

**Instructivo de llenado de la   
Tarjeta de Atención Integral del Embarazo, Puerperio y Periodo de Lactancia**

**(SINBA-SIS-38-P)**

**VERSIÓN 2025**



**Dirección General de Información en Salud**

Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud

# PREFACIO

## Información de contacto

Para más información sobre el documento que se muestra a continuación, favor de contactar a la Dirección General de Información en Salud, ubicada en Homero #213 Piso 11, Colonia Chapultepec Morales, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México, Teléfono. +52 (55) 5514 5964, 5208 4929, o bien, por medio de correo electrónico a dgis@salud.gob.mx con el asunto “Tarjeta de Atención Integral del Embarazo, Puerperio y Periodo de Lactancia (SINBA-SIS-38-P) Versión 2025”.

Tabla de contenido

[1 PREFACIO 1](#_Toc184317245)

[1.1 Información de contacto 1](#_Toc184317246)

[2 PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO 4](#_Toc184317247)

[2.1 Introducción y Marco normativo 4](#_Toc184317248)

[2.2 Objetivos 5](#_Toc184317249)

[2.3 Audiencia 5](#_Toc184317250)

[2.4 Alcance 5](#_Toc184317251)

[2.5 Justificación 8](#_Toc184317252)

[2.6 Términos y Definiciones 10](#_Toc184317253)

[3 Referencias 13](#_Toc184317254)

[3.1 Ligas Web 13](#_Toc184317255)

[3.2 Bibliografía 13](#_Toc184317256)

[3.3 Archivos anexos 13](#_Toc184317257)

[4 TARJETA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO, PUERPERIO Y PERIODO DE LACTANCIA (SINBA-SIS-38-P) 14](#_Toc184317258)

[4.1 Formato 14](#_Toc184317259)

[4.1.1 ANVERSO 14](#_Toc184317260)

[4.1.2 REVERSO 15](#_Toc184317261)

[5 Descripción de la TARJETA DE CONTROL DEL ESTADO DE NUTRICIÓN DE LA NIÑA Y DEL NIÑO 16](#_Toc184317262)

[5.1 ANVERSO 16](#_Toc184317263)

[5.2 DATOS DE IDENTIFICACIÓN 16](#_Toc184317264)

[5.3 TIPO DE PERSONAL Y SERVICIO 17](#_Toc184317265)

[5.4 DATOS DE IDENTIFICACIÓN 17](#_Toc184317266)

[5.5 INICIO DE ATENCIÓN PRENATAL 18](#_Toc184317267)

[5.6 ANTECEDENTES FAMILIARES 18](#_Toc184317268)

[5.7 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS 18](#_Toc184317269)

[5.8 ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS 19](#_Toc184317270)

[5.9 APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS 19](#_Toc184317271)

[5.10 GRUPO SANGUÍNEO Y RH 20](#_Toc184317272)

[5.11 ADICCIONES 20](#_Toc184317273)

[5.12 SALUD BUCAL DURANTE EL EMBARAZO 21](#_Toc184317274)

[5.13 VALORACIÓN NUTRICIONAL 21](#_Toc184317275)

[5.14 DETECCIONES EN LA EMBARAZADA 21](#_Toc184317276)

[5.15 CONFIRMACIÓN DE DIABETES GESTACIONAL 22](#_Toc184317277)

[5.16 SEGUIMIENTO DE CITAS PRENATALES 22](#_Toc184317278)

[5.17 VISITAS DOMICILIARIAS 23](#_Toc184317279)

[5.18 BAJA DE PERIODO DEL EMBARAZO 23](#_Toc184317280)

[5.19 REVERSO 23](#_Toc184317281)

[5.20 DATOS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y DEL(LOS) PRODUCTO(S) DEL EMBARAZO QUE ESTUVO EN ATENCIÓN PRENATAL 23](#_Toc184317282)

[5.21 ATENCIÓN EN EL PERIODO DE PUERPERIO 24](#_Toc184317283)

[5.22 ATENCIÓN EN EL PERIODO DE LACTANCIA 25](#_Toc184317284)

[5.23 BAJA DEL PERIODO DE LACTANCIA 25](#_Toc184317285)

[6 Instrucciones de llenado DE LA TARJETA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO, PUERPERIO Y PERIODO DE LACTANCIA (SINBA-SIS-38-P) 26](#_Toc184317286)

[6.1 INSTRUCCIONES GENERALES 26](#_Toc184317287)

[6.2 DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD 26](#_Toc184317288)

[6.3 DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS 27](#_Toc184317289)

[6.4 IDENTIFICACIÓN DE LA USUARIA 28](#_Toc184317290)

[6.5 INGRESO A SEGUIMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL 31](#_Toc184317291)

[6.6 ANTECEDENTES FAMILIARES\* 32](#_Toc184317292)

[6.7 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS\* 32](#_Toc184317293)

[6.8 ATENCIÓN PREGESTACIONAL 32](#_Toc184317294)

[6.9 ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS 33](#_Toc184317295)

[6.10 APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS 34](#_Toc184317296)

[6.11 GRUPO Y RH SANGUÍNEO: 35](#_Toc184317297)

[6.12 ADICCIONES 36](#_Toc184317298)

[6.13 SALUD BUCAL DURANTE EL EMBARAZO 36](#_Toc184317299)

[6.14 VALORACIÓN NUTRICIONAL 36](#_Toc184317300)

[6.15 DETECCIONES EN LA EMBARAZADA 37](#_Toc184317301)

[6.16 CONFIRMACIÓN DE DIABETES GESTACIONAL 38](#_Toc184317302)

[6.17 ATENCIÓN PRENATAL 39](#_Toc184317303)

[6.18 CITAS PRENATALES 39](#_Toc184317304)

[6.19 VISITAS DOMICILIARIAS 41](#_Toc184317305)

[6.20 BAJA DE EMBARAZO: MOTIVO Y FECHA 42](#_Toc184317306)

[6.21 REVERSO 42](#_Toc184317307)

[6.22 DATOS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO QUE ESTUVO EN SEGUIMIENTO PRENATAL 42](#_Toc184317308)

[6.23 ATENCIÓN EN EL PERIODO DEL PUERPERIO 45](#_Toc184317309)

[6.24 ATENCIÓN EN EL PERIODO DE LACTANCIA 46](#_Toc184317310)

[6.25 BAJA 47](#_Toc184317311)

# PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO

## Introducción y Marco normativo

De conformidad con el artículo 7, fracción X de la Ley General de Salud le corresponde a la Secretaría de Salud promover el establecimiento del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

En ese sentido, la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud, la cual tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud y, en el numeral 6.1 prevé que la Secretaría de Salud es el órgano normativo y rector del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SNIBMS) y, dentro sus atribuciones, tiene la facultad de fungir como el concentrador de toda la información que agrupan y difunden dichos Sistemas.

Por lo anterior, las y los integrantes del Sistema Nacional de Salud (SNS), deben generar, integrar y entregar la Información en Salud de acuerdo a lo establecido de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, entregar en tiempo y forma la información estadística y documentación base en los formatos y/o procedimientos determinados por la DGIS y por los Servicios Estatales de Salud (SESA), los cuales deben alinearse al uso de los catálogos de las clasificaciones nacionales e internacionales.

