

TARJETA PARA CONTROL DE USUARIAS EMBARAZADAS

NOMBRE DE LA UNIDAD:
DATOS DE IDENTIFICACION

JURISDICCION SANITARIA

Nombres:

Apellido Paterno

Apellido Materno:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Expediente:

Lugar de Nacimiento

Escolaridad

Edo. Civil:

Ocupación

Número Telefónico

CURP:

Domicilio:

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Gesta:

Partos:

Cesáreas

Abortos:

Ninguno:

Edad del Primer emb:

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS TABAQUISMO:

ALCOHOLISMO:

OTROS:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Diabetes

Hipertensión

Sobrepeso

Cardiopatía

Preeclamsia:

Eclamsia:

Nefropatía

VPH:

VIH

TBC

Cirugías:

Alergias:

Otra condición médica:

VIGILANCIA DEL EMBARAZO

FECHA:

FUM:

SDG

FPP

Grupo y RH:

Peso

Talla

CONTROL

Fecha de cita

SDG

Peso

TIA

FC

FR

Temp

Fondo Uterino

Movimiento Fetal

Presentación

FCF

Observaciones

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO

Fecha

Factores de riesgo

Manejo

TARJETA PARA CONTROL DE USUARIAS EMBARAZADAS

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ **JURISDICCIÓN SANITARIA:** _____

DATOS DE IDENTIFICACION:

NOMBRES: _____
 Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Expediente: _____ Lugar de nacimiento: _____
 Escolaridad: _____ Edo. Civil: _____ Ocupación: _____ Numero Telefono: _____
 CURP: _____ Domicilio: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Gesta: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ Ninguna: _____ Edad del Primer emb: _____

ANTECEDENTES PERSONALES No PATOLOGICOS Tabaquismo: _____ Alcoholismo: _____ otras: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Diabetes: _____ Hipertensión: _____ Sobrepeso: _____ Cardiopatía: _____ Preeclamsia: _____
 Eclamsia: _____ Nefropatía: _____ VPH: _____ VIH: _____ TBC: _____ Cirugías: _____
 Alergias: _____ otra condición médica: _____

VIGILANCIA DEL EMBARAZO

FECHA: _____ FUM: _____ SDG: _____ FPP _____ Grupo y RH: _____ Peso: _____ Talla: _____

CONTROL											
Fecha de cita	SDG	Peso	T/A	FC	FR	IRMP	Fondo Uterino	Movimiento Fetal	Presentación	FCF	Observaciones

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO

Fecha	Factores de riesgo	Manejo