

FECHA: _____ No. REVISION: _____ SEXO: H M FECHA DE REVISION PREVIA: _____

NOMBRE: _____

REGISTRO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD DE NACIMIENTO (SDG) _____ PESO AL NACIMIENTO: _____ EDAD ACTUAL: _____ PESO ACTUAL: _____

CAUSA DE PREMATUREZ: _____

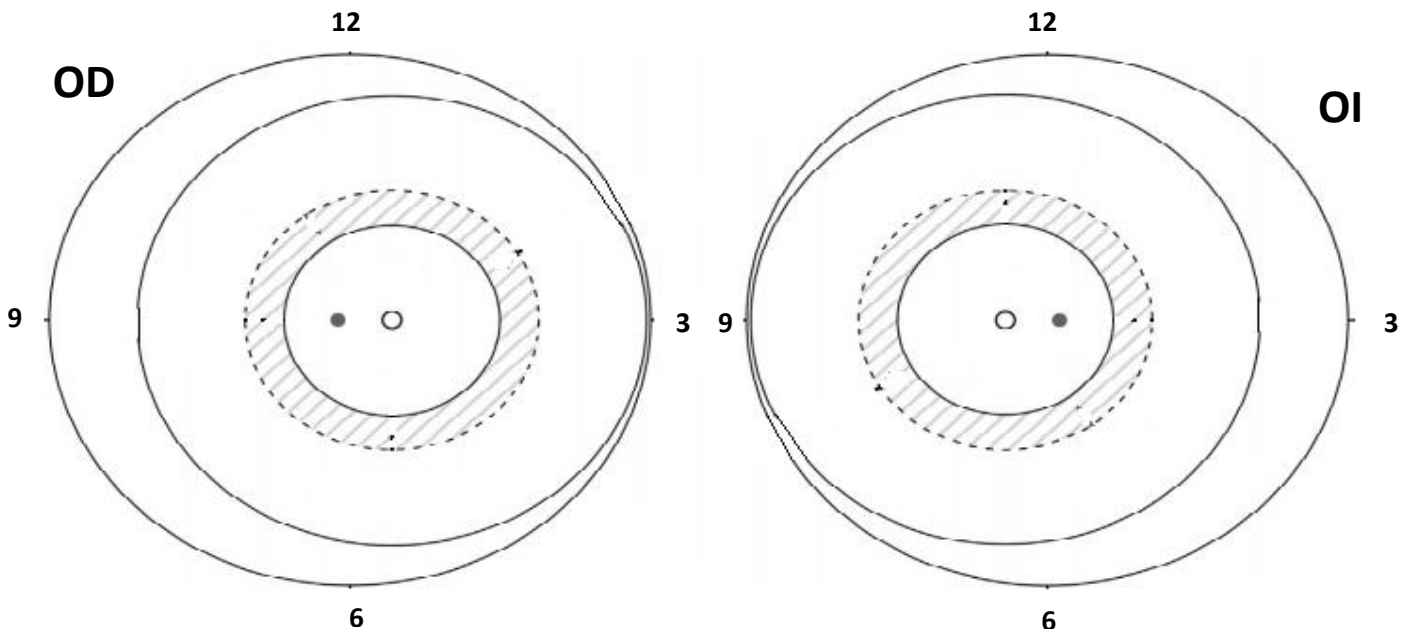
RECIBE OXIGENO: SI NO CÓMO: _____ TIEMPO CON OXÍGENO _____

FiO2 ACTUAL: _____ O2 L/MIN _____

ESTADIO DE REVISIÓN PREVIA _____

TRATAMIENTO PREVIO: SI NO CUAL: _____

PATOLOGIA CONCOMITANTE: _____



OD: VASCULATORA INCOMPLETA: SI NO

OI: VASCULATORA INCOMPLETA: SI NO

IDx: E: ___ Z: ___ Ext: ___ MUESCA: SI NO

IDx: E: ___ Z: ___ Ext: ___ MUESCA: SI NO

Enf Preplus ___ Plus ___ Ext: _____

Enf Preplus ___ Plus ___ Ext: _____

PLAN: _____

