICO:</b> _____
Nursery <input type="checkbox"/>	_____
Cuidados especiales desde / / hasta / / <input type="checkbox"/>	_____

<b>EXAMEN FISICO</b>
a) piel _____
b) cabeza y cuello _____
c) aparato respiratorio _____
d) aparato cardiovascular _____
e) aparato gastrointestinal _____
f) aparato genitourinario _____
g)aparato locomotor _____
h) examen neurológico _____



i) crecimiento y desarrollo

### RESULTADOS DEL SCREENING NEONATAL

TSH .....

Fibrosis quística .....

Fenilcetonuria .....

Galactosemia .....

Otros: .....

.....

.....

.....

### OBSERVACIONES

**RN**      normal     patológico

Diagnóstico: .....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
firma y sello del médico

**El presente formulario debe ser completado en todos sus ítems por el pediatra de cabecera**