



Dr. Héctor J. D'Agnillo

Hipolito Yrigoyen esq. ruta 40 - 0220 477 1924 - hospital@marcospaz.gov.ar

# HOJA DE ENFERMERÍA

**APELLIDO Y NOMBRE:** Gonzalez Betanal Victoria **DNI/HC Nº:** 7628853

**Area de internación:**

**CAMA:**

**HAB:**

[illegible]

**OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA: HOJA DE DERIVACIÓN**

EFFECTOR QUE DERIVA: HGAL O'AGUILLO FECHA / HORA: 11/10/26 14:30  
MÉDICO QUE DERIVA: SOR:1  
TELÉFONO: 11563776005

**1-DATOS DE LA PACIENTE:**

NOMBRE Y APELLIDO: Gonzalez Bernad Victoria DNI: 7626853  
F. NAC: 03/10/2012 EDAD: 14  
DOMICILIO: EL PACOR 1727 LOCALIDAD: MARCOS PAZ  
OBRA SOCIAL: no

TEL DE UN FAMILIAR: 11563776005

**2-DIAGNÓSTICO: (MOTIVO DE DERIVACIÓN)**

**DATOS OBSTÉTRICOS:**

E.G: FUM: 02/04/26 FPP: 07/01/27 SV:  
T.A: 110/80 FC: 92 TAX: 76  
GESTA 1 ABORTO 0 CESÁREA 0 PARTO 0  
GRUPO Y FACTOR: A(+)A  
CONTROL PRENATAL: (Nº) 1

**3-EXÁMEN OBSTÉTRICO:**

LF: 158 MF: 91 DU: no TUN: ROBINAL  
TACTO: 91 DILATACIÓN: no MEMBRANAS: ROTA LAC ESCASO

ANTECEDENTES PERSONALES DE IMPORTANCIA: epilepsia

MEDICACIÓN ACTUAL RECIBIDA: 1

VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL / DPTA RECIBIDA: SI ☐ NO ☒

EGB: no

**4-LABORATORIO:**

**FECHA ÚLTIMO LABORATORIO:**

KPTT: no VDRL: no HTO: 35 BCO: 68a PK: 256<sup>aa</sup> TP: no TOXO: no CHAGAS: no HIV: no  
HBSAG: no UROCULTIVO: no HEPATOGRAMA: no

