**Instrucciones:**

El llenado debe ser con apego a la Nom-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Asimismo, registrar en el expediente clínico los resultados y/o hallazgos de las acciones realizadas y elabora la nota médica correspondiente.

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente
2. Marca con una “X” las acciones realizadas
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año)

**Acciones de promoción y prevención durante el embarazo**

**Nombre del paciente (Apellido (s)/Nombre):**

**Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de Nacimiento:**

**Año mes día**

**No. de expediente:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio** | **Acciones** | **Acción** | **Fecha** | **Acción** | **Fecha** |
| **Promoción y orientación** | Higiene personal |  |  |  |  |
| Actividad física |  |  |  |  |
| Salud bucal |  |  |  |  |
| Salud sexual y reproductiva |  |  |  |  |
| Diabetes gestacional |  |  |  |  |
| Hipertensión arterial |  |  |  |  |
| Prevención de COVID-19 |  |  |  |  |
| Alimentación correcta |  |  |  |  |
| Talleres para embarazadas |  |  |  |  |
| Datos de alarma en el embarazo |  |  |  |  |
| Lactancia materna |  |  |  |  |
| Orienta y promueve la participación paterna |  |  |  |  |
| **Nutrición y actividad física** | Evaluación y vigilancia del estado nutricional |  |  |  |  |
| Índice de Masa Corporal (IMC) |  |  |  |  |
| Administra Complementos nutricionales (Ácido Fólico, hierro) |  |  |  |  |
| **Prevención, detección y atención de enfermedades** | Confirmación de embarazo |  |  |  |  |
| Elaboración de historia clínica perinatal y Carnet perinatal |  |  |  |  |
| Identifica riesgos y refiere a la embarazada en su caso |  |  |  |  |
| Valora y controla peso y tensión arterial |  |  |  |  |
| Solicitud de laboratorios (Sífilis, BH, QS, EGO, Grupo y Rh) |  |  |  |  |
| Previene y detecta ITS y VIH/SIDA |  |  |  |  |
| Aplica vacuna Td, influenza estacional e investiga aplicaciones de vacuna SR |  |  |  |  |
| Previene y detecta ITS y VIH/SIDA, brinda tratamiento de ITS y refiere casos de VIH/SIDA |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Día/mes/año** | **Observaciones del personal de salud** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del médico, cedula profesional y firma**