



TAF LUIS ALBERTO CORTIÑA PEREZ
DATARIO
Hospital Nacional Hipólito Unanue
MINISTERIO DE SALUD

14 DIC 2023

presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

Resolución Directoral

Lima 13 de diciembre de 2023

Visto los documentos que conforman el Expediente Nº 23-028897-001, sobre aprobación del "Formato de Enfermería en Atención Inmediata del Recién Nacido" del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Hipólito Unanue; y,

CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar de la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, establece en sus artículos: I) La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, II) La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, asimismo en el primer párrafo del artículo 29º de la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, establece que el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado;

Que, de conformidad con el inciso b) del artículo 37º del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, se establece que al Director Médico o al responsable de la atención de salud le corresponde asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, el artículo 3º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado con Resolución Ministerial Nº 099-2012/MINSA, señala entre otros, que son funciones generales del Hospital administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes; así como mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, el acápite I de la NTS Nº 139-MINSA/2018/DGAIN, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 214-2018/MINSA, señala que la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica tiene como objetivos: Establecer los procedimientos técnicos y administrativos para el manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, en las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud; así como establecer, el manejo estandarizado del contenido básico a ser

14 DIC 2023

presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

registrado en la Historia Clínica, en relación con el conjunto de prestaciones que se oferta y recibe el usuario de salud; respetando los aspectos legales y administrativos del proceso de atención de salud, en correspondencia con el actual contexto sanitario y de desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la salud. Asimismo, el numeral 5.1.1 del numeral 5, establece la estructura básica que debe contener toda historia clínica;

Que, con Resolución Directoral N° 177-2019-HNHU-DG, de fecha 9 de agosto de 2019, se conformó el "*Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue*" la cual tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos, a través del monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la normatividad sobre la historia clínica;

Que, mediante Resolución Directoral N° 192-2021-HNHU-DG, de fecha 19 de julio de 2021, se aprobó la Directiva Administrativa N° 043-HNHU/2021/DG "*Directiva Administrativa para la Administración y Gestión de las Historias Clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue*", el cual en uno de los puntos del numeral 6.1 establece que en el caso de prestaciones especializadas o altamente especializadas que requieran del diseño de formatos adicionales a los establecidos o incorporar una o más variables adicionales a los formatos básicos previamente establecidos, deberán formalizarse a través de un acto resolutivo para formar parte de la historia clínica;

Que, con Memorando N° 799-2023-DE-HNHU, el Departamento de Enfermería solicita la aprobación del "*Registro de Enfermería en Atención Inmediata del Recién Nacido*", con Nota Informativa N° 520-2023-OGC/HNHU, la Oficina de Gestión de la Calidad remite el Informe N° 430-2023-KMGM/HNHU, en el cual se señala que se evaluó el formato propuesto por el Departamento de Enfermería y conforme a lo establecido en la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, "*Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica*", y solicitan que sean evaluados por el Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue;

Que, mediante Memorando N° 412-2023-DA-HNHU, de fecha 28 de noviembre de 2023, el Director Adjunto informa que el Comité Institucional de Historias Clínicas del HNHU en reunión de fecha 27 de noviembre de 2023 han aprobado el formato propuesto, por lo que solicita que se continúe con los trámites administrativos correspondientes;

Que, de acuerdo a lo expuesto y por convenir a los intereses y funciones que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar la aprobación del "*Formato de Enfermería en Atención Inmediata del Recién Nacido*" del Departamento de Enfermería, mediante acto resolutivo;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 453-2023-OAJ/HNHU;

Con el visto bueno del Departamento de Enfermería, de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,



Resolución Directoral

Lima 13 de diciembre de 2023

De acuerdo a las facultades establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial Nº 099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- APROBAR el "Formato de Enfermería en Atención Inmediata del Recién Nacido" del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Hipólito Unanue, el mismo que forma parte de la presente Resolución y por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

Artículo 2.- ENCARGAR al Departamento de Enfermería, la Implementación del uso del formato aprobado en el artículo 1º de la presente Resolución, en la Historia Clínica utilizada en la entidad.

