

Primer control de la gestante



1. Identificación del Centro de Salud

Centro de Salud

Nombre de la persona que realiza la atención

apellido paterno

nombre

2. Identificación de la gestante

Nombre

apellido paterno

apellido materno

nombres

R.U.N.

Dirección

calle

número

block

población o villa

localidad

comuna

Teléfono de Contacto

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

En caso que la respuesta sea "si", 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? **si** ☐ **no** ☐

En caso que la respuesta sea "si", 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?

si ☐ **no** ☐

¿Se le aplicó la Pauta de Riesgo Psicosocial?

☐ ☐

¿Presenta algún riesgo psicosocial de acuerdo a la Pauta?

☐ ☐

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

☐ Conflictos con la maternidad ☐ Insuficiente apoyo social ☐ Síntomas depresivos
☐ Abuso de sustancias ☐ Violencia de género ☐ Otro

¿Existe otra situación de vulnerabilidad distinta a los riesgos de la pauta?

☐ ☐

☐ Cesantía de entorno familiar. ☐ Problema de Vivienda/Allegamiento/Hacinamiento.
☐ Bajos Ingresos del entorno familiar. ☐ Pertenencia a Chile Solidario.
☐ Jefatura de Hogar Fememina. ☐ Otro

¿Está de acuerdo con integrarse a Visita Domiciliaria?

☐ ☐

¿Quién la acompaña en el control?

☐ Acude sola al control ☐ Cónyuge o pareja ☐ Otro (especificar parentesco o relación con la gestante)
☐ Madre de la gestante

Primer control de la gestante



1. Identificación del Centro de Salud

Centro de Salud

Nombre de la persona que realiza la atención

apellido paterno

nombre

2. Identificación de la gestante

Nombre

apellido paterno

apellido materno

nombres

R.U.N.

Dirección

calle

número

block

población o villa

localidad

comuna

Teléfono de Contacto

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

En caso que la respuesta sea "si", 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? **si** ☐ **no** ☐

En caso que la respuesta sea "si", 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?

si ☐ **no** ☐

¿Se le aplicó la Pauta de Riesgo Psicosocial?

☐ ☐

¿Presenta algún riesgo psicosocial de acuerdo a la Pauta?

☐ ☐

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

☐ Conflictos con la maternidad ☐ Insuficiente apoyo social ☐ Síntomas depresivos
☐ Abuso de sustancias ☐ Violencia de género ☐ Otro

¿Existe otra situación de vulnerabilidad distinta a los riesgos de la pauta?

☐ ☐

☐ Cesantía de entorno familiar. ☐ Problema de Vivienda/Allegamiento/Hacinamiento.
☐ Bajos Ingresos del entorno familiar. ☐ Pertenencia a Chile Solidario.
☐ Jefatura de Hogar Fememina. ☐ Otro

¿Está de acuerdo con integrarse a Visita Domiciliaria?

☐ ☐

¿Quién la acompaña en el control?

☐ Acude sola al control ☐ Cónyuge o pareja ☐ Otro (especificar parentesco o relación con la gestante)
☐ Madre de la gestante