



SANATORIO BORATTI S.R.L.

Av. Mitre 2330 - Tel.: (0376) 4440140 - 3300 Posadas - Misiones

RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

IDENTIFICACIÓN:

Apellido y Nombres:
Fecha de Nacimiento:
Historia Clínica N°
Sexo: Masculino Femenino
Peso: grs. Hora:
Talla: cms.
APGAR: Edad Gestacional: sem.

Plantar RN I

REANIMACIÓN:

Inhalación de oxígeno: Máscara Cubo
Presión positiva: Boca-tubo Máscara
T. Endotraqueal
Farmacología:
Tiempo de reanimación:

Plantar RN D

ANTECEDENTES DE PARTO:

N° de embarazo N° de para: Simple
Gemelar Presentación Cef. Pod.
Iniciación: Espontánea Inducida
T. de expulsivo: hs. min.
Terminación Espontánea Fórceps Cesárea
Líquido amniótico Claro Meconial Fétido
Escaso: Abundante:
Cordón umbilical: Circular: Nudos Procidencia:
Ruptura de membranas: Espontánea: Artificial: Horas:

Pulgar Madre I

Pulgar Madre D

EXAMEN FÍSICO:

Piel (color, turgor, elasticidad, equimosis, etc.)
Cabeza (cuello, deformación cefalohematoma, etc.)
Digestivo (hígado, bazo, deposiciones) Permeabilidad esofágica y anal
Respiratorio (Dif. respiratoria, disnea, quejido, estridor, reales, etc.)
Cardiovascular (Tono, frecuencia, soplos, ritmo, pulsos, etc.)
Genitales Masc. Fem. Normales Anormales
Osteomioarticular (Tono, fracturas, ortolani , etc.)
Sistema nervioso (reflejos, temblores, tono, etc.)

OBSERVACIONES:
.....
.....
.....
.....

MEDICO PEDIATRA



SANATORIO BORATTI S.R.L.

Av. Mitre 2330 - Tel.: (0376) 4440140 - 3300 Posadas - Misiones

**RECEPCIÓN DEL
RECIÉN NACIDO**

Por la presente autorizo a que mi hijo/a Recién Nacido (RN) sea entregado luego del nacimiento al

Sr/Sra.....

Nombre y Apellido Madre.....

DNI/LC N°..... Firma de la Madre:

SE ENTREGA EL RECIEN NACIDO SR./SRA.:.....

DNI / LC N°..... Firma del que recibe:.....

Apellido y Nombre del personal o Médico que entrega:.....

Firma del personal o Médico:.....

ENTREGA DE CERTIFICADO DE VACUNACION

Posadas,...../...../.....

Firma y Aclaración.....

DNI / LC N°.....

Posadas,..... de..... de..... Hora:.....

DEJO CONSTANCIA QUE SE ME HA ENTREGADO EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL DEL RECIEN NACIDO.

APELLIDO Y NOMBRE DEL QUE RECIBE:.....

DNI / LC / LE:.....

PERENTESCO:.....

POSADAS..... DE..... DE.....

HORA:..... FIRMA DEL QUE RECIBE:.....