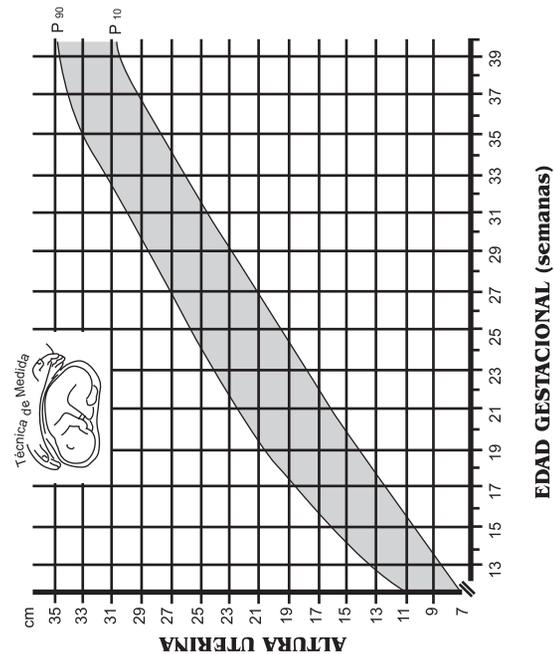
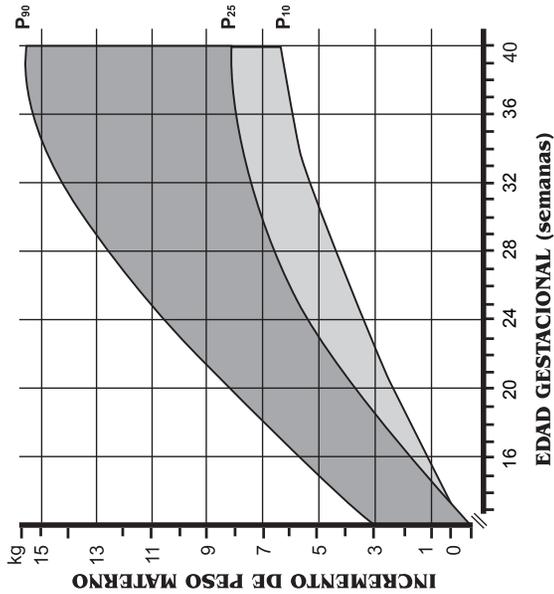


Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

Descripción de códigos en el reverso

HISTORIA CLINICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA				FECHA DE NACIMIENTO dia mes año		ETNIA blanca <input type="radio"/> indigena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>		ALFA BETA ninguno <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		ESTUDIOS ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/> años en el mayor nivel <input type="radio"/>		ESTADO CIVIL casada <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>		Lugar del control prenatal		Lugar del parto/aborto		N° Identidad																																													
DATOS DE FILIACION NOMBRE Y APELLIDOS DOMICILIO LOCALIDAD TELEF.				EDAD (años) < de 20 <input type="radio"/> > de 35 <input type="radio"/>		FAMILIARES no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> TBC <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> hipertensión <input type="radio"/> preeclampsia <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> otra cond. médica grave <input type="radio"/>		PERSONALES no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> cirugía genito-urinaria <input type="radio"/> infertilidad <input type="radio"/> cardiopat. <input type="radio"/> nefropatía <input type="radio"/> VIH+ <input type="radio"/>		OBSTETRICOS gestas previas <input type="radio"/> abortos <input type="radio"/> vaginales <input type="radio"/> nacidos vivos <input type="radio"/> nacidos muertos <input type="radio"/>		FIN EMBARAZO ANTERIOR dia mes año < 2 años <input type="radio"/> > 5 años <input type="radio"/>		EMBARAZO PLANEADO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		FRACASO METODO ANTICONCEP. no usaba <input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> hormo <input type="radio"/> nai <input type="radio"/> emer <input type="radio"/> genia <input type="radio"/> natural <input type="radio"/>																																															
ANTECEDENTES				ULTIMO PREVIO n/c <input type="radio"/> <2500g <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> > 4000g <input type="radio"/>		3 espont. consecutivos <input type="radio"/>		partos <input type="radio"/>		cesáreas <input type="radio"/>		muerdos 1° sem. <input type="radio"/> después 1° sem. <input type="radio"/>		ANTIRUBEOLA previa <input type="radio"/> embarazo <input type="radio"/>		ANTITETANICA vigente no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		EX. NORMAL no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>																																													
GESTACION ACTUAL PESO ANTERIOR Kg <input type="text"/> IMC <input type="text"/> TALLA (cm) <input type="text"/>				EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s. <input type="radio"/>		FUMA ACT. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		FUMA PAS. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		DROGAS no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		ALCOHOL no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		VIOLENCIA no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		ANTIRUBEOLA previa <input type="radio"/> embarazo <input type="radio"/>		ANTITETANICA DOSIS 1° mes gestación <input type="text"/> 2° <input type="text"/>		ODONT. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>																																											
CERVIX normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/>				GRUPO Rh <input type="radio"/> Inmuniz. <input type="radio"/>		TOXOPLASMOSIS <20sem IgG <input type="radio"/> ≥20sem IgG <input type="radio"/>		Hb <20 sem g/l <input type="text"/>		Fe/FOLATOS indicados no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Hb ≥20 sem g/l <input type="text"/>		VIH - Diag - Tratamiento no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento																																															
PAP <input type="radio"/>				γglobulina anti D no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		1° consulta IGM <input type="radio"/>		<11.0 g/dl <input type="radio"/>		<11.0 g/dl <input type="radio"/>		<20 sem solicitada <input type="radio"/> Prueba result <input type="radio"/>		TARV en emb. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no treponémica <input type="radio"/>		treponémica <input type="radio"/>		Tratamiento <input type="radio"/>		Tto. de la pareja <input type="radio"/>																																									
COLP <input type="radio"/>				GLUCEMIA EN AYUNAS <24 sem <input type="text"/> ≥24 sem <input type="text"/>		ESTREPTO-COCO B 35-37 semanas <input type="radio"/>		PREPARACION PARA EL PARTO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		<20 sem solicitada <input type="radio"/> Prueba result <input type="radio"/>		TARV en emb. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		<20 sem <input type="radio"/>		≥20 sem <input type="radio"/>		no si s/d n/c <input type="radio"/>		no si s/d n/c <input type="radio"/>																																									
CHAGAS no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>				PALUDISMO/MALARIA no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		BACTERIURIA sem. normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/>		ESTREPTO-COCO B 35-37 semanas <input type="radio"/>		PREPARACION PARA EL PARTO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		<20 sem solicitada <input type="radio"/> Prueba result <input type="radio"/>		TARV en emb. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		<20 sem <input type="radio"/>		≥20 sem <input type="radio"/>		no si s/d n/c <input type="radio"/>																																									
ATENCIONES PRENATALES				FECHA DE INGRESO dia mes año		CONSULTAS PRE-NATALES total <input type="text"/>		LUGAR DEL PARTO Institucional <input type="radio"/> Domiciliar <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>		HOSPITALIZ. en EMBARAZO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> días <input type="text"/>		CORTICOIDES ANTENATALES completo <input type="radio"/> incompl. <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/>		INICIO espontáneo <input type="radio"/> inducido <input type="radio"/> cesar. elect. <input type="radio"/>		RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		EDAD GEST. al parto <37 sem <input type="radio"/> ≥18 hs. <input type="radio"/>		PRESENTACION SITUACION cefálica <input type="radio"/> pelviana <input type="radio"/> transversa <input type="radio"/>		TAMANO FETAL ACORDE no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		ACOMPANANTE TDP P pareja <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>																																							
TRABAJO DE PARTO				CARNÉ no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		posición de la madre <input type="radio"/>		PA <input type="text"/>		pulso <input type="text"/>		contr./10' <input type="text"/>		dilatación <input type="text"/>		altura present. <input type="text"/>		variedad posic. <input type="radio"/>		meconio <input type="radio"/>		FCF/dips <input type="text"/>		ENFERMEDADES																																					
