

FORMULARIO ANTROPOMETRÍA NEONATAL

a) Nº HISTORIA CLINICA MADRE: .....

b) IDNUM:

--	--	--	--

c) NOMBRE MADRE : .....

d) FECHA EXPLORACIÓN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      e) HORA EXPLORACIÓN: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

1) FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2) HORA NACIMIENTO: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

3) EDAD GESTACIONAL 

--	--	--

 POR F.U.R.

4) SEXO:      NIÑA       NIÑO

5) PESO: 

--	--	--	--

 grs.

6) TALLA: 

--	--	--

 cms.

7) PERÍMETRO CEFÁLICO (PC): 

--	--	--

 cms.

8) PERÍMETRO ABDOMINAL(PA): 

--	--	--

 cms.

COMENTARIOS:.....  
.....  
.....

NEONATOLOGO:.....