Artículo 3.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital <https://www.gob.pe/hnhu>.

Regístrese y comuníquese.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
M.C. CARLOS ALBERTO BAZÁN ALFARO
Director General (a)
C.M.P.: 17183

TAF LUIS ALBERTO CERRA PEREIRA
FEDATARIO
Hospital Nacional Hipólito Unanue
MINISTERIO DE SALUD

14 DIC 2023

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

CABA/EOAT/Marlene G.
DISTRIBUCIÓN:
() D. Adjunta
() Dpto. de Enfermería
() OAJ
() Of. Gestión de la Calidad
() Comité de Historias Clínicas
() Comunicaciones
() CCI
() Archivo



REGISTRO DE ENFERMERIA EN ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO

DATOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO

APELLIDOS DEL RECIEN NACIDO _____ N° HCL _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

HORA: _____ TIPO DE PARTO: CESAREA ☐ EUTOCICO ☐ domiciliario SEXO:

MASCULINO
FEMENINO

APGAR 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____

PRESENTACION ☐ CEFALICO ☐ PODALICO ☐ TRANSVERSO ☐ COMPUESTA ☐ OTRO

LIQUIDO AMNIOTICO: ☐ LIQUIDO AMNIOTICOCLARO ☐ LIQUIDO AMNIOTICO VERDE FLUIDO

☐ LIQUIDO AMNIOTICO VERDE ESPESO ☐ SANGUINOLENTO ☐ OLIGODRAMNIOS ☐ POLIDRAMNIOS

MANIOBRAS APLICADAS DURANTE EL PARTO: ☐ SI ☐ NO ESPECIFIQUE: _____

DATOS MATERNOS:

Dx. Materno: _____ N° DE HIJOS: _____ CELULAR: _____

N° CONTROLES PRE NATALES: ☐ VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ____/____/____

() VIRUS DEL HEPATITIS B ____/____/____ () SIFILIS ____/____/____ () EXAMEN DE ORINA ____/____/____ ()

Diagnóstico de la madre: _____

Observación: _____

DATOS SUBJETIVOS:

DATOS OBJETIVOS:

Somatometría: Peso: _____ Talla: _____ PERIMETRO CEFALICO: _____ PERIMETRO TORAXICO: _____

PERIMETRO ABDOMINAL: _____

Examen Físico:

A) Piel: Rosado ☐ Cianótico ☐ Pálido ☐ Acrocianosis ☐ otros: _____

B) Cabeza:

Fontanela: Normotensa ☐ Hundido ☐ Abombada ☐ otros: _____

Suturas: Moldeadas ☐ Amplias ☐ Cabalgados ☐ Caput succedáneo ☐ Cefalohematoma ☐

Orejas: Simétricas ☐ Asimétricas ☐ Implantación baja ☐ Otros: _____

Nariz: Permeabilidad coanas ☐ Otros: _____

Boca: Normal ☐ Paladar hendido ☐ Labio Leporino ☐ Otros: _____

Cuello: Cilíndrico y móvil ☐ Torticolis ☐ Otros: _____

C) Tórax: Simétrica ☐ Asimétricas ☐ Otros: _____

Permeabilidad esofágica ☐ Clavículas: Fractura ☐ Mamas: Secreción ☐ TEST DE SILVERMAN: _____

D) Abdomen: Cordón umbilical: Vena 1 ☐ Arteria 2 ☐ Otros: _____

Características del Abdomen: Blando ☐ Globuloso ☐ Depresible ☐ Otros: _____

E) Genito urinario: _____ Observación: _____

Permeabilidad anal ☐ Eliminación: Orina ☐ Meconio ☐ Otros: _____

F) Columna vertebral: Simetría ☐ Asimetría ☐ Fosita pilonidal ☐ Otros: _____

G) Extremidades: Simetría ☐ Asimetría ☐ Normal ☐ Polidactilia ☐ Sindactilia ☐

Tono muscular: Normal ☐ Hipotónico ☐ Hipertónico ☐ Otros: _____

H) Cadera: Abducción total ☐ Ortolani ☐ Barlow ☐

I) Valoración neurológica: Hiperreflexia ☐ Débil ☐ Irritable ☐ Sin llanto ☐

TAP LUIS ALBERTO VERA PEREIRA
FEDATARIO
Hospital Nacional Hipólito Unzué
MINISTERIO DE SALUD