NACIMIENTO				hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		posición de la madre <input type="radio"/>		PA <input type="text"/>		pulso <input type="text"/>		contr./10' <input type="text"/>		dilatación <input type="text"/>		altura present. <input type="text"/>		variedad posic. <input type="radio"/>		meconio <input type="radio"/>		FCF/dips <input type="text"/>		HTA previa no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		HTA inducida embarazo no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		preeclampsia no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		eclampsia no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		cardiopatía no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		nefropatía no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		diabetes no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. ovular no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. urinaria no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		amenaza parto preter. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		R.C.I.U. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		rotura prem. de membranas no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anemia no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		otra cond. grave no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		1° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		2° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		3° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		postparto no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. puerperal no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		HEMORRAGIA	
MUERTO <input type="radio"/>				hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		posición de la madre <input type="radio"/>		PA <input type="text"/>		pulso <input type="text"/>		contr./10' <input type="text"/>		dilatación <input type="text"/>		altura present. <input type="text"/>		variedad posic. <input type="radio"/>		meconio <input type="radio"/>		FCF/dips <input type="text"/>		ninguna <input type="radio"/>		infec. ovular no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. urinaria no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		amenaza parto preter. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		R.C.I.U. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		rotura prem. de membranas no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anemia no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		otra cond. grave no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		1° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		2° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		3° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		postparto no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. puerperal no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		HEMORRAGIA													
POSICION PARTO sentada <input type="radio"/> acostada <input type="radio"/> cucullas <input type="radio"/>				DESGARROS Grado (1 a 4) <input type="text"/>		OCITOCICOS prealubr. <input type="radio"/> postalubr. <input type="radio"/>		PLACENTA completa <input type="radio"/> retenida <input type="radio"/>		LIGADURA CORDON precoz <input type="radio"/>		ocitocicos en TDP no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		antibiot. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		analgesia no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anest. local no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anest. region. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anest. gral. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		transfusión no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDUC. <input type="radio"/>		OPER. <input type="radio"/>		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDUC. <input type="radio"/>		OPER. <input type="radio"/>		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDUC. <input type="radio"/>		OPER. <input type="radio"/>		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDUC. <input type="radio"/>		OPER. <input type="radio"/>															
RECIENTE NACIDO				hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		posición de la madre <input type="radio"/>		PA <input type="text"/>		pulso <input type="text"/>		contr./10' <input type="text"/>		dilatación <input type="text"/>		altura present. <input type="text"/>		variedad posic. <input type="radio"/>		meconio <input type="radio"/>		FCF/dips <input type="text"/>		ninguna <input type="radio"/>		infec. ovular no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. urinaria no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		amenaza parto preter. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		R.C.I.U. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		rotura prem. de membranas no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anemia no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		otra cond. grave no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		1° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		2° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		3° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		postparto no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. puerperal no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		HEMORRAGIA													
SEXO f <input type="radio"/> m <input type="radio"/>				PESO AL NACER <input type="text"/> g		P. CEFALICO cm <input type="text"/>		EDAD GESTACIONAL sem. <input type="text"/> dias <input type="text"/>		PESO E.G. <input type="text"/>		CUIDADOS AL RECIENTE NACIDO vitam K <input type="radio"/> Profíllaxis ocular <input type="radio"/> Apego precoz <input type="radio"/>		APGAR 1° <input type="text"/> 5° <input type="text"/>		REANIMACION estimulac. <input type="radio"/> aspiración <input type="radio"/> máscara <input type="radio"/> oxígeno <input type="radio"/> masaje <input type="radio"/> tubo <input type="radio"/>		FALLECE en LUGAR de PARTO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		REFERIDO alog. <input type="radio"/> con. <input type="radio"/>		ATENDIDO médico <input type="radio"/> obst. <input type="radio"/> enf. <input type="radio"/> auxil. <input type="radio"/> estud. <input type="radio"/> empir. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>		PARTO <input type="radio"/>		NEONATO <input type="radio"/>		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDUC. <input type="radio"/>		OPER. <input type="radio"/>		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDUC. <input type="radio"/>		OPER. <input type="radio"/>		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDUC. <input type="radio"/>		OPER. <input type="radio"/>		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDUC. <input type="radio"/>		OPER. <input type="radio"/>													
DEFECTOS CONGENITOS				hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		posición de la madre <input type="radio"/>		PA <input type="text"/>		pulso <input type="text"/>		contr./10' <input type="text"/>		dilatación <input type="text"/>		altura present. <input type="text"/>		variedad posic. <input type="radio"/>		meconio <input type="radio"/>		FCF/dips <input type="text"/>		ninguna <input type="radio"/>		infec. ovular no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. urinaria no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		amenaza parto preter. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		R.C.I.U. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		rotura prem. de membranas no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anemia no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		otra cond. grave no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		1° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		2° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		3° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		postparto no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. puerperal no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		HEMORRAGIA													