Contando con la validación y en su caso concentración para los componentes del SINAIS que así lo requieran por parte de los Servicios Estatales de Salud para su envío a la DGIS.

La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la DGIS y para la información de vigilancia epidemiológica, por conducto de la Dirección General de Epidemiología, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, impulsando la coordinación de las y los integrantes del SNS.

Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, tiene por objeto regular los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, así como definir los mecanismos para que las personas Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud registren, intercambien y consoliden información, la cual debe aplicarse de manera obligatoria en todo el territorio nacional para todos los establecimientos que presten servicios de atención médica que formen parte del Sistema Nacional de Salud que adopten un Sistema de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIRES), garantizando la confidencialidad de la identidad de las y los usuarias así como la integridad y confiabilidad de la información clínica, por lo que las personas prestadoras de salud que utilicen SIRES deben tomar las medidas de seguridad (acciones, actividades, controles o mecanismos administrativos, técnicos y físicos) necesarias que garanticen la protección y confidencialidad de los datos personales y datos personales sensibles de las y los usuarias a fin de evitar el uso ilícito o ilegítimo que pueda lesionar la esfera jurídica del titular de la información, cumpliendo también con lo señalado en el primer capítulo de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad aplicable en la materia.

## Objetivos

* Mostrar las definiciones operativas, así como las instrucciones para el registro de información de las atenciones que se otorgan en la consulta externa para el monitoreo de la evolución del embarazo, puerperio y periodo de lactancia, con el fin de mejorar la calidad de la información registrada.
* Guiar al personal de nuevo ingreso durante el periodo de familiarización con el SIS para que resuelvan las dudas que surjan durante la jornada laboral.

## Audiencia

Este documento está dirigido al personal Prestador de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud en México que intervienen en alguna etapa del proceso de registro, captura y utilización de los datos estadísticos procedentes del SIS, específicamente el personal responsable de otorgar la atención, realizar y verificar el adecuado llenado de la Tarjeta de Atención Integral del Embarazo, Puerperio y Periodo de Lactancia.

## Alcance

Disponer de información sobre la forma en que se presentan y atienden los distintos episodios de atención en el área de consulta externa en los establecimientos de salud, consolidándola para la toma de decisiones en las distintas áreas dentro y fuera de la institución, desde la cobertura geográfica de cada unidad médica hasta el nivel nacional o internacional.

Este instructivo está dirigido al personal de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud en México que intervienen en la etapa del proceso de registro de la información obtenida a través de la Tarjeta de Atención Integral del Embarazo, Puerperio y Periodo de Lactancia.

La utilización de este formato se aplicará con base ~~a~~ en los Tipos de Unidad que se encuentran en la siguiente tabla, la cual es enunciativa y no limitativa:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CLAVE DE LA INSTITUCION** | **TIPO DE ESTABLECIMIENTO** | | **CLAVE DE TIPOLOGIA** | **NOMBRE DE TIPOLOGIA** | **CLAVE DE SUBTIPOLOGIA** | **NOMBRE DE SUBTIPOLOGIA** |
| **CLAVE** | **NOMBRE** |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | A | RURAL DE 01  NUCLEO BASICO | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | B | RURAL DE 02  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | C | RURAL DE 03  NUCLEOS BASICOS Y MAS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | CAP | CENTROS AVANZADOS DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD (CAAPS) | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | CES | CENTROS DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | D | URBANO DE 01  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | E | URBANO DE 02  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | F | URBANO DE 03  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | G | URBANO DE 04  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | H | URBANO DE 05  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | I | URBANO DE 06  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | J | URBANO DE 07  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | K | URBANO DE 08  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | L | URBANO DE 09  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | P | UNIDAD MOVIL | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | Q | URBANO DE 10  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | R | URBANO DE 11  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | S | URBANO DE 12  NUCLEOS BASICOS Y MAS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | U | CONSULTORIO DELEGACIONAL | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | V | UNIDAD MINISTERIO PUBLICO | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | W | CASA DE SALUD | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | X | BRIGADA MOVIL | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | Z | CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACION | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | T | CLINICA DE ESPECIALIDADES | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | T | CLINICA DE ESPECIALIDADES | T09 | CLINICA DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | T | CLINICA DE ESPECIALIDADES | T10 | CLINICA DE ESPECIALIDADES DE DERMATOLOGIA |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | T | CLINICA DE ESPECIALIDADES | T18 | CLINICA DE VARIAS ESPECIALIDADES |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | T | CLINICA DE ESPECIALIDADES | T99 | CLINICA DE OTRAS ESPECIALIDADES |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | T | CLINICA DE ESPECIALIDADES | CISAM | CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | UNE | UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS (UNEMES) | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | UNE | UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS (UNEMES) | UNE12 | UNEMES SYGUE (SALUD Y GENERO) |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | UNE | UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS (UNEMES) | UNE14 | UNEMES CASA DE LA MUJER |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | UNE | UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS (UNEMES) | UNE99 | UNEMES OTRAS |
| **SSA/IMB** | HO | DE HOSPITALIZACION | N | HOSPITAL INTEGRAL (COMUNITARIO) | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | HO | DE HOSPITALIZACION | M | HOSPITAL GENERAL | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | HO | DE HOSPITALIZACION | O | HOSPITAL ESPECIALIZADO | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | EA | DE APOYO | ANT | ANTIRRABICOS (CONTROL CANINO) | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | EA | DE APOYO | OFI | OFICINAS ADMINISTRATIVAS | 99 |  |
| **SSA/IMB** | EA | DE APOYO | OFI | OFICINAS ADMINISTRATIVAS | EST02 | PROMOCION DE LA SALUD, TELEMEDICINA, VIH, ETC. |
| **SSA/IMB** | EA | DE APOYO | OFI | OFICINAS ADMINISTRATIVAS | JUR01 | OFICINAS JURISDICCIONALES |
| **SSA/IMB** | EA | DE APOYO | OTR | OTROS ESTABLECIMIENTOS DE APOYO | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | EA | DE APOYO | P | UNIDAD MOVIL | 99 | NO ESPECIFICADO |

Y en algunas unidades con los siguientes Tipos de unidad para Servicios Médicos Municipales y Servicios Médicos Estatales:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CLAVE DE LA INSTITUCION** | | **TIPO DE ESTABLECIMIENTO** | | | **CLAVE DE TIPOLOGIA** | **NOMBRE DE TIPOLOGIA** | **CLAVE DE SUBTIPOLOGIA** | **NOMBRE DE SUBTIPOLOGIA** | |
| **CLAVE** | | **NOMBRE** |
| SMM | CE | | DE CONSULTA EXTERNA | | 99 | NO ESPECIFICADO | 99 | NO ESPECIFICADO |
| SME | HO | | DE HOSPITALIZACION | | 99 | NO ESPECIFICADO | 99 | NO ESPECIFICADO |
| SME | HO | | DE HOSPITALIZACION | | O | HOSPITAL ESPECIALIZADO | 99 | NO ESPECIFICADO |

## Justificación

El presente Instructivo es resultado del proceso de reingeniería del Sistema de Información en Salud, Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) que llevó a cabo la Dirección General de Información en Salud, atendiendo la necesidad de contar con un conjunto de elementos que faciliten la generación de información en salud, oportuna, íntegra, válida, veraz, consistente y con amplia cobertura, para coadyuvar en la toma de decisiones de operación, evaluación y planeación de los servicios para la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, en respuesta a las diferentes necesidades y requerimientos de los Programas de Salud de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, así como de las Direcciones Generales de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y el Instituto de Salud para el Bienestar, así como otros organismos descentralizados y/o desconcentrados.