18 DIC 2023

presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





HOSPITAL NACIONAL
HIPOLITO UNANUE

TAP LUIS ALBERTO CERNA PERBIRA
FISCALARIO
Hospital Nacional Hipólito Unanue
MINISTERIO DE SALUD

18 DIC 2023

presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- ☐ 00031 Limpieza ineficaz de la vías aéreas R/C obstrucción de las vías aéreas E/P presencia de LA, secreción excesiva.
- ☐ 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C cambio térmico del ambiente y/o prematuridad.
- ☐ 00006 Hipotermia R/C prematuridad, Exposición a un ambiente frío.
- ☐ 00029 Alteración del gasto cardíaco R/C deterioro cardiovascular, distocias en trabajo de parto, trabajo de parto prolongado E/P bradicardia o taquicardia.
- ☐ 00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C disminución de la ventilación alveolar E/P aleteo nasal, disnea, apnea, otros.
- ☐ 00179 Riesgo del nivel de glicemia inestable R/C trastorno metabólico.
- ☐ 00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C inadecuado transporte de oxígeno.
- ☐ 00036 Riesgo de lesión R/C fragilidad musculo esquelética.
- ☐ 00058 Riesgo de deterioro de la vinculación R/C sentimientos de rechazo al RN.
- ☐ 00017 Interrupción de la lactancia Materna R/C enfermedad materna y o el niño. E/P separación del binomio.
- ☐ 00018 Interrupción de la relación madre/hijo (contacto precoz) R/C patología de riesgo E/P separación del binomio.
- ☐ OTROS: _____

PLANEAMIENTO:

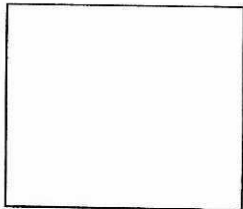
Objetivos

- ☐ EL RN mantendrá un buen proceso respiratorio con el apoyo del equipo de salud.
- ☐ EL RN mantendrá temperatura corporal adecuada con el apoyo del equipo de salud.
- ☐ EL RN tendrá una lactancia materna exitosa con el apoyo de la enfermera.
- ☐ EL RN realizara el contacto piel a piel con el apoyo de la enfermera.
- ☐ Otros: _____



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

☐ Aspiraciones de secreciones buco nasales.	☐ Soporte nutricional con sucedáneo. Motivo: _____
☐ Secado	☐ Lavado gástrico:
☐ Se muestra a la madre brazalete y sexo	Cantidad: _____ Características: _____
☐ Profilaxis de cordón umbilical	☐ Hemoglucotest Horario: _____
☐ Profilaxis ocular	☐ Monitoreo de Funciones Vitales
☐ Somatometría	☐ Colocación de Sonda Orogástrica.
☐ Administración. de Vitamina K (Intramuscular)	☐ Soporte de Oxígeno:
0.5mg () 1mg ()	Flujo libre () Cánula binasal () casco () Ventilación
☐ Permeabilidad ano rectal ☐ Si ☐ No	Presión Positiva () Presión positiva continua en vía aérea CPAP ()
☐ Contacto piel a piel ☐ Si ☐ No tiempo: _____	☐ Reanimación Cardio Pulmonar: básico () avanzado ()
☐ Vestido	☐ Canalización vía EndoVenoso. Lugar: _____
☐ Baño del Recien Nacido Motivo _____	☐ Cuidado de TUBO ENDOTRAQUEAL N°: _____
☐ Lactancia materna.	Fijado _____ cm
	☐ Uso de surfactante
	☐ Administración de medicamentos: _____
	☐ Consejería de lactancia materna