ENFERMEDADES				hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		posición de la madre <input type="radio"/>		PA <input type="text"/>		pulso <input type="text"/>		contr./10' <input type="text"/>		dilatación <input type="text"/>		altura present. <input type="text"/>		variedad posic. <input type="radio"/>		meconio <input type="radio"/>		FCF/dips <input type="text"/>		ninguna <input type="radio"/>		infec. ovular no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. urinaria no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		amenaza parto preter. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		R.C.I.U. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		rotura prem. de membranas no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anemia no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		otra cond. grave no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		1° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		2° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		3° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		postparto no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. puerperal no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		HEMORRAGIA													
EGRESO RN				hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		posición de la madre <input type="radio"/>		PA <input type="text"/>		pulso <input type="text"/>		contr./10' <input type="text"/>		dilatación <input type="text"/>		altura present. <input type="text"/>		variedad posic. <input type="radio"/>		meconio <input type="radio"/>		FCF/dips <input type="text"/>		ninguna <input type="radio"/>		infec. ovular no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. urinaria no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		amenaza parto preter. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		R.C.I.U. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		rotura prem. de membranas no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anemia no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		otra cond. grave no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		1° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		2° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		3° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		postparto no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. puerperal no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		HEMORRAGIA													
EGRESO MATERNO				hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		posición de la madre <input type="radio"/>		PA <input type="text"/>		pulso <input type="text"/>		contr./10' <input type="text"/>		dilatación <input type="text"/>		altura present. <input type="text"/>		variedad posic. <input type="radio"/>		meconio <input type="radio"/>		FCF/dips <input type="text"/>		ninguna <input type="radio"/>		infec. ovular no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. urinaria no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		amenaza parto preter. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		R.C.I.U. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		rotura prem. de membranas no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anemia no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		otra cond. grave no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		1° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		2° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		3° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		postparto no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. puerperal no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		HEMORRAGIA													
ALIMENTO AL ALTA				hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		posición de la madre <input type="radio"/>		PA <input type="text"/>		pulso <input type="text"/>		contr./10' <input type="text"/>		dilatación <input type="text"/>		altura present. <input type="text"/>		variedad posic. <input type="radio"/>		meconio <input type="radio"/>		FCF/dips <input type="text"/>		ninguna <input type="radio"/>		infec. ovular no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. urinaria no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		amenaza parto preter. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		R.C.I.U. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		rotura prem. de membranas no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anemia no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		otra cond. grave no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		1° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		2° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		3° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		postparto no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. puerperal no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		HEMORRAGIA													
CONSEJERIA no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>				hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		posición de la madre <input type="radio"/>		PA <input type="text"/>		pulso <input type="text"/>		contr./10' <input type="text"/>		dilatación <input type="text"/>		altura present. <input type="text"/>		variedad posic. <input type="radio"/>		meconio <input type="radio"/>		FCF/dips <input type="text"/>		ninguna <input type="radio"/>		infec. ovular no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. urinaria no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		amenaza parto preter. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		R.C.I.U. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		rotura prem. de membranas no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anemia no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		otra cond. grave no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		1° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		2° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		3° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		postparto no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. puerperal no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		HEMORRAGIA													
METODO ELEGIDO				hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		posición de la madre <input type="radio"/>		PA <input type="text"/>		pulso <input type="text"/>		contr./10' <input type="text"/>		dilatación <input type="text"/>		altura present. <input type="text"/>		variedad posic. <input type="radio"/>		meconio <input type="radio"/>		FCF/dips <input type="text"/>		ninguna <input type="radio"/>		infec. ovular no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. urinaria no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		amenaza parto preter. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		R.C.I.U. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		rotura prem. de membranas no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anemia no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		otra cond. grave no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		1° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		2° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		3° trim. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		postparto no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. puerperal no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		HEMORRAGIA													
DIU post-emb. <input type="radio"/>				hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		posición de la madre <input type="radio"/>		PA <input type="text"/>		pulso <input type="text"/>		contr./10' <input type="text"/>		dilatación <input type="text"/>		altura present. <input type="text"/>		variedad posic. <input type="radio"/>		meconio <input type="radio"/>		FCF/dips <input type="text"/>		ninguna <input type="radio"/>		infec. ovular no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		infec. urinaria no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		amenaza parto preter. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		R.C.I.U. no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		rotura prem. de membranas no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anemia no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>																											