En cumplimiento a lo previsto en la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, donde refiere que el contar con información oportuna y de calidad permite: a) Reorientar los recursos materiales, financieros y humanos hacia políticas públicas en salud, principalmente preventivas y correctivas; b) Coadyuvar para planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y los diferentes sistemas a cargo de la Secretaría de Salud; c) Proveer la adecuada participación de las y los integrantes del Sistema Nacional de Salud, a fin de promover el cumplimiento del derecho a la protección de la salud establecido en el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; d) Impulsar que se proporcionen servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos; y, e) Reforzar las acciones de atención a los problemas sanitarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción de acciones preventivas, fines que se encuentran establecidos, al igual que en la NOM-007-SSA2-2016, la cual refiere que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios.

Considerando que el proceso de registro de actividades del Informe Mensual no difiere entre las unidades, y que todas y todos los prestadores de servicio que están en contacto con el Sistema de Información en Salud, Subsistema de Prestación de Servicios mejor conocido como SIS tienen la responsabilidad de que el registro de la información sea de carácter obligatorio, oportuno, completo, íntegro y veraz, considerando que la actividad de registro del dato es de suma importancia para el Sistema Nacional de Información en Salud.

Los datos estadísticos serán utilizados dentro y fuera de las unidades médicas por las y los usuarios directos e indirectos, así como personal responsable de la toma de decisiones; por ello, los datos registrados deben cumplir con la calidad requerida.

El principal objetivo del presente es mostrar las definiciones operativas, así como las instrucciones para el registro de información de las atenciones que se otorgan en la consulta externa con el fin de mejorar la calidad de la información registrada en la Tarjeta de Atención Integral del Embarazo, Puerperio y Periodo de Lactancia.

Asimismo, constituye una guía de aprendizaje para el personal de nuevo ingreso durante el periodo de familiarización con el SIS, ya que resuelve las dudas que surjan durante la jornada laboral.

La Dirección General de Información en Salud a través del equipo que conforman la Subdirección de Información Institucional, instruyen la implementación del Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) versión 2025, exhortando a las y los Responsables de los Programas de Salud y a las Áreas de Estadística Estatales y Jurisdicciones Sanitarias difundan y promuevan el presente material y sus instructivos al interior de las unidades médicas y establecimientos de salud.

## Términos y Definiciones

Para los fines de esta versión el registro de la Tarjeta de Atención Integral del Embarazo, Puerperio y Periodo de Lactancia, se entenderán las siguientes definiciones:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TÉRMINO** | **ACRÓNIMO** | **DEFINICIÓN** |
| **Antecedente de Morbilidad Materna Extremadamente Grave** |  | Morbilidad materna extrema: es una complicación grave que ocurre durante la gestación, parto o puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención médica urgente con el fin prevenir la muerte, conforme a la clasificación: a) Criterios relacionados con la enfermedad específica: desórdenes hipertensivos, hemorragia y  sepsis. b) Criterios relacionados con falla o disfunción de órgano y sistemas: falla vascular, coagulación, renal, hepático, respiratoria y cerebral. c) Criterios relacionados con el manejo instaurado a la usuaria: Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos, histerectomía postparto o postcesárea y transfusiones.” |
| **Antecedentes obstétricos de riesgo** |  | Mujer que presentó alguna complicación durante la atención del parto o puerperio inmediato de embarazos anteriores, que pueden poner en riesgo un nuevo embarazo; dentro de los factores de riesgo obstétricos como son: edad mayor a 35 años, multiparidad, abortos espontáneos recurrentes, Rh negativa no isoinmunizada, periodo intergenésico corto (menor a 18 meses) o prolongado (mayor a 10 años), hemorragia del tercer trimestre de embarazo, oligohidramnios o polihidramnios, incompetencia cervical, placenta previa, cirugía uterina (incluyendo cesárea), disminución del flujo sanguíneo útero-placentario, macrosomía fetal, bajo peso al nacer, muerte perinatal, parto pretérmino, hemorragia postparto, infección puerperal, antecedentes de infertilidad, entre otros. |
| **Atención pregestacional** |  | Atención pregestacional: provisión de intervenciones biomédicas, conductuales y de salud social a las mujeres y parejas antes de que ocurra la gestación, destinado a identificar factores de riesgo y mejorar su estado de salud y comportamientos que reducen los factores individuales y ambientales que podrían contribuir a resultados deficientes en la salud materna e infantil. |
| **Aspiración Manual Endouterina** | ***AMEU*** | Método seguro y eficaz para la interrupción del embarazo, que consiste en la evacuación del contenido del útero mediante el uso de un aspirador manual de plástico. |
| **APGAR (a los 5 minutos)**  **VALORACIÓN DEL**  **0 AL 10** | ***APGAR*** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Es un método de valoración inmediata de las condiciones vitales del recién nacido con base al puntaje de 5 signos.  Una calificación baja de Apagar alerta de malas condiciones al nacimiento, la necesidad de maniobras de reanimación avanzada y mal pronóstico, un valor de 6 o menos amerita hospitalización por norma. Se toma una medición al minuto, y otra a los 5 minutos de nacimiento. Es más importante tener una mejor calificación a los 5 minutos.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Signo** | **0** | **1** | **2** | | Frecuencia cardiaca | Ausente | <100 | >100 | | Esfuerzo respiratorio | Ausente | Regular y débil | Buena, llanto fuerte | | Tono muscular | Flácido | Algunos movimientos | Movimientos activos | | Reacción refleja | Sin respuesta | llanto, alguna movilidad | Llanto vigoroso | | Color | Azul. pálido | Cuerpo sonrosado, manos y pies azules | Todo sonrosado |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | APGAR | Depresión severa | Depresión moderada | (Normal) Sin depresión | | Valores | 0 -3 | 4-6 | 7-10 | |  |  |  |  | | |
| **Biológico Sars Cov 2 (anti Covid 19)** |  | Vacuna aplicada para evitar la enfermedad causada por el Sars Cov-2. |
| **Biometría Hemática** | ***BH*** | Abreviatura para biometría hemática. |
| **Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud** | ***CIE*** | Estándar internacional de uso obligatorio en todo el país, para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes, que permiten la comparación nacional e internacional.  Para efectos de esta Guía, se considera la versión vigente adoptada en nuestro país por el CEMECE. |
| **Clave Única de Establecimientos en**  **Salud** | ***CLUES*** | Identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la DGIS de manera obligatoria en términos de las disposiciones jurídicas aplicables a cada establecimiento de salud (unidad médica fija o móvil, laboratorio, farmacia, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas) que exista en el territorio nacional, sea público o privado, y con la cual se identifica todo lo reportado por el establecimiento a cada uno de los subsistemas de información del SINAIS. |
| **COVID-19** |  | Enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-Cov-2. |
| **Examen General de Orina** | ***EGO*** | Abreviatura para examen general de orina |
| **Factores de riesgo sociales** |  | Determinantes sociales: conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones, son situaciones que podrían poner en riesgo la condición de un embarazo normoevolutivo como son: Estado civil (no unida), nivel educativo (primaria incompleta o sin formación académica), nivel socioeconómico bajo, domicilio muy alejado de unidades de salud, migración, marginación o rechazo social, violencia intrafamiliar, entre otros. |
| **Factor Rhesus** | ***Rh*** | Aglutinógeno presente en la sangre humana en el 85 % de los casos, utilizado para la determinación del grupo sanguíneo. |
| **Índice de Masa Corporal** | ***IMC*** | Se obtiene a partir de la siguiente fórmula: peso (Kg) ÷ (talla (m)2) |
| **Indígena** |  | Es aquella persona que pertenece a una población o comunidad indígena y que cumple con las características que lo vinculan a una población indígena. |
| **Migrante** |  | Toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente y por diversas razones. (nacional o internacional). |
| **Lactancia Materna Exclusiva** |  | A la alimentación de las y los niños con leche materna, como único alimento, durante los primeros seis meses de vida. |
| **Legrado Uterino Instrumental** | ***LUI*** | Método de evacuación del contenido uterino mediante el uso de legras. |
| **Lengua indígena** |  | Es aquella lengua diferente al español, que hablan las personas pertenecientes a poblaciones indígenas con estructura, con sistemas internos en su estructura y uso. |
| **Mujer con patología crónica infecciosa** |  | Enfermedades infecciosas: las enfermedades infecciosas que son causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos; estas enfermedades pueden transmitirse, directa o indirectamente, de una persona a otra. Las zoonosis son enfermedades infecciosas en los animales que pueden ser transmitidas al hombre. (VIH, TB, etc.). |
| **Mujer con patología crónica órgano- funcional** |  | Enfermedades crónicas no transmisibles: las enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos periodos de incubación o latencia; con prolongado curso clínico, con frecuencia episódica, sin tratamiento específico y sin resolución espontánea per se (Diabetes mellitus, patología, tiroidea, hepática, etc.). |
| **Población indígena o comunidad indígena** |  | Son un conglomerado de personas con derechos humanos, que forman parte de México, viven en el país o fuera de él, que se adscriben a un grupo cultural, diferente a la población hispanohablante, hablan una lengua indígena o tiene un vínculo filial con hablantes de esta lengua –como el caso de las niñas y los niños menores a 5 años-, no gozan de reconocimiento comunitario, están insertos, reproducen y conocen los sistemas culturales, sociales, epistemológicos o de conocimiento, religioso y de salud de su comunidad. |
| **Pueblos Afromexicanos** |  | Son aquellas personas que descienden de la población africana asentada en territorio nacional desde la época colonial y forman una unidad social, económica y cultural; que ha desarrollado formas propias de organización social, económica, política y cultural y que poseen aspiraciones comunes y afirman libremente su existencia como pueblo culturalmente diferenciado. INPI/PNUD |
| **Sucedáneos** |  | Estrategia para disminuir la transmisión vertical de VIH por la alimentación con leche materna, por lo que se recomienda la alimentación con leche industrializada. |
| **de la Leche Materna** |  | Abreviatura para química sanguínea. . |
| **Química Sanguínea** | ***QS*** | Es una vacuna que se utiliza como refuerzo; contiene los toxoides diftérico (contra la Difteria), tetánico (contra el Tétanos) y la fracción acelular de Pertussis contra la bacteria Bordetella pertussis causante de la tos ferina. |
| **Vacuna contra tétanos, difteria y pertussis acelular** | ***Tdpa*** | Abreviatura para examen general de orina |

# Referencias

## Ligas Web

En la siguiente página web se puede consultar la versión electrónica del presente instructivo de llenado de la Tarjeta de Atención Integral del Embarazo, Puerperio y Periodo de Lactancia (SINBA-SIS-38-P) versión 2025 y este Instructivo de llenado que se encuentran en Insumos SIS2025-formatos e Instructivos, dentro de la carpeta “01. Unidad Médica”, al que puede entrar con usuario y contraseña en:

<http://sinba.salud.gob.mx>

En la siguiente página web puede acceder a la Guía para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) vigente:

<https://www.gob.mx/censida/es/articulos/guia-para-la-deteccion-del-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih-143342?idiom=es>

## Bibliografía

* Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
* Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
* Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.
* Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud
* NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.
* PROYECTO de Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2018, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

## Archivos anexos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Id. | Descripción | Nombre del archivo | Formato / Aplicación para su visualización |
| 07 | Tarjeta de Atención Integral del Embarazo, Puerperio y Periodo de Lactancia (SINBA-SIS-38-P) | SINBA-SIS-38-P 2025 | Excel |

# TARJETA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO, PUERPERIO Y PERIODO DE LACTANCIA (SINBA-SIS-38-P)

## Formato

### ANVERSO



### REVERSO



# Descripción de la TARJETA DE CONTROL DEL ESTADO DE NUTRICIÓN DE LA NIÑA Y DEL NIÑO

La Tarjeta de Atención Integral del Embarazo, Puerperio y Periodo de Lactancia, tiene como objetivo recabar la información relevante de la usuaria desde el ingreso a atención, antecedentes, información de la evolución del embarazo, la atención y seguimiento del puerperio y la lactancia, esta se encuentra integrada por 23 apartados:

* Identificación de la Unidad
* Tipo de personal y servicio
* Datos de Identificación de la embarazada
* Inicio de la atención prenatal
* Referida por personal comunitario
* Antecedentes Familiares
* Antecedentes Personales Patológicos
* Detecciones en el embarazo
* Antecedentes Ginecoobstétricos/atención pregestacional
* Adicciones
* Salud Bucal durante el embarazo
* Aplicación de Biológicos
* Grupo sanguíneo y Rh
* Valoración nutricional
* Inicio de citas prenatales
* Seguimiento de citas prenatales
* Visitas domiciliarias
* Enfermedades presentes
* Baja de la atención de embarazo
* Datos de la atención obstétrica y del(los) producto(s) del embarazo que estuvo en atención prenatal
* Atención en el periodo del puerperio
* Atención en el periodo de lactancia
* Baja de la atención del periodo de lactancia

## ANVERSO

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Este apartado tiene como objetivo recabar la información correspondiente a la Unidad donde la usuaria lleva la atención del embarazo, puerperio y/o periodo de lactancia, se encuentra integrado por 6 variables:

* CLUES
* Nombre de la Unidad
* Localidad
* Municipio
* Jurisdicción
* Entidad

## TIPO DE PERSONAL Y SERVICIO

Este apartado tiene como objetivo recabar la información del personal que otorga la atención y está compuesto por las siguientes 4 variables:

* Tipo de personal
* Servicio
* Nombre de la o el prestador de servicios
* CURP

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Este apartado tiene como finalidad obtener los datos más relevantes para la identificación de la usuaria. Se compone de 25 variables:

* CURP
* Nombre(s)
* Apellido paterno
* Apellido materno
* Entidad de nacimiento
* Fecha de nacimiento
* Edad
* Expediente
* Derechohabiencia
* Estado conyugal
* Escolaridad/ tipo
* Expediente
* Peso anterior al embarazo (Kg)
* Talla
* IMC
* Se considera afromexicana
* Migrante
  + No
  + Si
    - Nacional (origen)
    - Internacional (origen)
* ¿Es o se considera indígena?
* ¿Habla lengua indígena como lengua materna?
* Cual lengua indígena habla
* ¿Habla español?
* Domicilio
* Teléfono

## INICIO DE ATENCIÓN PRENATAL

Se compone de las siguientes variables

* Referida por personal comunitario
* Fecha de ingreso
  + Trimestre
  + En el puerperio
  + En la lactancia
* Fecha de última menstruación
  + Se ignora
  + Fecha
  + Confiable
* Fecha de Ultrasonido Obstétrico
* Semanas de Gestación por ultrasonido
* Prueba serológica de embarazo
  + Si
  + No
* Fecha probable de parto

## ANTECEDENTES FAMILIARES

El objetivo es contar con antecedentes patológicos de los familiares que puedan marcar la tendencia en la usuaria a ciertas enfermedades. Se compone de 6 variables:

* Ninguno
* Tuberculosis
* Diabetes
* Hipertensión
* Enfermedad hipertensiva del embarazo
* Otro

## ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

El objetivo es conocer los antecedentes de diferentes patologías que tenga o haya tenido la usuaria y puedan orientar y/o prevenir complicaciones en el embarazo. Se compone de 15 variables:

* Ninguno
* Tuberculosis
* Diabetes
* Diabetes gestacional
* Hipertensión arterial sistémica
* Preeclampsia/Eclampsia
* Cardiopatía
* Nefropatía
* Hemorragia obstétrica
* Padecimiento oncológico
* VIH Positivo (B24X)
* Sífilis (A539)
* Enfermedad trasmitida por vector
* Tuberculosis
* SARS-COV2
* Otro Antecedente

## ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

El objetivo de este apartado es conocer el tiempo y tipo de métodos anticonceptivos anteriores al embarazo actual, así como el número de eventos obstétricos y el fin de cada uno de ellos. Se compone de 14 variables:

* ¿Tuvo atención pregestacional?
* Riesgos
* Gestas
* Partos
* Cesáreas
* Abortos
* Ectópico
* Mola
* Número de Embarazos Múltiples
* Hijos nacidos vivos
* Hijos nacidos muertos
* Resolución de Último Embarazo
* Fecha Resolución de Último Embarazo
* Uso Previo de anticonceptivos
  + Tipo
  + Tiempo de uso
* Falla del método anticonceptivo
* Fecha de suspensión
* Otro Antecedente Ginecobstetricia
  + No
  + Si
    - Especifique

## APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS

El objetivo de este apartado es conocer información acerca de las dosis y periodicidad de los biológicos aplicados. Se compone de 2 variables:

* Aplicación Td (Toxoide Tetánico)
  + Primera Dosis
  + Segunda Dosis
  + Tercera Dosis
* Fecha de aplicación de Tdpa
* Fecha de Aplicación Antiinfluenza
* Fecha de Aplicación de AntiCOVID-19

## GRUPO SANGUÍNEO Y RH

El objetivo de este apartado es conocer el tipo de sangre de la usuaria para prever posibles riesgos durante el embarazo o el parto. Se compone de 2 variables:

* + Grupo Sanguíneo
  + A
  + B
  + AB
  + O
* Rh
  + Positivo
  + Negativo
* ¿Se realizó prueba Coombs?
  + Si
  + No
* ¿Inició profilaxis?
  + Si
  + No

## ADICCIONES

El objetivo es conocer las toxicomanías que tenía la usuaria antes de su embarazo y considerar las probables complicaciones secundarias a estas, se compone de 5 variables:

* Tabaco
* Alcohol
* Antidepresivos
* Ansiolíticos
* Otras (Especifique)
* ¿Consumo actual?
  + Si
  + No
* Tiempo de suspensión:
  + Años
  + Meses

## SALUD BUCAL DURANTE EL EMBARAZO

El objetivo de este apartado es conocer información de la salud bucal durante el embarazo. Se compone de 2 variables:

* Revisión Odontológica
* Atención a:
  + Caries
  + Periodontitis
  + Otro

## VALORACIÓN NUTRICIONAL

El objetivo de este apartado es conocer si a la embarazada se le derivó al servicio de nutrición. Se compone de 2 variables

* Si
* No

## DETECCIONES EN LA EMBARAZADA

El objetivo de este apartado es conocer información acerca del tipo de pruebas realizadas durante el embarazo como son de VIH y/o sífilis, así como los resultados correspondientes. Se compone de 8 variables:

* Violencia familiar
* Depresión prenatal
* ITS 1ª detección
  + B24X (VIH)
    - Prueba rápida (inmunocromatografía)
      * Fecha
      * Negativa
      * Reactiva
    - Enzimoinmunoensayo (ELISA)
      * Fecha
      * Negativa
      * Positiva
  + A539 (Sífilis)
    - Prueba rápida (inmunocromatografía)
      * Fecha
      * Negativa
      * Reactiva
    - Enzimoinmunoensayo (ELISA)
      * Fecha
      * Negativa
      * Positiva
* ITS 2ª detección
  + B24X (VIH)
    - Prueba rápida (inmunocromatografía)
      * Fecha
      * Negativa
      * Reactiva
    - Enzimoinmunoensayo (ELISA)
      * Fecha
      * Negativa
      * Positiva
  + A539 (Sífilis)
    - Prueba rápida (inmunocromatografía)
      * Fecha
      * Negativa
      * Reactiva
    - Enzimoinmunoensayo (ELISA)
      * Fecha
      * Negativa
      * Positiva
* Pruebas confirmatorias y otras suplementarias
  + B24X (VIH)
    - Carga viral
      * Fecha
      * Indetectable
      * Detectable
  + A539 (Sífilis)
    - Fecha
    - Negativo
    - Positivo

## CONFIRMACIÓN DE DIABETES GESTACIONAL

Conformada por 3 variables en caso de que se confirme.

