



TARJETA PRENATAL

NOMBRE DEL PROVEEDOR _____

DIRECCIÓN _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE:

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

TEL.

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
mes día año

EN CASO DE EMERGENCIA, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON:

TELÉFONO: _____

Favor de traer esta tarjeta a todas tus visitas prenatales, salas de emergencia y el día del parto. Esto ayudará a que recibas un cuidado de acuerdo a tus necesidades particulares de salud.

Síntomas y signos de posibles complicaciones por las cuales debes comunicarte con tu obstetra:

Fiebre, escalofríos, hinchazón repentina, náuseas y vómitos severos, hemorragia vaginal, mareos, dolores de cabeza continuos o fuertes, cambios en visión, dolor o calambres abdominales, dolor al orinar, agua saliendo de la vagina, golpes al abdomen, caídas.

Signos de parto prematuro:

Cinco o más contracciones por hora, dolor o presión en la parte baja en el abdomen o de la espalda, retortijones o dolor de estómago, cambios en la secreción vaginal.

CITAS

Fecha	Hora	Fecha	Hora

¿PIENSA LACTAR? Sí _____ No _____

PEDIATRA: _____

EDAD ____ G ____ P ____ Ab ____ Vivos ____ Gem. ____ C/S ____

Fecha m/d/a	Semanas o Meses	Vivo o Muerto	Peso	Lugar Parto	Complic.
__/__/__					
__/__/__					
__/__/__					
__/__/__					

ESTADO CIVIL*: C S D V UC OCUPACIÓN _____
 PESO ANTES EMBARAZO _____ ESTATURA _____
 HX OB PREVIO _____
 COMPLICACIONES _____
 IMMUNIZ.: Tdap _____ Influenza _____

Laboratorio	Fecha	Result.	Fecha	Result.	Fecha	Result.
Hgb / Hct						
Tipo / Rh						
U/A						
U/C						
1hr BS (50g)						
VDRL***						
Hepat. B-SAG						
Hepat. C-SAC						
HIV***						
Paps						
Clam/GC						
PPD						
GB Strep						
RUBELLA**						
ZIKA						
Otros:						

* C: casada; S: soltera; D: divorciada; V: viuda; UC: unión consensual
 ** Si no tiene evidencia de inmunidad, vacunar en el posparto.
 *** Se recomienda hacer las pruebas de VIH y VDRL en el primer trimestre del embarazo y repetir en el tercer trimestre.

Última menstruación	____/____/____ mes día año	Fecha probable parto	____/____/____ mes día año
Fecha estimado obstétrico parto: ____/____/____ mes día año			

SONOGRAMA(S)

Fecha	Profesional de la salud que realizó sonograma	Resultado
__/__/__	__Obstetra __Radiólogo __Feto Materno	
__/__/__	__Obstetra __Radiólogo __Feto Materno	

Fecha m/d/a	Edad gest.	BP	Peso	Orina SAP	Fondo útero	FHR +	Coment.
__/__/__		/					
__/__/__		/					
__/__/__		/					
__/__/__		/					
__/__/__		/					
__/__/__		/					
__/__/__		/					
__/__/__		/					
__/__/__		/					
__/__/__		/					
__/__/__		/					
__/__/__		/					
__/__/__		/					
__/__/__		/					
__/__/__		/					