

**MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL**  
**Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes**  
**DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**  
**Servicio de Obstetricia**  
**CONSULTA DE ALTO RIESGO**

Día/Mes/Año

**RESUMEN DE INGRESO**

Paciente de \_\_\_\_ años, natural y/o procedente de \_\_\_\_\_ que tiene como:

**MOTIVO DE CONSULTA:**

Embarazo de \_\_\_\_ semanas (O meses). Referencia del Dispensario, Medicatura Rural, Centro de Salud, o Servicio de \_\_\_\_\_.

**EMBARAZO ACTUAL:**

Paciente G \_\_, P \_\_, C \_\_, A \_\_, EE \_\_, EM \_\_, con F.U.M. el \_\_\_\_ y que tiene como F.P.P. el \_\_\_\_\_. Ha presentado (Síntomas neuro/vegetativos, patología urinaria, ginecológica, etc.). Otros síntomas generales y/o locales. Percibe movimientos fetales desde los \_\_\_\_ meses.

Interpretar y mencionar los exámenes complementarios y/o tratamientos recibidos (De significación para el embarazo o sus complicaciones).

**ANTECEDENTES (De importancia):**

Heredo/familiares: Interrogar sobre cáncer, cardiopatías, endocrinopatías, mentales, nefropatías, gemelaridad, etc.

Personales no patológicos: Ocupación, Vacunaciones, Tipaje sanguíneo (Pareja). Hábitos.

Personales patológicos: Indagar sobre eruptivas, infecciones, alergias, transfusionales, tabaquismo, drogadicción, etc.

**Gineco/Obstétricos (DETALLADOS)**: Menarca. Ritmo menstrual y sus caracteres. Patológicos (Infecciones y/o infestaciones). Otros. Inicio de la vida sexual. Parejas sexuales. M.A.C.

Embarazos: Detallar año, forma, causa y edad de culminación. Características del puerperio y de la lactancia. Sexo, peso, talla y condiciones de(los) producto(s).

**EXAMEN FISICO (Datos Positivos):**

Constantes Físicas (Talla, peso).

Signos Vitales (Pulso, respiración, temperatura y presión arterial). No olvidar el dolor

Estado general. Conciencia. Cuello (Tiroides). Corazón. Pulmones. **Mamas**. Abdomen (Cicatrices, tumoraciones, visceromegalias). Medición (A.U. y circunferencia abdominal). Datos obtenidos de las maniobras de Leopold. Auscultación fetal.

**Examen Ginecológico**: Inspección. Espéculo (Modificaciones gravídicas. Leucorrea. Citología, etc.). Tacto (Características del Cervix, útero, anexos. Otras tumoraciones).

Extremidades superiores e inferiores (Simetría, edema, várices, **reflejos**).

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS:**

Básicos de prenatal (Fecha): Interpretación clínica y/o transcripción)

Otros (Fecha): Interpretación clínica

**IMPRESION DIAGNOSTICA: (Integral)**

1. Femenina de \_\_\_\_ años, G, P, C, A, EE, EM
2. Embarazo (Amenorrea) de \_\_\_\_ semanas
3. Otros gineco/obstétricos
4. Otros médicos

**CONDUCTA:**

Indicaciones higiénico/dietéticas  
Medicamentos  
Solicitud de análisis básicos y citología  
Solicitud de estudios especiales y/o referencias.

**PRONOSTICO:**

Diferido  
Condicionado a evolución y certeza diagnóstica.

**Nombres y Apellidos**

Día/Mes/Año

**PRENATAL CONTROL**

**Peso:** Kg.  
**T.A.:** mmHg  
**A.U.:** cm.  
**E.G.:** semanas  
**Otros:** Nuevos diagnósticos

Persistencia o aparición de síntomas (Cefalea, acúfenos, fosfenos, náuseas, vómitos, acidez, meteorismo, leucorrea, hemorragia genital, hemorroides, várices, edemas, etc.). Percepción y/o **alteración** (En especial **disminución**) de los **movimientos fetales**.

Examen Físico: Completo (Sólo anotar signos positivos nuevos o significativos). Datos completos y detallados de la exploración útero/abdominal. Extremidades.

Examen Ginecológico: Toma de muestra para C.S.V. o Citología Vaginal (De ser necesario o por no haberse practicado con anterioridad).

Exámenes Complementarios: (Fecha). Transcripción y/o interpretación clínica de análisis básicos y/o especializados (Deben transcribirse los resultados de **todos** los complementarios en la Ficha Perinatal. Conducta o indicaciones hechas.

**Nombres y Apellidos**

Dr. Germán E. Chacón Vivas  
Profesor

C.N y G  
06 12 01