* Fecha de realización de curva de tolerancia a la Glucosa Resultado a 30 minutos
* Resultado a 60 minutos
* Resultado a 120 minutos

## SEGUIMIENTO DE CITAS PRENATALES

El objetivo de este apartado es llevar el seguimiento del estado de salud y evolución del embarazo con base a cada una de las consultas realizadas, Se compone de 18 variables:

* Fecha de la consulta
* Acompañante
* Semanas de gestación
* Peso (kg)
* Presión arterial
* Fondo uterino
* Frecuencia cardiaca fetal
* Signos y síntomas de alarma
* Medicamentos
* Química Sanguínea
* Biometría Hemática
* Examen general de orina
* Ultrasonido obstétrico
  + Semanas de gestación
  + Resultado
* Orientación educativa
* Referencia
* Motivo de la referencia
* Enfermedades Presentes
* Plan de Seguridad

## VISITAS DOMICILIARIAS

En este apartado registrarán las visitas domiciliarias a la embarazada inasistente en un periodo de tiempo (después de no asistir a la consulta programada en la unidad de salud). Cuenta con 3 variables

* Fecha de la visita domiciliaria
* Resultado
* Tipo del personal que la realiza



## BAJA DE PERIODO DEL EMBARAZO

El objetivo es dar seguimiento al periodo prenatal y continuar en el proceso normal de puerperio y/o lactancia. Cuenta con 2 variables:

* Motivo
* Fecha

## REVERSO

## DATOS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y DEL(LOS) PRODUCTO(S) DEL EMBARAZO QUE ESTUVO EN ATENCIÓN PRENATAL

El objetivo de este apartado es recabar información de la atención obstétrica y de(los) producto(s) del embarazo. Se compone de 16 variables:

* Fecha de atención obstétrica
* Tipo de atención
  + Aborto
    - AMEU
    - LUI
    - MEDICAMENTO
  + Atención del nacimiento
    - EUTÓCICO
    - DISTÓCICO VAGINAL
    - CESÁREA
* Semanas de gestación
* Método anticonceptivo ACEPTADO Y OTORGADO (postevento obstétrico)
* Tipo de traslado utilizado
  + Ambulancia
  + Vehículo particular
  + Transporte AME
  + Transporte público
  + Ambulancia aérea
* Atendido en:
* Atendido por:
* Complicaciones
* Datos del(los) producto(s)
* Apego inmediato al seno materno
* Egreso con lactancia materna exclusiva
* Sucedáneos de leche por B24X (VIH)
* Tratamiento profiláctico
  + para B24X (VIH)
  + para A539 (Sífilis)
* Fecha de obtención de los datos de la atención obstétrica

## ATENCIÓN EN EL PERIODO DE PUERPERIO

El objetivo de este apartado es conocer la evolución de la usuaria durante los siguientes 42 días posteriores al evento obstétrico. Se compone de 9 variables:

* Fecha de inicio de la atención
* 1ra. Consulta puerperal menor a 8 días
* Registros de atención
  + Fecha de consulta
  + Peso (Kg)
  + Signos y síntomas de alarma
  + Medicamentos
  + Enfermedades presentes
  + Observaciones
  + Fecha de próxima cita

## ATENCIÓN EN EL PERIODO DE LACTANCIA

El objetivo de este es fomentar la alimentación al seno materno, así como la lactancia materna exclusiva al producto durante los primeros 6 meses de vida. Se compone de 11 variables:

* Fecha de inicio de atención
* Depresión postparto
* Registro de atención
  + Fecha de consulta
  + Peso (Kg)
  + Lactancia materna exclusiva
  + Sucedáneos de leche materna
  + Signos y síntomas de alarma
  + Medicamentos
  + Ayuda alimentaria
  + Observaciones
  + Fecha de próxima cita

## BAJA DEL PERIODO DE LACTANCIA

El objetivo es conocer la razón por la que la usuaria no continuará en atención de lactancia, cuenta con 2 variables:

* + Fecha
  + Motivo

# Instrucciones de llenado DE LA TARJETA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO, PUERPERIO Y PERIODO DE LACTANCIA (SINBA-SIS-38-P)

## INSTRUCCIONES GENERALES

* La Tarjeta de Atención Integral del Embarazo, Puerperio y Periodo de Lactancia, debe llenarse al ingreso de seguimiento, registre todos los datos de identificación de la unidad, de la o el prestador, de la usuaria, los antecedentes familiares, personales patológicos y ginecoobstétricos, grupo sanguíneo y Rh si se cuenta con ello, adicciones, revisión odontológica, valoración nutricional, así como la fecha y condición al ingreso, si es durante el embarazo identificar el trimestre que cursa al ingreso.
* Conforme se vayan realizando las actividades como aplicación de biológicos, pruebas de detección, estas atenciones odontológicas, se registrarán en la tarjeta.
* La Tarjeta cuenta con un espacio para llevar el seguimiento de los datos capturados en el sistema, cuando la información haya sido capturada en el sistema se debe marcar con una “X” el recuadro de captura.
* Para el llenado de la Tarjeta de Atención Integral del Embarazo, Puerperio y Periodo de Lactancia, debe escribir con tinta, utilizar únicamente bolígrafo, no usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares, debido a que los trazos pierden claridad y este tipo de tintas tienden a desaparecer con el tiempo. Esta instrucción no aplica para la fecha de siguiente cita o de programación, ya que deberá ser con lápiz, al cumplir la usuaria con la cita se reemplaza con tinta.
* En las celdas abiertas se debe escribir sin abreviaturas, con letra de molde, clara y legible.
* Para las respuestas en que se requiera anotar números (fechas, peso, edad, etc.) deben usarse números arábigos (0, 1, 2, …, 9).
* La persona que llene la Tarjeta de Atención Integral del Embarazo, Puerperio y Periodo de Lactancia es la responsable de su contenido, por lo que se recomienda llenarlo cuidadosamente, plasmando información completa y veraz, poner atención especial en los campos que son de reporte **obligatorio**.
* La captura de las consultas debe realizarse antes de la captura de la información de la Tarjeta para estar en posibilidad de enlazar y recuperar algunos datos de la consulta en el seguimiento.
* Si la unidad cuenta con equipo de cómputo realice la captura nominal en el Sistema Automatizado de las usuarias que acudieron durante el día, evite el rezago.
* La Tarjeta de Atención Integral del Embarazo, Puerperio y Periodo de Lactancia (SINBA-SIS-38-P) sólo saldrá de la unidad en aquellos casos en que las autoridades jurisdiccionales o estatales así lo soliciten, como mecanismo para captura o de comprobación al momento de la entrega del informe mensual. Posteriormente, el informe deberá quedar a resguardo en la unidad. Proporcione información completa a las visitas de supervisión del SIS.

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

***CLUES:***

Registre la CLUES de la unidad, con base en el Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud, este dato es de carácter **obligatorio,** con el objeto de que pueda ser capturado en el Sistema automatizado; en caso de no contar con dicha clave solicitarla al área de estadística de la Jurisdicción Sanitaria de la cual depende la unidad médica, la CLUES está constituida inicialmente por dos caracteres alfanuméricos que identifican la Entidad Federativa, posteriormente tres caracteres que corresponden a la Institución, después cinco números que identifican al establecimiento y finalmente un número que es un dígito verificador; por lo que cada CLUES debe contener once caracteres en total.

