

Your
Hospital's
Logo
Here

MATERNO / INFANTE SUMARIO DEL ALTA

PATIENT IDENTIFICATION

HISTORIA MATERNA

HISTORIA MATERNA	GRAVIDA:	PARA:	TIPO DE SANGRE:
TIPO DE PARTO	VAJINAL:	CESAREA:	FECHA / HORA:
MEDICACIONES PARA EL ALTA	MEDICINA / DOSIS:	INDICACION:	
	MEDICINA / DOSIS:	INDICACION:	
	MEDICINA / DOSIS:	INDICACION:	
CITA DE SEGUIMIENTO	DOCTOR / CLINIC:	FECHA CITA: / /	
INSTRUCCIONES ESPECIALES			
DADA DE ALTA A	CASA CON:	FECHA / HORA:	
DADA DE ALTA POR	AMBULATORIO:	SILLA DE RUEDAS:	OTRO:

HISTORIA DEL RECIEN NACIDO

HISTORIA DEL RECIEN NACIDO	APGARS 1 MIN:	APGARS 5 MIN:	TIPO DEL SANGRE/COOMBS
	FECHA DE NACIMIENTO:	PESO AL NACER	TAMANO:
	CIRC CABEZA:	FECHA DE ALTA	PESO AL ALTA:
INSTRUCCIONES PARA SU ALIMENTACION:	PECHO:	FORMULA:	
VACUNA DE HEPATITIS "B"	DOSIS/TIPO:	LOT #:	FECHA ADM: / /
CHEQUEO DE PKU	FECHA: / /	HORA:	
INSTRUCCIONES ESPECIALES / MEDICINAS:			
CITA DE SEGUIMIENTO	MEDICO/CLINICA:	FECHA CITA:	
CONDICION DEL INFANTE	<input type="checkbox"/> DE ALTA CON MADRE <input type="checkbox"/> USO DE SILLA AUTO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> OTRO		
INSTRUCCIONES ESCRITAS DADAS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
PACIENTE / FAMILIA VERVALIZAN ENTENDER INSTRUCCIONES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
FIRMA PACIENTE:	FECHA: / /	FIRMA ENFERMERA:	FECHA: / /

WHITE - Maternal Chart

YELLOW - Newborn Chart

PINK - Mother / Physician