|  |
| --- |
| Cédula para prevenir la trasmisión vertical |
| **1**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Clave Única de Establecimiento de Salud-CLUES |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | | Localidad |  | Municipio |  | Entidad Federativa | |
| Datos personales |
| **2**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | CURP: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Edad: |  |  |  | Número de expediente clínico: |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Semanas de gestación: |  |  |  | Número de embarazos (Incluyendo el actual): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Número de hijos nacidos vivos: |  |  |  | ¿Habla alguna lengua indígena? | SÍ |  | NO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Estado civil: | Soltera |  |  | Casada |  |  | Unión libre |  |  | Divorciada |  | |
| Antecedentes personales |
| **3**  En los últimos doce meses… ¿Usted y/o su pareja sexual han tenido algunas de las siguientes prácticas?   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Usted | | | |  | Su pareja sexual | | | |  |  |  | | ¿Relaciones sexuales con más de una pareja? | SÍ |  | NO |  |  | SÍ |  | NO |  |  | NO SABE |  | | Usuaria(o) de drogas inyectables | SÍ |  | NO |  |  | SÍ |  | NO |  |  | NO SABE |  | | Trabajo sexual | SÍ |  | NO |  |  | SÍ |  | NO |  |  | NO SABE |  | | Persona privada de la libertad | SÍ |  | NO |  |  | SÍ |  | NO |  |  | NO SABE |  | | Migrante | SÍ |  | NO |  |  | SÍ |  | NO |  |  | NO SABE |  | | ¿Ha sido víctima de violencia sexual? | SÍ |  | NO |  |  | SÍ |  | NO |  |  | NO SABE |  | | Infectada(o) de VIH/SIDA |  |  |  |  |  | SÍ |  | NO |  |  | NO SABE |  | | Bisexual |  |  |  |  |  | SÍ |  | NO |  |  | NO SABE |  | |
| Antecedentes de prueba |
| **4**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ¿Se ha realizado anteriormente la prueba de VIH? | SÍ |  | NO |  | | ¿Se ha realizado anteriormente la prueba de Sífilis? | SÍ |  | NO |  | | ¿Se ha realizado anteriormente la prueba de VHC? | SÍ |  | NO |  | |  |  |  |  |  | |
| Resultado prueba |
| **5**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ¿Acepta usted la realización de las pruebas? | SÍ |  | NO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Fecha de la prueba: |  |  |  |  |  |  |  | | Folio de la prueba: | |  | | |  | Día | | Mes | | Año | |  |  | |  | |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ¿Recibió consejería? | SÍ |  | NO |  |  | ¿Firmó consentimiento informado? | SÍ |  | NO |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Resultado de la prueba VIH: |  | Reactiva | Resultado de la prueba Sífilis: |  | Reactiva | Resultado de la prueba VHC: |  | Reactiva | |  | No Reactiva |  | No Reactiva |  | No Reactiva | |  | Inválida |  | Inválida |  | Inválida |  |  |  | | --- | --- | | ¿A que unidad fue referida? |  | |
| Personal responsable |
| **6**   |  |  | | --- | --- | | Nombre completo del personal responsable de la prueba: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Fecha de la prueba: |  |  |  |  |  |  |  | Firma: |  | | Día | | Mes | | Año | |  |  |  | |