***NOMBRE DE LA UNIDAD:***

Anote el tipo y nombre de la unidad médica con base en el Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud.

***LOCALIDAD:***

Anote el nombre de la localidad en donde se encuentra ubicada la unidad médica con base en el Catálogo de entidades federativas, municipios y localidades de INEGI.

***MUNICIPIO:***

Anote el nombre completo del municipio en donde se encuentra ubicada la unidad médica con base en el Catálogo de entidades federativas, municipios y localidades de INEGI.

**JURISDICCIÓN:**

Registre el nombre de la jurisdicción sanitaria a la que pertenece la unidad médica.

**ENTIDAD:**

Anote el nombre completo de la entidad donde se encuentra la unidad médica con base en el Catálogo de entidades federativas, municipios y localidades de INEGI.

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

***TIPO DE PERSONAL:***

Anote la clave de la profesión de la persona que otorga la consulta: **1.** MÉDICA(O) PASANTE, **2.**MÉDICA(O) GENERAL, **3**.MÉDICA(O) RESIDENTE, **4**.MÉDICA(O) ESPECIALISTA, **9**.HOMEÓPATA, **29**.PARTERA PROFESIONAL,

**29.** PARTERA PROFESIONAL, integra a los siguientes tipos de personal: (En México engloba a las parteras técnicas, licenciadas en enfermería y obstetricia, enfermeras especialistas perinatales, licenciadas en partería y licenciadas en salud sexual, reproductiva y partería y enfermera general)

***SERVICIO:***

Anote la clave del tipo de servicio, especialidad o identificación del módulo al que está asignado la o el prestador del servicio según corresponda: **4.**CONSULTA EXTERNA GENERAL, **5.**GINECOOBSTETRICIA, **6**.HOMEOPATÍA, , **22**.SERVICIO AMIGABLE, **29**.BRIGADA O CONSULTA EN CASA, **69**.MEDICINA FAMILIAR, **88**.*OTRAS(OS)*

**NOMBRE DEL PRESTADOR(A) DE SERVICIOS:**

Registre nombre(s), primer y segundo apellidodel personal responsable que otorga la consulta, realiza la actividad y/o es responsable de registrar los datos.

***CURP\*:***

Consigne la Clave Única de Registro de Población (CURP que está integrada por 18 caracteres), de quien otorga la atención, este dato es de carácter **obligatorio**, yaque éste será utilizado para identificar a la persona que otorga la atención. Todo personal de base, por contrato, en formación debe contar con este identificador.

NOTA. Se permite CURP genérica para las y los prestadores de servicio extranjeros no nacionalizados.

## IDENTIFICACIÓN DE LA USUARIA

Los campos **marcados con asterisco** (\*) son de carácter obligatorio para el registro y captura.

***CURP\*:***

Anote el código alfanumérico con los 18 elementos de la Clave Única de Registro de Población (CURP) de la usuaria, este dato es de carácter **obligatorio**.

***NOMBRE(S)\*:***

Anote el(los) nombre(s) de la usuaria, debe contener al menos dos letras, este dato es de carácter **obligatorio** para ser capturado en el Sistema Automatizado.

***PRIMERO Y SEGUNDO APELLIDO\*:***

Anote el Primer apellido y/o Segundo apellido; si no cuenta con algún apellido anote “XX” según corresponda, cada uno de sus componentes debe contener al menos dos letras, estos datos son de carácter **obligatorio** para ser capturados en el Sistema Automatizado.

***ENTIDAD DE NACIMIENTO\*:***

Anote el código de la Entidad Federativa donde nació la usuaria con base en el siguiente catálogo: **01** Aguascalientes, **02** Baja California, **03** Baja California Sur, **04** Campeche, **05** Coahuila de Zaragoza**, 06** Colima, **07** Chiapas, **08** Chihuahua, **09** Ciudad de México, **10** Durango, **11** Guanajuato, **12** Guerrero, **13** Hidalgo, **14** Jalisco, **15** México, **16** Michoacán de Ocampo, **17** Morelos, **18** Nayarit, **19** Nuevo León, **20** Oaxaca, **21** Puebla, **22** Querétaro, **23** Quintana Roo, **24** San Luis Potosí, **25** Sinaloa, **26** Sonora, **27** Tabasco, **28** Tamaulipas**, 29** Tlaxcala, **30** Veracruz de Ignacio de la Llave, **31** Yucatán, **32** Zacatecas; en caso de haber nacido en el extranjero deberá registrar **88**.No aplica.

***FECHA DE NACIMIENTO\*:***

Anote la fecha de nacimiento de la usuaria, día/mes/año verifique la coincidencia con la CURP; si se desconoce la fecha precisa de nacimiento, escriba 30/06/ y año aproximado de nacimiento.

***EDAD:***

Cuando una usuaria refiera que no recuerda la fecha de su nacimiento, debe indagar este dato y en caso de no conseguirlo, anotar la edad que estime que tiene la usuaria. Anote con números arábigos la edad cumplida de la usuaria.

Para el Sistema automatizado, si la fuente cuenta con la fecha de nacimiento, la edad será calculada en forma automática, de lo contrario, se capturará la Edad que se haya registrado, en este momento este dato se convierte en **obligatorios**, por lo que si el registro no cuenta con alguno de los dos (fecha de nacimiento o edad), la Tarjeta de atención **no será válida**.

***DERECHOHABIENCIA:***

Este espacio está destinado a registrar las consultas otorgadas a personas que tienen derecho a servicios médicos en la seguridad social. Anote en el espacio, la(s) clave(s) de la institución(es) de la(s) cual(es) es derechohabiente la usuaria: **1**.NINGUNA, **2**.IMSS, **3**.ISSSTE, **4**.PEMEX, **5**.SEDENA, **6**.SEMAR, **10**.IMSS BIENESTAR, **11**.ISSFAM, **14.** Servicios de Salud IMSS BIENESTAR, **8**.OTRA, **99**.SE IGNORA.

El código **0**.NO ESPECIFICADO queda reservado para el registro dentro del sistema automatizado en caso de que la celda se encuentre vacía.

***ESTADO CONYUGAL\*:***

Anote el número según corresponda a: **1**.Soltera, **2**.Casada, **3**.Divorciada, **4**.Viuda, **5**.Unión Libre, **6**.Separada, o **9**.No Especificado.

***ESCOLARIDAD\*:***

Registre la clave correspondiente al grado máximo de escolaridad, de acuerdo con las siguientes opciones: **0**.Ninguno, **1**.Primaria, **2**.Secundaria, **3**.Preparatoria, **4**.Licenciatura, **5**.Posgrado.

* + **TIPO**: marque **1** si el grado de estudios fue Completo o **2** si es Incompleto; por lo que esta variable compuesta es de carácter obligatorio y es excluyente de Ninguna Escolaridad.

***EXPEDIENTE:***

Anote el número de expediente de la usuaria.

***PESO ANTERIOR AL EMBARAZO (KG)\*:***

Anote el peso en Kg anterior al embarazo, que la usuaria haya proporcionado, en caso de que no lo sepa anote “999”.

