

TPTCM Tarjeta de resultado de nacimiento

Qué cuidador / adulto estuvo involucrado (nombre del cliente)?

Fecha de actividad: ____/____/____

Asistió al menos a una visita de atención posnatal? (chequeo médico 4-6 semanas después del parto)

- Si
- No

Fecha de nacimiento del bebé: ____/____/____

Edad gestacional del bebé al nacer (en semanas)

- <32 semanas
- 32-37 semanas
- >37 semanas

Parto múltiple? (pase a la siguiente pregunta si no tuvo un parto múltiple)?

- Si

El bebé recibió la visita de una semana al pediatra / médico?

- Si
- No

Bebé puesto en adopción?

- Si
- No

En caso de si, fecha de colocación adoptiva:

____/____/____

Edad de la madre al momento de la colocación adoptiva: _____

Muerte del feto/infante? (Seleccione uno)

- Si
- No