HOSPITALIZACIÓN NEONATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS

SIP no ◯ si ◯

INSTITUCION DE NACIMIENTO

RN (nombre)

Tiene pulsera de ID no ◯ si ◯

Nº HISTORIA RECIEN NACIDO

MADRE (nombre)

Nº HISTORIA CLINICA MADRE

se encuentra en: mismo hospital ◯ otro hospital ◯ domicilio ◯ fallecida ◯

Condición de salud normal ◯ crítica ◯

Conoció a su hijo no ◯ si ◯

PADRE (nombre)

Teléfonos

Comunicación con la familia

Dirección

Email

TRANSPORTE

◯ mismo hospital (sala de parto) ◯ otro hospital ◯ reingreso

MOTIVO

TIPO ◯ aéreo ◯ terrestre

DISTANCIA Km

DURACION horas min.

incubadora no ◯ si ◯

venoclisis no ◯ si ◯

monitoreo no ◯ si ◯

oxígeno no ◯ si ◯

CPAP no ◯ si ◯

intubado no ◯ si ◯

DROGAS no ◯ si ◯

VOL. I/V: mL

TIPO

COMPLICACIONES (durante el transporte) no ◯ si ◯

INGRESO A NEO

EN:

ENFERMERA

MÉDICO:

día mes año

hora min

EDAD días horas

EG corregida sem. dias

1era VALORACION

temp. axilar °C

SaO_2 %

FiO_2

Cianosis no ◯ si ◯

SDR no ◯ si ◯

Palidez no ◯ si ◯

Diuresis no ◯ si ◯

Vigilia normal ◯ coma ◯

Convulsiones no ◯ si ◯

PESO g

LONGITUD cm

P. CRANEANO cm

NOTAS AL INGRESO

INFORME INICIAL A LA FAMILIA directa ◯ telefónica ◯ no se logró ◯

Responsable del ingreso

Firma

◯ este color significa ALERTA

Formulario Neonatal Anverso Español - 02-06-2016