

## **ANEXO II.**

### **Formulario de seguimiento para la Historia Clínica**

#### **Datos de la paciente**

Nombre y Apellido:  
Documento (tipo y número):  
Historia Clínica Nro.:  
Domicilio:  
Tel:  
Edad:

#### **Datos del testigo**

Nombre y Apellido:  
Documento (tipo y número):  
Domicilio:  
Tel:  
Edad:

#### **Datos del embarazo**

Patología fetal diagnosticada:  
Fecha de última menstruación:  
Fecha y edad gestacional al diagnóstico:  
Lugar en que se realizó el diagnóstico:  
Antecedentes gineco-obstétricos:  
Antecedentes personales:  
Antecedentes familiares:  
Fecha primer control en HMI Ramón Sardá:

#### **Ecografía Obstétrica: (por lo menos una debe ser realizada en el HMI Ramón Sardá)**

##### **1) Fecha:**

Lugar de realización:  
Nombre y Matrícula Nacional/Provincial del profesional:  
Diagnóstico:

##### **2) Fecha:**

Lugar de realización:  
Nombre y Matrícula Nacional/Provincial del profesional:  
Diagnóstico: