

Apellido y Nombre:	
MEDICARD N°:	
Fecha de Nacimiento:	Teléfono:

Los siguientes datos serán provistos por el PEDIATRA DE CABECERA TRATANTE.
Se ruega completar todos los apartados.

EDAD MATERNA	Menor a 17	Entre 17 y 35	Mayor a 35	OCUPACION	Ama de casa	Profesional	Otros	
CAPACITACION PRE-NATAL PARA LA LACTANCIA				SI	NO	PUERICULTURA POST-PARTO PARA LA LACTANCIA		
				SI	NO			
UBICACION DENTRO DE LA FAMILIA		Primogénito	Segundo	Más de 2				
RECIEN NACIDO		Unico	Gemelar	Más de 2				

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		Edad:	
Peso RN:	(Pc:)	Peso al mes:	(Pc:)
Talla RN:	(Pc:)	Talla al mes:	(Pc:)
Pc RN:	(Pc:)	Pc al mes:	(Pc:)

RECIEN NACIDO (SEGUN EDAD GESTACIONAL)	Pretérmino	Término	Postérmino
RECIEN NACIDO (SEGUN PESO)	Peso alto EG	Peso adecuado EG	Peso bajo EG
PESO RN	1500 o menor	1500-2500	Mayor a 2500
N° DEPOSICIONES DIARIAS	3 o menos	Más de 3	
INCREMENTO DIARIO DE PESO	Menor a 15 gr/día	15 a 30 gr/día	Mayor a 30 gr
ACTUALMENTE RECIBE ALIMENTACION	Lactancia exclusiva	Entre 3 y 6 biberones /día	Más de 6

DIAGNOSTICOS

Hipogalactie materna	Ingesta materna necesaria de medicamentos contraindicados durante la lactancia	Sme genético
Patología mamaria		Intolerancia a la lactosa
Reflujo Gastroesofágico	Alergia a la proteína de leche de vaca	Enfermedad Neurológica
Otros	Enfermedad materno infecto-contagiosa	

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: (para cada enfermedad detallar tiempo de evolución y complicaciones)

PLAN DE TRATAMIENTO

Leche Prescripta	ML por biberón	Cantidad de tomas diarias

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Domicilio profesional:
Institución y servicio:
Teléfonos y horarios para contactarlo:

Fecha: _____ Firma y aclaración: _____