

Primer control de la gestante



Chile
mejor

Chile
crece
contigo

1. Identificación del Centro de Salud

Centro de Salud

Nombre de la persona que realiza la atención

apellido paterno

nombres

Profesión

2. Identificación de la gestante

Nombre

apellido paterno

apellido materno

nombres

R.U.N.

Fecha de nacimiento

Edad

Dirección

calle

número

block

población o villa

localidad

comuna

Teléfono fijo

Teléfono móvil

¿La gestante presenta alguna discapacidad permanente? **sí** ☐ **no** ☐

En caso que la respuesta sea "sí", determinar a qué tipo de discapacidad corresponde:

Tipo de discapacidad Física ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Mental ☐ Psíquica ☐

¿Cuál fue su último año de escolaridad **aprobado**?

Año 1° ☐ 2° ☐ 3° ☐

Nivel educacional ☐ Enseñanza básica ☐ Formación técnico - profesional

4° ☐ 5° ☐ 6° ☐

☐ Enseñanza media ☐ Educación superior

7° ☐ 8° ☐

☐ No ha aprobado ningún curso

¿Asiste actualmente a un establecimiento educacional? **sí** ☐ **no** ☐

En caso que la respuesta sea "sí", determinar el nombre y comuna del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Comuna

3. Datos de seguimiento del primer control

Fecha de ingreso a control prenatal

día

mes

año

Edad gestacional al ingreso

semanas / días

¿Se le entregó la Guía para la Gestación y el Nacimiento a la gestante? **sí** ☐ **no** ☐

¿Se le aplicó la Pauta de Riesgo Psicosocial? **sí** ☐ **no** ☐

¿Presenta algún riesgo psicosocial de acuerdo a la Pauta? **sí** ☐ **no** ☐

En caso que la respuesta sea "sí", determinar a qué área corresponde el riesgo detectado:

☐ Ingreso a Control Prenatal Posterior a las 20 semanas

☐ Conflictos con la maternidad

☐ Violencia de Genero

☐ Escolaridad Menor a Sexto Básico

☐ Insuficiente apoyo social o familiar

☐ Otro

☐ Edad Menor a 17 años

☐ Sintomas depresivos

☐ Uso o abuso de sustancias

¿Existe otra situación de vulnerabilidad distinta a los riesgos de la pauta? **sí** ☐ **no** ☐

☐ Cesantía de entorno familiar.

☐ Problema de Vivienda/Allegamiento/Hacinamiento.

☐ Bajos Ingresos del entorno familiar.

☐ Pertenece a Chile Solidario/ Seguridades y Oportunidades.

☐ Jefatura de Hogar Fememina.

☐ Otro

¿Está de acuerdo con integrarse a Visita Domiciliaria? **sí** ☐ **no** ☐

Evolución de la Gestación

☐ Fisiológico ☐ Alto Riesgo

☐ Continúa control Aro en:

¿Quién la acompaña en el control?

☐ Acude sola al control

☐ Cónyuge o pareja

☐ Madre de la gestante

☐ Otro (especificar parentesco o relación con la gestante)