|  |
| --- |
| **EXAMEN FÍSICO** |
| Signos Vitales | T/A:       mm Hg.FC:       x min. FR:       x min. T:       °C |
|  | Normal  | Anormal | Observaciones |
| Aspecto General | [ ]  | [ ]  |       |
| Cabeza, Cara y Cuello | [ ]  | [ ]  |       |
| Cavidad Oral | [ ]  | [ ]  |       |
| Mamas | [ ]  | [ ]  |       |
| Cardio Pulmonar | [ ]  | [ ]  |       |
| Abdomen | [ ]  | [ ]  |       |
| Genitales Ext- Internos | [ ]  | [ ]  |       |
| Extremidades | [ ]  | [ ]  |       |
| Piel y Anexos | [ ]  | [ ]  |       |
| SNC | [ ]  | [ ]  |       |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y Apellidos : ­­­­­­­­      | Identificación:       |
| **ANAMNESIS** | SI | NO | OBSERVACIONES |
| **SEÑALES DE ALARMA** | Cefalea  | [ ]  | [ ]  |       |
| Ardor epigástrico | [ ]  | [ ]  |
| Edema  | [ ]  | [ ]  |
| Visión en estrellitas | [ ]  | [ ]  |
| Zumbidos en los oídos | [ ]  | [ ]  |
| Sangrado vaginal | [ ]  | [ ]  |
| Fiebre o escalofrío | [ ]  | [ ]  |
| Dolor tipo contracción | [ ]  | [ ]  |
| Amniorrea  | [ ]  | [ ]  |
| Disminución marcada o ausencia de movimientos fetales  | [ ]  | [ ]  |
| Sintomatología Genitourinaria | [ ]  | [ ]  |
| Nauseas o vómito  | [ ]  | [ ]  |
| Calambres | [ ]  | [ ]  |
| Otros síntomas(tener en cuenta los riesgos identificados en anamnesis CLAP) | [ ]  | [ ]  |
| **Evaluación del riesgo** **para Sífilis - VIH**  | N° compañeros sexuales actuales:       | Observaciones:       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO UTERINO | Adecuado Disminuido Aumentado [ ]  [ ]  [ ]  | Observaciones:       |
| VALORACIÓN PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA | Bajo riesgo Alto riesgo Patológico  [ ]  [ ]   | Observaciones:       |
| VALORACIÓN NUTRICIONAL | IMC previo Peso deseable a término              Kg. | % Peso/Talla hoy       | Estado nutricional actual | Bajo peso | [ ]  |
| Normal | [ ]  |
| Sobrepeso | [ ]  |
| Obesidad | [ ]  |
| Observaciones:       |
| **DIAGNÓSTICO OBSTÉTRICO** |
| 1 | G:      P:      A:       C:       V:       M:       |
| 2. | EGxA:       | EGxEco:       | EGxAU:       |
| 3. |       | 4. | FPP:      |
| 5. |       |
| 6. |       |
| **CONDUCTAS** |
| Diagnósticas |       |
| Remisorias |       |
| Terapéuticas/Preventivas |       |
| Educativas |       |
| Otras |       |
| Firma del médico y registro :       |