CONTROL DE FUNCIONES VITALES				
Funciones Vitales	1° Hora	2° Hora	3° Hora	4° Hora
Temperatura				
Frecuencia Cardíaca				
Frecuencia Respiratorio				
Saturación de Oxígeno				
ORINA				
MECONIO				

EXAMENES COMPLEMENTARIOS	
RADIOGRAFIA	
ECOGRAFIA	
INTERCONSULTAS	
EXAMEN DE LABORATORIO	

TAP LUIS ALBERTO CERNA PEREIRA
FEDATARIO
Hospital Nacional Hipólito Unanue
MINISTERIO DE SALUD

18 DIC 2023

En presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

REGISTRO DE ENFERMERIA

Derivación: ☐ Alojamiento conjunto ☐ INTERMEDIO ☐ UCIN ☐ HORA: _____

ENTREGA DEL RECIEN NACIDO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

FECHA: ____/____/____ HORA: _____

- SE HACE ENTREGA DEL RN A MADRE _____
- SE VERIFICA SEXO DEL RN _____
- HOJA DE IDENTIFICACION _____
- BRAZALETES: MADRE _____
RN _____

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

- MADRE CON PEZONES: ☐ CORTOS ☐ FORMADOS ☐ PLANOS ☐ INVERTIDOS
- PRODUCCION DE CALASTRO: ☐ ESCASA ☐ REGULAR ☐ ADECUADA ☐ ABUNDANTE

OBSERVACION:



FIRMA Y SELLO DE LIC. RESPONSABLE



HOSPITAL NACIONAL
HIPOLITO UNANUE

TAP LUIS ALBERTO CERNA PEREIRA
FEDATARIO
Hospital Nacional Hipólito Unanue
MINISTERIO DE SALUD

18 DIC 2023

ALOJAMIENTO CONJUNTO

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

VALORACION DE ENFERMERIA

Apellidos del recién nacido: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: ____ Peso: ____ Tiempo de vida: ____

Funciones vitales: T° ____ FC ____ FR ____

EXAMENES AUXILIARES: GRUPO SANGUINEO () FACTOR RH () HEMOGRAMA () HEMATOCRITO ()

PERFIL DE COAGULACIÓN () BILIRRUBINAS () OTROS _____

I/C CARDIOLOGÍA () I/C NEUROLOGÍA () I/C PROCITS () OTROS _____

RADIOGRAFIA () _____ ECOGRAFÍA () _____

ACTIVIDAD: ACTIVO () HIPOACTIVO () HIPERACTIVO () TREMOROSO ()

COLOR DE LA PIEL: SONROSADO () PALIDO () ICTERICIA () CIANOSIS () PLETORICO () RUBICUNDO ()

REACTIVIDAD: IRRITABLE () HIPOTONICO () LETARGIA () CONVULSIONES ()

RESPIRACION: NORMAL () TAQUIPNEA () BRADIPNEA ()

ABDOMEN: DISTENDIDO () TIMPANICO () BLANDO Y DEPRESIBLE ()

CIRCULATORIO: LLENADO () CAPILAR > 2 SEG ()

ALIMENTACIÓN: LME ()

ESPECIFIQUE RAZONES: SI ES ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL O MIXTA _____

REFLEJOS: BUSQUEDA: SI () NO () **AGARRE:** SI () NO () **SUCCIÓN:** SI () NO () **DEGLUCIÓN:** SI () NO ()

PEZONES DE LA MADRE: FORMADOS () PLANOS () CORTOS () INVERTIDOS () GRIETAS ()

TOLERA ALIMENTACIÓN: SI () NO () **NAUSEAS:** () **VOMITOS:** () **CARACTERISTICAS:** _____

ELIMINACIÓN: MICCIÓN SI () NO () **MECONIO** SI () NO () **OTROS:** DIARREA () MOCO ()

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

00105 LACTANCIA MATERNA INTERRUPTIDA R/C destete abrupto del lactante () separación materno-infantil () _____

00106 LACTANCIA MATERNA EFICAZ () _____

00104 LACTANCIA MATERNA INEFICAZ R/C ansiedad materna () conocimiento inadecuado sobre las técnicas de lactancia () conocimiento inadecuado sobre la importancia de la lactancia materna () producción insuficiente de leche materna () dolor materno () obesidad materna () _____