FIRMA: Sorja S. Lucas  
Lic. en Obstetricia  
M.N. 9767 M.P. 60422

SELLO: no

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| HISTORIA CLINICA PERINATAL CLAPISM ROPSOM                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FECHA DE NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                           |  | EMBARAZO                                                |  | ALFA BETA                                               |  | ESTUDIOS                                                                                                                                 |  | CASAS                                                                                            |  | LUGAR                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE <u>Victoria</u> APELLIDO <u>Gonzalez</u>                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | dia <u>03</u> mes <u>10</u> año <u>12</u>                                                                                                                                                                                                                                     |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |  | ninguno <input type="checkbox"/> primario <input type="checkbox"/> secundario <input type="checkbox"/> univers. <input type="checkbox"/> |  | casas <input type="checkbox"/> urbanas <input type="checkbox"/> rurales <input type="checkbox"/> |  | Lugar <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural <input type="checkbox"/>                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DOMICILIO <u>EL PACOR 1727</u>                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | EDAD (años) <u>14</u>                                                                                                                                                                                                                                                         |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |  | años en el mayor nivel <u>1</u>                                                                                                          |  | vive solo <input type="checkbox"/> con <input type="checkbox"/>                                  |  | 7 <u>6</u> 26 <u>8</u> 53                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LOCALIDAD <u>MARCOZ PAZ</u> TELEF. <u>7750376005</u>                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                       |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                          |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FAMILIARES PERSONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | OBSTETRICOS                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | FIN EMBARAZO ANTERIOR                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hipertensión <input type="checkbox"/> preeclampsia <input type="checkbox"/> eclampsia <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  | gestas previas <input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> vaginales <input type="checkbox"/> nacidos vivos <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> muertes 1° sem. <input type="checkbox"/> después 1° sem. <input type="checkbox"/> |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | EMBARAZO PLANEO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GESTACION ACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | EG CONFIABLE por FULL Eco <20 s                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | FUMACT FUMARS DROGAS ALCOHOL VIOLENCIA                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | VACUNAS                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MESO ANTERIOR <u>02</u> mes <u>04</u> año <u>26</u>                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | 1° trim <input type="checkbox"/> 2° trim <input type="checkbox"/> 3° trim <input type="checkbox"/>                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | tetanos/difteria <input type="checkbox"/> idap <input type="checkbox"/> influenza <input type="checkbox"/> rubola <input type="checkbox"/> hepatitis B <input type="checkbox"/> hepatitis A <input type="checkbox"/>            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EX. NORMAL CERVIX                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TOXOPLASMOSES                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | FETOPATIAS                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Hb <20 sem                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> insp. visual PAP <input type="checkbox"/> COLP <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <20 sem IgG <input type="checkbox"/> >20 sem IgG <input type="checkbox"/> 1° consulta IgM <input type="checkbox"/>                                                                                                    |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Fe Folicos <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <11.0 g/dl <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HEPATITIS B BACTERIURIA                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | GLUCEMIA EN AYUNAS                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | ESTREPTOCOCCO B                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PREPARACION PARA EL PARTO                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> sem. normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> <20 <input type="checkbox"/> >20 <input type="checkbox"/>                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <20 sem <input type="checkbox"/> >20 sem <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                     |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> 35-37 semanas <input type="checkbox"/>                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VIH-Diag Tratamiento                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SIFILIS                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | Prueba                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tratamiento                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <20 sem <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                      |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <20 sem <input type="checkbox"/>                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <20 sem <input type="checkbox"/>                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VISITAS ANTENATALES                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PA                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | N                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Técnico                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| dia mes año edad gest. peso                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | dia mes año edad gest. peso                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | dia mes año edad gest. peso                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | dia mes año edad gest. peso                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PARTO ABORTO                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | EDAD GEST 1°                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | HOSPITALIZ en EMBARAZO                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | CORTICOIDES ANTENATALES                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FECHA DE INGRESO                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | CONSULTAS PRE-NATALES total                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> días                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> n/c                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CARNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| hora min posición de la madre                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PA                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | pulso                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | contr. TIG                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TRABAJO DE PARTO                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NACIMIENTO VIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | hora min día mes año                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | MULTIPLE                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TERMINACION                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MUERTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| POSICION PARTO                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | DESGARROS                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | OCITOCICOS                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PLACENTA                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                                       |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RECEN NACIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P. CEFALICO cm                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | EDAD GESTACIONAL                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PESO E.G. asoc.                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PESO AL NACER                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | LONGITUD cm                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FUM                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                               |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DEFECTOS CONGENITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | VIH en RN                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | VDRL                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Lactancia materna                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                               |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EGRESORNI                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | vivo <input type="checkbox"/> fallece <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | EDAD AL EGRESO                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ALIMENTO AL ALTA                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                               |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  | no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre RN                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Nombre RN                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                         |  |                                                         |  |                                                                                                                                          |  |                                                                                                  |  | Nombre RN                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Nombre RN                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



Dr. Héctor J. D'Agrillo

**Serv. De Obstetricia**  
**PERÍODO DE DILATACIÓN**

|                                                                                                  |                            |                                                                                  |                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Nombres y Apellidos:                                                                             |                            | Nº de HC/ DNI                                                                    |                                                                               |
| Fecha Internación                                                                                | Edad Gestacional           | Tamaño fetal corresp?<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Membranas<br>Integras <input type="checkbox"/> Rotas <input type="checkbox"/> |
| Tiempo de Rotura<br><input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Horas                 |                            |                                                                                  |                                                                               |
| Horas Últimas<br>Ingesta: Temperatura:                                                           |                            | ANTECEDENTES RELEVANTES PARA EL PARTO:                                           |                                                                               |
| Proporción Cefálica Pelviana<br>Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |                            |                                                                                  |                                                                               |
| CONTROLES DEL PERIODO DILATANTE                                                                  |                            |                                                                                  |                                                                               |
| Fecha:                                                                                           | Hora:                      |                                                                                  |                                                                               |
| Responsable:                                                                                     |                            |                                                                                  |                                                                               |
| CONTROLES MATERNOS                                                                               | FRECUENCIA CARDIACA        |                                                                                  |                                                                               |
|                                                                                                  | TENSIÓN ARTERIAL           |                                                                                  |                                                                               |
|                                                                                                  | POSICIÓN                   |                                                                                  |                                                                               |
| CONTRACTILIDAD UTERINA                                                                           | FRECUENCIA (EN 10 MINUTOS) |                                                                                  |                                                                               |
|                                                                                                  | DURACIÓN                   |                                                                                  |                                                                               |
|                                                                                                  | INTENSIDAD                 |                                                                                  |                                                                               |
|                                                                                                  | TONO                       |                                                                                  |                                                                               |
| FCF                                                                                              | FREC. ENTRE CONTRACCIONES  |                                                                                  |                                                                               |
|                                                                                                  | BRADICARDIA CON CONTRACC.  |                                                                                  |                                                                               |
| CARACT. DEL CERVIX                                                                               | BORRAMIENTO                |                                                                                  |                                                                               |
|                                                                                                  | DILATACIÓN                 |                                                                                  |                                                                               |
| MEMO OVULAR                                                                                      | ESTADO MEMBRANAS           |                                                                                  |                                                                               |
|                                                                                                  | LIQUIDO AMNIÓTICO          |                                                                                  |                                                                               |
| PRESENTACIÓN                                                                                     | PRESENT/VARIEDAD:          |                                                                                  |                                                                               |
|                                                                                                  | PLANO                      |                                                                                  |                                                                               |
| DROGAS                                                                                           | NOMBRE                     |                                                                                  |                                                                               |
|                                                                                                  | DOSIS/ VÍA                 |                                                                                  |                                                                               |
| OBSERVACIONES ( con fecha y hora)                                                                |                            |                                                                                  |                                                                               |

**OBSERVACIONES ( con fecha y hora)**

FECHA: 03/09/2026

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

### ECOGRAFIA RENAL

#### RIÑÓN DERECHO:

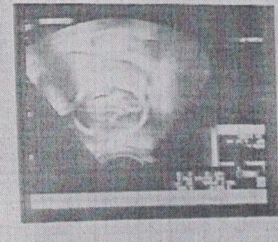
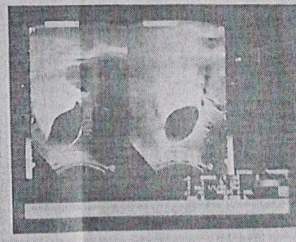
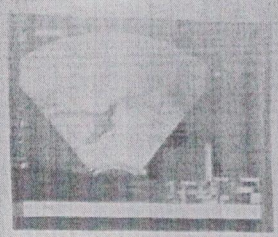
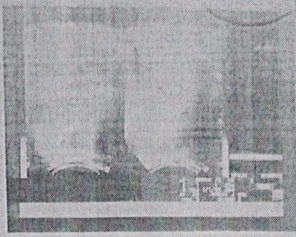
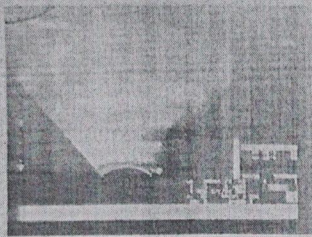
De forma: Conservada. Tamaño: Normal. Bordes: Regulares.  
Relación cortico medular: Conservada. Parenquima de 19 mm.  
Ecoestructura: Heterogénea.  
Ecogenicidad: Conservada.  
Sistema pelocalicial: Dilatado moderadamente con apertura pílica de 22 mm.  
Diámetros:  
Longitudinal: 104 mm. Antero Posterior: 48 mm. Transverso: 54 mm.  
Litiasis: No se observa.

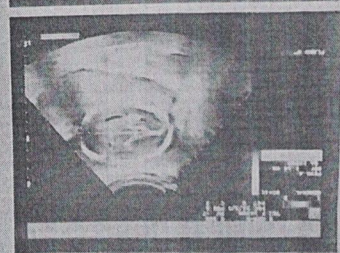
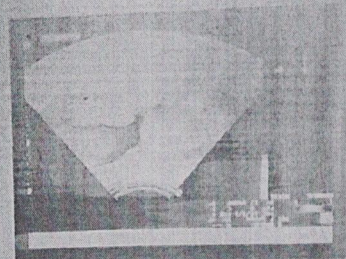
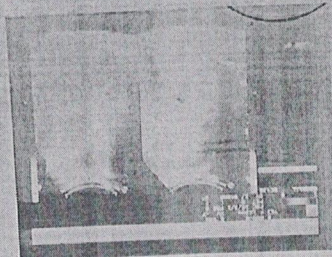
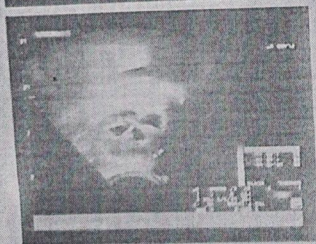
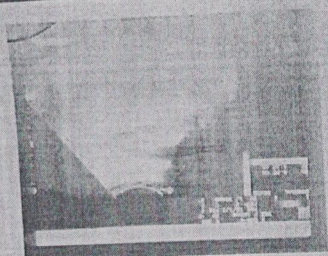
#### RIÑÓN IZQUIERDO:

De forma: Conservada. Tamaño: Normal. Bordes: Regulares.  
Relación cortico medular: Conservada. Parenquima de 17 mm.  
Ecoestructura: Heterogénea.  
Ecogenicidad: Conservada.  
Sistema pelocalicial: No dilatado.  
Diámetros:  
Longitudinal: 88 mm. Antero Posterior: 43 mm. Transverso: 51 mm.  
Litiasis: No se observa.

Amibos riñones son eutópicos.

Dr. Jorge Ángel Peña Flores  
Dagística de imágenes  
M N 108421 - AIP 57087





ECOGRAFIA  
SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

PACIENTE: GONZALEZ Victoria

FECHA: 02/09/2026

ECOGRAFIA OBSTETRICA DE II / III TRIMESTRE

FUM: 02 /04 /2026 Amenorrea: 21.6 semanas

Feto Único en situación longitudinal, presentación cefálica con dorso lateral derecho.  
Con cinética cardíaca y corporal: presentes.

Biometría:

Diámetro BI Parietal: 61 mm que corresponden a 25.3 semanas.

Longitud Femoral: 46 mm que corresponden a 25.3 semanas.

Perímetro Abdominal: 205 mm que corresponden a 25.1 semanas.

Perímetro cefálico: 243 mm que corresponden a 26.3 semanas.

Peso Fetal Estimado: 807 g +/- 15%

Edad Gestacional Promedio: 25.3 semanas +/- 14 días.

Placenta:

Localización: Posterior

Grado: 0

Líquido amniótico: En cantidad adecuada.

FPP: 13/12/2026

Dr. Jorge Ángel Araya Flores  
Diagnóstico por Imágenes  
M.N. 106821 - M.P. 57097

 **REPUBLICA DEL PARAGUAY**  
Cédula de Identidad Civil

 **APELLIDOS**  
GONZALEZ BERNAL

**NOMBRES**  
VICTORIA YAZMIN

**FECHA DE VENCIMIENTO**  
25-04-2035

**DONANTE**  
NO

**FECHA DE NACIMIENTO**  
03-10-2012

**SEXO**  
FEMENINO

**LUGAR DE NACIMIENTO**  
YGUAZU

Nº 7626853



**REPUBLICA DEL PARAGUAY**  
Cédula de Identidad Civil



**APELLIDOS**  
BERNAL CABANAS

**FECHA DE VENCIMIENTO**  
03-04-2034

**NOMBRES**  
ZULMA

**DONANTE**  
SI

**FECHA DE NACIMIENTO**  
21-11-1993

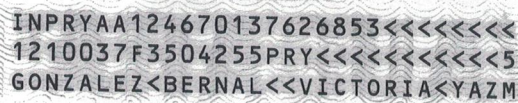
**SEXO**  
FEMENINO

**LUGAR DE NACIMIENTO**  
COLONIA TAVAPY

Nº 5114777



*Zulma Bernal Cabanas*



ESTADO CIVIL  
SO  
NACIONALIDAD  
PARAGUAYA

FECHA DE EMISION  
03-04-2024

Christian Javier Ramirez A.  
Comisario Principal MCP  
Jefe Dpto. Identificaciones

IC  
525-22111995-086-000-000

UBICACION  
PN-10-02-530-777

AA0189103

INPRYAA018910305114777<0207<<<  
9311217F3404034PRY<<<<<<<<<<<<<5  
BERNAL<CABANAS<<ZULMA<<<<<<<<<<<<<