**NEONATOLOGÍA**: **HOJA DE DERIVACIÓN**

EFECTOR QUE DERIVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA / HORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MÉDICO QUE DERIVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1-DATOS DE LA PACIENTE**:
**N Y A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ F. NAC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P. N: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ APGAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EG (por ecografía de 10 Sem / FUM) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2-NACIMIENTO:**

VAGINAL:  CESÁREA  CAUSA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
G Y F: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RPM: SÍ  NO  HORAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3-DATOS PERINATOLÓGICOS:**

NOMBRE Y APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4-SEROLOGÍA:**HIV: FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
HEP B: FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
VDRL: FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
TOXO: FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
CHAGAS: FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EGB (STREPTOCOCO B HEMOLITICO) HISOPADO: SI NO FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ATB/DOSIS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
G Y F: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
EMBARAZO CONTROLADO: SI  NO  Nº DE CONTROLES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**5-ANTECEDENTES MATERNOS**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **6-ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS**:

OH: SI  NO 
DROGAS: SI  NO 
FUMA: SI  NO 

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SELLO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_