00194 ICTERICIA NEONATAL R/C retraso en el paso del meconio () infecciones bacterianas () mal funcionamiento del hígado () metabolismo alterado () _____

00106 DISPOSICION PARA MEJORAR LA LACTANCIA MATERNA R/C capacidad de la madre para colocar al neonato () _____

00295 RESPUESTA INEFICAZ DE SUCCIÓN-DEGLUCIÓN DEL LACTANTE R/C hipoglicemia () hipotermia () posicionamiento inadecuado () comportamiento de succión insatisfactorio ()

00216 PRODUCCION INSUFICIENTE DE LECHE MATERNA R/C reflejo de succión ineficaz () engancho ineficaz al pecho () rechazo del bebe a amamantar () volumen insuficiente de leche materna () desnutrición materna () regimen de tratamiento materno () _____

00221 PROCESO INEFICAZ DE MATERNIDAD R/C conocimiento inadecuado del proceso de maternidad () preparación mental inadecuado para la crianza de los hijos () atención prenatal inadecuada () apoyo social inadecuado () _____

00230 RIESGO DE HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL R/C incompatibilidad de grupo () _____

00179 RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE R/C aporte dietético () _____

00005 RIESGO DE DESEQUILIBRIO TEMPERATURA CORPORAL R/C alteraciones metabólicas () deshidratación () peso extremo () _____

00004 RIESGO DE INFECCIÓN R/C procedimiento invasivos () _____

PLANEAMIENTO:

OBJETIVO: FAVORECER VÍNCULO MADRE / RECIÉN NACIDO () PROMOVER LA LACTANCIA MATERNA ()

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

EDUCACIÓN A LA MADRE: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA () CURACIÓN DEL CORDON UMBILICAL ()

SIGNOS DE ALARMA DEL RN () BAÑO DEL RN () LAVADO DE MANOS ()

TECNICA ADECUADA DE AMAMANTAMIENTO SI () NO () _____ **APEGO TARDIO ()**

CURACIÓN DE OMBLIGO: SI () NO () **CARACTERISTICAS:** _____

VERIFICAR INMUNIZACIONES: BCG () HVB () _____

VERIFICAR TAMIZAJE NEONATAL SI () NO () _____

VERIFICAR DATOS DE IDENTIDAD DEL RECIEN NACIDO _____

EVENTOS ADVERSOS E INCIDENCIAS SI () NO () _____

OBSERVACIONES: _____





FECHA: _____ HORA: _____ T°: _____ PESO: _____ FC: _____ x min .FR: _____ x min HGT: _____ mg/dl/(hora:)
ACTIVIDAD: ACTIVO () HIPOACTIVO () HIPERACTIVO () TREMOROSO ()
COLOR DE LA PIEL: SONROSADO () PALIDO () ICTERICIA () CIANOSIS () PLETORICO () RUBICUNDO ()
REACTIVIDAD: IRRITABLE () HIPOTONICO () LETARGIA () CONVULSIONES ()
RESPIRACION: NORMAL () TAQUIPNEA () BRADIPNEA ()
ABDOMEN: DISTENDIDO () TIMPANICO () BLANDO Y DEPRESIBLE ()
CIRCULATORIO: LLENADO () CAPILAR > 2SEG ()
ALIMENTACIÓN: LME () _____
REFLEJOS: BUSQUEDA: SI () NO () AGARRE: SI () NO () SUCCIÓN: SI () NO () DEGLUCIÓN: SI () NO ()
PEZONES DE LA MADRE: FORMADOS () PLANOS () CORTOS () INVERTIDOS () GRIETAS ()
SECRECIÓN LÁCTEA: ABUNDANTE () ADECUADA () REGULAR () ESCASA ()
TOLERA ALIMENTACIÓN: SI () NO () NAUSEAS () VOMITOS () CARACTERISTICAS: _____
ELIMINACIÓN: MICCIÓN SI () NO () MECONIO SI () NO () OTROS: DIARREA () MOCO ()
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:
EDUCACIÓN A LA MADRE: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA () CURACIÓN DEL CORDON UMBILICAL ()
SIGNOS DE ALARMA DEL RN () BAÑO DEL RN () LAVADO DE MANOS ()
TECNICA ADECUADA DE AMAMANTAMIENTO SI () NO () _____ APEGO TARDIO ()
CURACIÓN DE OMBLIGO: SI () NO () CARACTERISTICAS: _____
VERIFICAR DATOS DE IDENTIDAD DEL RECIEN NACIDO _____
EVENTOS ADVERSOS E INCIDENCIAS SI () NO () _____
OBSERVACIONES: _____

