



**DATOS GENERALES**

<b>Nombre</b>		apellido paterno		apellido materno		nombre(s)	
<b>Domicilio</b>				calle y número		colonia o localidad	
				municipio o delegación		estado	
<b>Fecha de Nacimiento</b>		año	mes	día	<b>Tipo Sanguíneo</b>		Rh
		ciudad o población		municipio		estado	
<b>Edad</b>		<b>Escolaridad</b>			<b>Estado Civil</b>		
<b>En caso de urgencia avisar a</b>							
				nombre			
domicilio				teléfono			
<b>Fecha de entrega</b>							
		día	mes	año			

**Antecedentes**

	Personales	Familiares
Cáncer de la matriz		
Cáncer de mama		
Hipertensión o patología cardiovascular		
Diabetes		
Tuberculosis		
Cirugías previas		
Tabaquismo		
Alcoholismo		
Otros		

Fumar causa cáncer

**Antecedentes Gineco-obstétricos**

Embarazos	Partos	Abortos	Cesáreas
<b>Último Parto/Cesárea/Aborto</b>		<b>Nacidos</b>	<b>Muertos</b>
Fecha	Vivos		

Edad de Menstruación	Ciclos	Activa (entre 25 y 35 años)			Dispareunia (40-50 años)			Postmenopausa (50-59 años)		
		Primer	Última	Cantidad	Normal	Abnormal	Existen			

**Edad al embarazo**

Primer:  Último:

**Planificación Familiar**

Método	Tipo	Inicio	Termino
Temporal	Hormonales orales		
	Hormonales inyectables		
	DIU		
	Otros		
Permanente	Vasectomía (en la pareja)		
	Oclusión tubaria Bilateral		

Planificar la familia es un derecho. Solicita información.

**Resultados de laboratorio durante el control prenatal**

Tipo de estudio	1er. de embarazo	2do. de embarazo	3er. de embarazo	4to. de embarazo	5to. de embarazo
Anemia					
Problemas en la orina					
Glucosa en la sangre					
V.D.R.L.					
Otros					

Tienes derecho a un embarazo saludable. Ayuda a todas tus compañeras.

Si sufes alguna de estas molestias durante el embarazo, acude de inmediato con tu médico.

EMBARAZO (S)	No.	No.	No.	No.	No.	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Vómito muy frecuente						
Dolor (cólico) muy intenso en bajo vientre						
Sangrado por la vagina						
Presión arterial alta						
Hinchazón de pies y piernas						
No sientes los movimientos del bebé después del 5º mes						
Fiebre (calentura)						
Incremento excesivo de peso						

**Lactancia Materna**

**Después del nacimiento de tu hijo**

No.	No.	No.	No.
SI	NO	SI	NO
Lactancia materna exclusiva			
Número de meses			

La leche materna es el mejor alimento para tu bebé.

**Detección oportuna de cáncer en la mujer**

Fecha (mes)	Fecha (resultado)	Resultados	Próxima cita

El cáncer de mama y de la matriz son curables, cuando se detectan a tiempo.

**Examen clínico de mama**

Fecha	Resultados	Próxima cita
Fecha (mes)	Resultado	Fecha (mes)