

# PROGRAMA DE PREVENCIÓN MATERNO INFANTIL (P.P.M.I.)

Nº DE AFILIADO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**APELLIDO**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_

FICHA OBSTETRICA			
F.U.M.:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	F.P.P.:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Peso Anterior (kg.):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Talla (cm.):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Edad Gestacional Actual:	<input type="text"/> <input type="text"/>	semanas	

## ANTECEDENTES PERSONALES

(Marque con una cruz la opción que corresponda)

	Sí	No		Sí	No
No Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H.T.A previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. de columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis-HIV-Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros: _____		

## ANTECEDENTES OBSTETRICOS

(Marque con una cruz la opción que corresponda)

Gestas	<input type="text"/> <input type="text"/>	Partos	<input type="text"/> <input type="text"/>
Cesáreas	<input type="text"/> <input type="text"/>	Gemelares	<input type="text"/> <input type="text"/>
Abortos espontáneos	<input type="text"/> <input type="text"/>	Nacidos vivos	<input type="text"/> <input type="text"/>
Nacidos muertos	<input type="text"/> <input type="text"/>	R.N. con mayor peso	<input type="text"/> <input type="text"/>
R.N. con menor peso	<input type="text"/> <input type="text"/>	Fin del embarazo anterior	<input type="text"/> <input type="text"/>

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL