

## 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