Proteja su Embarazo



Cumpla con sus citas y siga las recomendaciones dadas por el personal de salud.

Tome las vitaminas que entregarán en su unidad de salud.

La alimentación variada cuida su salud, la de su hijo/a y garantiza una buena lactancia.

Dele amor a su hijo/a desde el embarazo.

Aplíquese la vacuna antitetánica

CUIDE DE SU HIGIENE PERSONAL.

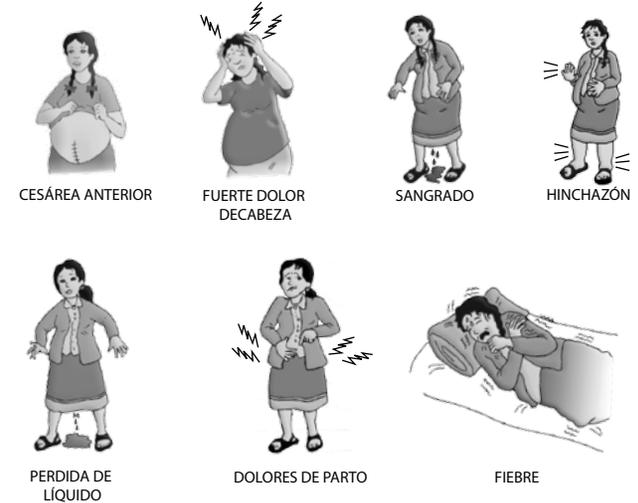
Usted debe recibir atención inmediata si presenta:

- Salida de sangre o líquido por sus genitales.
- Hinchazón (edema) en sus tobillos, las piernas, las manos y la cara.
- Fiebre o escalofríos.
- Dolores de cabeza continuo, si ve lucécitas o siente zumbido de oídos permanente.
- Disminución o falta de movimientos del niño/a.
- Si presenta dolores de vientre o rabadilla antes de los 9 meses.

República de Nicaragua Ministerio de Salud Carné Perinatal



VAYA AL HOSPITAL EN CASO DE:



Nombres: _____

Domicilio: _____

Unidad de Salud: _____

Este carnet contiene información indispensable para su salud y la de su hijo/a. Llévelo siempre con Usted y entréguelo al equipo de salud cada vez que requiera una atención, ya sea en el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo/a.

Si este cuadro aparece pintado de color rojo indica que su parto no puede ser atendido en su casa.

