

INFORME ACTUAL DE MÉDICO TRATANTE (PEDIATRA O NEONATÓLOGO)

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: _____

I.- ANTECEDENTES NEONATOLÓGICOS:

Fecha de nacimiento: _____ Establecimiento de salud donde nació: _____

Peso al nacer: _____ (kg) Talla al nacer: _____ (cm)

¿Se realizó Tamizaje neonatal? NO _____ SI _____ (adjuntar informe)

Tipo de parto: _____ Si fue distócico, debido a: _____

Apgar: 1' _____ 5' _____ 10' _____ Requirió reanimación?, NO _____ SI _____ Describa: _____

Diagnósticos al nacer: 1. _____

2. _____

3. _____

Permaneció hospitalizado más del tiempo estándar para el tipo de parto: NO _____ SI _____

Si la respuesta es **NO**, pasar al punto II

Si respuesta es **SI**, describa lo siguiente:

1. Causa(s) de permanencia prolongada: _____

2. Tratamiento recibido: _____

3. Exámenes realizados (adjuntar informes): _____

4. Interconsultas realizadas : _____

Fecha de alta: _____

Diagnósticos al alta:

1. _____

2. _____

3. _____

II.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de de que ha padecido?: (Subraye los datos pertinentes)	SI	NO	En caso de presentar algún antecedente indicar el diagnóstico e incluir la fecha, duración, tratamiento y grado de recuperación
a. Enfermedad o defecto de ojos, oídos, nariz o garganta.			
b. Desmayos, convulsiones, parálisis cerebral u otra enfermedad de tipo mental o neurológico..			
c. Dificultad al respirar, ronquera, tos persistente, hemoptisis, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis u otra enfermedad respiratoria.			
d. Soplo cardiaco, defectos septales u otra enfermedad del sistema cardiovascular.			
e. Ictericia, enterocolitis necrotizante, hemorragia intestinal, hernia, colitis o cualquier otra enfermedad del estómago, intestino, hígado o vesícula.			
f. Glucosa, albumina, hematuria u otra enfermedad de los riñones, vejiga o aparato reproductor.			
g. Diabetes, enfermedad de la tiroides, paratiroides u otra glándula endocrina.			
h. Alguna deformidad, cojera, amputación o cualquier otra enfermedad o defecto muscular u óseo, incluyendo la columna, espalda y articulaciones.			
i. Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quistes tumores, cáncer.			
j. Alergias, anemia u otra enfermedad de la sangre			
k. Enfermedad o defecto de origen congénito o genético: paladar hendido, labio leporino, agenesia renal, estenosis pilórica, neurofibromatosis, poliquistosis renal, otros.			
m. ¿Ha tenido alguna cirugía y/o Hospitalizaciones?			
n. ¿Se le ha aconsejado algún análisis, examen, hospitalización, operación o interconsulta a otra especialidad médica que no se hubiera realizado?			
o. ¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad aparte de las mencionadas?			



III.- EXAMEN FÍSICO ACTUAL:

Peso actual: _____ Talla actual : _____ Frecuencia Cardiaca: _____

¿Hay en el examen alguna anormalidad?	SI	NO	Subraye lo indicado y detalle.
Ojos, oídos, boca, nariz, faringe			
Piel, ganglios linfáticos			
Sistema nervioso (incluye reflejos, desarrollo neurológico, parálisis, otros)			
Aparato cardiovascular (soplos, otros)			
Aparato respiratorio			
Abdomen (incluye cicatrices, hernias, otros)			
Aparato genitourinario (fimosis, prepucio redundante, otros)			
Sistema endocrino (tiroides, otros)			
Aparato locomotor (incluye desarrollo psicomotor, columna, articulaciones, otros)			
Otras alteraciones no especificadas			

Diagnósticos actuales: 1. _____

2. _____

3. _____

Tratamiento actual: _____

Plan de manejo: _____

.....

Lugar y fecha

.....

Sello y firma
Del Médico tratante
CMP – RNE

- *No utilizar siglas o abreviaturas*
- *Letra legible, firma de médico y sello donde visualice el N° RNE (Registro de especialidad) y CPM (N° de colegio médico)*
- *Evaluación requerida para afiliación de Seguro.*