

Registro de atención prenatal

Nombre de la madre: _____ Edad: _____ Número de hijos: _____ Fecha del último parto: _____

Fecha de la última regla: _____ Fecha probable de parto: _____ Problemas con otros partos: _____

fecha del control	mes de embarazo	salud general y problemas menores	anemia	peso	temperatura	pulso	presión arterial	signos de preeclampsia	proteína en la orina	otros signos de advertencia	tamaño de la matriz	posición del bebé en la matriz	rítmico del corazón del bebé
							/						
							/						
							/						
							/						
							/						
							/						
							/						
							/						
							/						