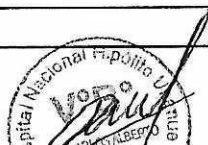
TAF LUIS ALBERTO CERRA PEREIRA
FEDATARIO
Hospital Nacional Hipólito Unanue
MINISTERIO DE SALUD

18 DIC 2023

presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

FECHA: _____ HORA: _____ T°: _____ PESO: _____ FC: _____ x min .FR: _____ x min HGT: _____ mg/dl/(hora:)
ACTIVIDAD: ACTIVO () HIPOACTIVO () HIPERACTIVO () TREMOROSO ()
COLOR DE LA PIEL: SONROSADO () PALIDO () ICTERICIA () CIANOSIS () PLETORICO () RUBICUNDO ()
REACTIVIDAD: IRRITABLE () HIPOTONICO () LETARGIA () CONVULSIONES ()
RESPIRACION: NORMAL () TAQUIPNEA () BRADIPNEA ()
ABDOMEN: DISTENDIDO () TIMPANICO () BLANDO Y DEPRESIBLE ()
CIRCULATORIO: LLENADO () CAPILAR > 2SEG ()
ALIMENTACIÓN: LME () _____
REFLEJOS: BUSQUEDA: SI () NO () AGARRE: SI () NO () SUCCIÓN: SI () NO () DEGLUCIÓN: SI () NO ()
PEZONES DE LA MADRE: FORMADOS () PLANOS () CORTOS () INVERTIDOS () GRIETAS ()
SECRECIÓN LÁCTEA: ABUNDANTE () ADECUADA () REGULAR () ESCASA ()
TOLERA ALIMENTACIÓN: SI () NO () NAUSEAS () VOMITOS () CARACTERISTICAS: _____
ELIMINACIÓN: MICCIÓN SI () NO () MECONIO SI () NO () OTROS: DIARREA () MOCO ()
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:
EDUCACIÓN A LA MADRE: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA () CURACIÓN DEL CORDON UMBILICAL ()
SIGNOS DE ALARMA DEL RN () BAÑO DEL RN () LAVADO DE MANOS ()
TECNICA ADECUADA DE AMAMANTAMIENTO SI () NO () _____ APEGO TARDIO ()
CURACIÓN DE OMBLIGO: SI () NO () CARACTERISTICAS: _____
VERIFICAR DATOS DE IDENTIDAD DEL RECIEN NACIDO _____
EVENTOS ADVERSOS E INCIDENCIAS SI () NO () _____
OBSERVACIONES: _____





HOSPITAL NACIONAL
HIPOLITO UNANUE

TAF LUIS ALBERTO CERNA PERBIRA
FEDATARIO
Hospital Nacional Hipólito Unanue
MINISTERIO DE SALUD

18 DIC 2023

presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

FECHA: _____ HORA: _____ T°: _____ PESO: _____ FC: _____ x min .FR: _____ x min HGT: _____ mg/dl/(hora: _____)

ACTIVIDAD: ACTIVO () HIPOACTIVO () HIPERACTIVO () TREMOROSO ()

COLOR DE LA PIEL: SONROSADO () PALIDO () ICTERICIA () CIANOSIS () PLETORICO () RUBICUNDO ()

REACTIVIDAD: IRRITABLE () HIPOTONICO () LETARGIA () CONVULSIONES ()

RESPIRACION: NORMAL () TAQUIPNEA () BRADIPNEA ()

ABDOMEN: DISTENDIDO () TIMPANICO () BLANDO Y DEPRESIBLE ()

CIRCULATORIO: LLENADO () CAPILAR > 2 SEG ()

ALIMENTACIÓN: LME () _____

REFLEJOS: BUSQUEDA: SI () NO () **AGARRE:** SI () NO () **SUCCIÓN:** SI () NO () **DEGLUCIÓN:** SI () NO ()

PEZONES DE LA MADRE: FORMADOS () PLANOS () CORTOS () INVERTIDOS () GRIETAS ()

SECRECIÓN LÁCTEA: ABUNDANTE () ADECUADA () REGULAR () ESCASA ()

TOLERA ALIMENTACIÓN: SI () NO () **NAUSEAS:** () **VOMITOS:** () **CARACTERÍSTICAS:** _____

ELIMINACIÓN: MICCIÓN SI () NO () **MECONIO** SI () NO () **OTROS:** DIARREA () MOCO ()

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

EDUCACIÓN A LA MADRE: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA () CURACIÓN DEL CORDON UMBILICAL ()

SIGNOS DE ALARMA DEL RN: () **BAÑO DEL RN:** () **LAVADO DE MANOS:** ()

TECNICA ADECUADA DE AMAMANTAMIENTO SI () NO () _____ **APEGO TARDIO:** ()

CURACIÓN DE OMBLIGO: SI () NO () **CARACTERÍSTICAS:** _____

VERIFICAR DATOS DE IDENTIDAD DEL RECIEN NACIDO _____

EVENTOS ADVERSOS E INCIDENCIAS SI () NO () _____

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

FECHA: _____ HORA: _____ T°: _____ PESO: _____ FC: _____ x min .FR: _____ x min HGT: _____ mg/dl/(hora: _____)

ACTIVIDAD: ACTIVO () HIPOACTIVO () HIPERACTIVO () TREMOROSO ()

COLOR DE LA PIEL: SONROSADO () PALIDO () ICTERICIA () CIANOSIS () PLETORICO () RUBICUNDO ()

REACTIVIDAD: IRRITABLE () HIPOTONICO () LETARGIA () CONVULSIONES ()

RESPIRACION: NORMAL () TAQUIPNEA () BRADIPNEA ()

ABDOMEN: DISTENDIDO () TIMPANICO () BLANDO Y DEPRESIBLE ()

CIRCULATORIO: LLENADO () CAPILAR > 2 SEG ()

ALIMENTACIÓN: LME () _____

REFLEJOS: BUSQUEDA: SI () NO () **AGARRE:** SI () NO () **SUCCIÓN:** SI () NO () **DEGLUCIÓN:** SI () NO ()

PEZONES DE LA MADRE: FORMADOS () PLANOS () CORTOS () INVERTIDOS () GRIETAS ()

SECRECIÓN LÁCTEA: ABUNDANTE () ADECUADA () REGULAR () ESCASA ()

TOLERA ALIMENTACIÓN: SI () NO () **NAUSEAS:** () **VOMITOS:** () **CARACTERÍSTICAS:** _____

ELIMINACIÓN: MICCIÓN SI () NO () **MECONIO** SI () NO () **OTROS:** DIARREA () MOCO ()

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

EDUCACIÓN A LA MADRE: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA () CURACIÓN DEL CORDON UMBILICAL ()

SIGNOS DE ALARMA DEL RN: () **BAÑO DEL RN:** () **LAVADO DE MANOS:** ()

TECNICA ADECUADA DE AMAMANTAMIENTO SI () NO () _____ **APEGO TARDIO:** ()

CURACIÓN DE OMBLIGO: SI () NO () **CARACTERÍSTICAS:** _____

VERIFICAR DATOS DE IDENTIDAD DEL RECIEN NACIDO _____

EVENTOS ADVERSOS E INCIDENCIAS SI () NO () _____

OBSERVACIONES: _____

