

INFORME ACTUAL DE MÉDICO PEDIATRA O NEONATÓLOGO TRATANTE

(Todas las preguntas son de respuesta obligatoria)

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: _____

I.- ANTECEDENTES NEONATOLÓGICOS:

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

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

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

Apgar: 1' ____ 5' ____ 10' ____ ¿Requirió reanimación? NO ____ SI ____ Describa motivo: _____

Diagnósticos al nacer: 1. _____

2. _____

3. _____

Fecha de alta hospitalaria: _____

¿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 hospitalaria: _____

Diagnósticos al alta:

1. _____

2. _____

3. _____

II.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

¿Ha sido tratado o ha padecido alguna dolencia/enfermedad?: (Subraye los datos pertinentes)	SI	NO	En caso de presentar algún antecedente indicar el diagnóstico e incluir la fecha de diagnóstico, tratamiento y grado de recuperación.
a. Enfermedad o defecto de ojos, oídos, nariz o garganta.			
b. Enfermedad de tipo mental o neurológico. Por ejemplo, Convulsiones, parálisis cerebral u otras			
c. Enfermedad respiratoria. Por ejemplo, insuficiencia respiratoria, asma u otras.			
d. Enfermedad del sistema cardiovascular. Por ejemplo, Soplo cardiaco, defectos septales u otras			
e. Enfermedad del estómago, intestino, hígado o vesícula. Por ejemplo, Ictericia, enterocolitis necrotizante, hernia u otras.			
f. Enfermedad de los riñones, vejiga o aparato genitourinario. Por ejemplo, criptorquidia, fimosis, otras.			
g. Enfermedad endocrina. Por ejemplo, diabetes, hipotiroidismo u otras.			
h. Alguna deformidad, 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, otras.			
m. ¿Requiere o ha tenido alguna cirugía y/o Hospitalización(es)?			
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 diferente a las mencionadas?			

III.- EXAMEN FÍSICO ACTUAL:

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

¿Hay en el examen alguna alteración?	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
Médico pediatra o neonatólogo tratante
N° CMP y N° RNE

- *No utilizar siglas o abreviaturas*
- *Letra legible, firma de médico y sello donde visualice el N° RNE (Registro de especialidad) y N° CPM (Colegio médico del Perú)*