

Tarjeta de identificación del recién nacido

Provincia: _____

Cantón: _____

Parroquia: _____

Área de Salud _____

Establecimiento de Salud _____

Distrito _____

MADRE

HCU o CI: _____ Nombres y Apellidos: _____

Lugar de Residencia: _____ Grupo Sanguíneo: ____ Rh: ____

Profesional que atendió el parto: _____

Tipo de parto: _____ Edad Gestacional: _____ semanas

RECIÉN NACIDO

HCU o CI: _____ Nombres y Apellidos: _____

Sexo: _____ APGAR: 1' _____ 5' _____

Fecha de nacimiento: _____ Hora de nacimiento: _____

Peso: _____ g Talla: _____ cm PC: _____ cm

Profesional que recibió al RN: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Rh: _____

Pinzamiento oportuno del cordón _____

Apego precoz Si _____ No _____

Lactancia Inmediata Si _____ No _____

Edad gestacional (Capurro): _____

Vacunas: BCG Si _____ No _____

Hepatitis B Si _____ No _____

Tamizaje Metabólico: Si _____ No _____

Control Visual: Rojo Pupilar Si _____ No _____

Tamizaje auditivo EOA OI: Pasa____ No pasa____ OD: Pasa____ No pasa____

Diagnóstico de Alta: _____

Próxima Consulta Unidad de Salud: _____

Fecha: _____

Responsable del Alta: _____ Firma: _____