***TALLA\*:***

Anote la talla de la usuaria expresada en metros.

***IMC:***

Obtenga el IMC mediante la siguiente fórmula: peso ÷ talla2. El peso debe ser en kilogramos y la talla debe ser en metros.

Por ejemplo: Talla: 120 cm = 1.2 m

Peso: 51500 g = 51.50 kg

1. Eleve la talla al cuadrado: 1.5 x 1.5 = 2.25
2. Divida el peso entre el resultado de la multiplicación anterior: 51.50 ÷ 2.25
3. El resultado de la división anterior es el IMC es = 22.8

Anote el Índice de Masa Corporal.

***SE CONSIDERA AFROMEXICANA:***

Pregunte a la usuaria si considera pertenecer a un pueblo, comunidad o personas afromexicanas. Anote una "X" en la celda según corresponda la respuesta si es afirmativa o no.

***MIGRANTE***

Pregunte a la usuaria si es originaria de otro país (Internacional) o entidad federativa (Conacional), anote una “x” si la respuesta es afirmativa en la casilla SI, en caso contrario en la casilla NO.

***¿ES O SE CONSIDERA INDÍGENA?:***

Pregunte a la usuaria si la familia y/o la persona considera pertenecer a un pueblo indígena; ello independientemente sea hablante o no de la lengua del pueblo indígena al que pertenece. Recuerde que la usuaria podrá ser beneficiaria del programa de nutrición respectivo en cuanto se maneje en el área de adscripción médica. Anote una "X" si la respuesta es afirmativa en la casilla de SI, si la respuesta es negativa la anote “X” en la casilla de NO, de igual manera interprete si la celda se deja en vacío y se capturará como “**2**-No” en la Aplicación Automatizada.

***HABLA LENGUA INDÍGENA COMO LENGUA MATERNA*:**

En caso de ser afirmativa la pregunta anterior, pregunte a la usuaria si habla lengua indígena, es aquélla que hablan las personas pertenecientes a poblaciones indígenas diferente al español, ya que es **obligatorio** al haber marcado “SI” en la variable anterior. Marque el cuadro correspondiente con "X", según sea la respuesta.

***CUÁL LENGUA INDÍGENA HABLA:***

Anote cuál lengua indígena habla la usuaria, al marcar la celda anterior este campo se convierte en **obligatorio**.

***¿HABLA ESPAÑOL?:***

Pregunte a la usuaria si habla español, anote una “X” en la casilla a la que corresponda la respuesta.

***DOMICILIO\*:***

Solicite el domicilio completo que permita la ubicación de la vivienda donde la usuaria reside actualmente con el propósito de establecerse en ella (se presume el propósito de establecerse en un lugar, cuando se reside por más de seis meses en él); a falta de éste, anotar el domicilio de la vivienda donde puede ser localizada.

* En la medida de lo posible evite anotar ‘Domicilio Conocido’, ya que esto dificultará el seguimiento de los programas de salud y anotar el domicilio de algún comprobante.
* En caso de desconocer la información correspondiente a cualquier variable de este apartado, escribir la leyenda “Se ignora”.
* Anote la calle, número exterior, número interior, lote, manzana, colonia, código postal, municipio, estado, y referencias de localización.
* Localidad, anote la localidad a la cual pertenece el domicilio proporcionado.
* Municipio, anote el municipio al que pertenece la localidad indicada.
* Entidad, registre el estado al que pertenece el municipio del domicilio proporcionado.

***TELÉFONO***

Anote el número de telefonía con el que cuenta la usuaria donde se pueda localizarla.

El número telefónico debe ser anotado a 10 dígitos, uno en cada espacio.

## INGRESO A SEGUIMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL

***REFERIDA POR PERSONAL COMUNITARIO***

Preguntarle a la usuaria si fue referida por un personal comunitario, solo se agregara el número que indica: **0.** Ninguno, **1**.Brigadista y/o Promotor(a) de salud **2**.Auxiliar de Salud, **3**.Enfermería, **4**.Partería Profesional, **5**.Partera Tradicional, **6**.Supervisor(a) de Auxiliares, **7**.Médica(o), **8**.Otro (personal identificado de la Secretaria de Salud), anotar en el recuadro el número que corresponda en caso de ser afirmativo, de lo contrario anote **0**.Ninguno

***FECHA DE INGRESO\*:***

Anote con números arábigos, el día, mes y año en que la usuaria inicia su atención prenatal.

***TRIMESTRE GESTACIONAL, PUERPERIO O LACTANCIA:***

Anote según sea el caso cuando ingresó al seguimiento integral si es en el embarazo, anote el trimestre de gestación que cursa al momento del ingreso, considerando (**1°**) Primero: 0 a 13.6 semanas, (**2°**) Segundo: 14 a 26.6 semanas (3er) Tercero: 27 y más semanas, hasta la semana 42.6, o en el caso de ingresar en el periodo del Puerperio o Lactancia marcar con una “X” en el espacio correspondiente.

***PRUEBA SEROLÓGICA DE EMBARAZO:***

Marque con una “X” si la usuaria cuenta con una prueba serológica de embarazo en la casilla de “SI”, en caso de que no cuente con ella marque con una “X” en la casilla de “NO”.

***FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN\*:***

Pregunte a la usuaria la fecha de ultima menstruación, siy anote la: día, mes y año en que comenzó el sangrado de la última menstruación referida por la usuaria.

* ***SE IGNORA:* Registrar “X”** Si se ignora la Fecha de Última Menstruación,y dejar el campo de FUM en vacío, en este caso se registra la fecha de ultrasonido Obstétrico y las semanas de gestación referidas en él.
  + ***CONFIABLE:*** Al indicar una fecha esta variable se convierte en obligatoria, pregunte a la usuaria si es confiable la fecha, en caso de que diga que sí, anote “1” en la casilla, si no lo es anote cero “0”.

***FECHA DE ULTRASONIDO OBSTÉTRICO:***

Registre el día, mes y año de la realización del último Ultrasonido Obstétrico.

***SEMANAS DE GESTACIÓN POR ULTRASONIDO OBSTÉTRICO:***

Registre las semanas de gestación referidas en el reporte de Ultrasonido Obstétrico.

***FECHA PROBABLE DE PARTO:***

Anote la fecha probable de parto, día, mes y año. Para obtener este dato:

Si se cuenta con la fecha de menstruación “**confiable**”, utilice la siguiente regla:

Regla de Naegele: El cálculo consiste en sumarle 7 a los días de la Fecha de Última Menstruación y restarle tres meses. Por ejemplo, si la FUM fue el 15/12/2023, la fecha probable de parto será el 22/09/2024 (15 + 7 = 22; 12 – 3 = 09).

Si se desconoce la Fecha de última Menstruación, pero se cuenta con la fecha de Ultrasonido Obstétrico y las semanas de gestación por Ultrasonido, a partir de estos datos se puede calcular la fecha probable de parto de la siguiente manera:

Sumarle 7 a los días de la Fecha de Realización de Ultrasonido Obstétrico y restarle tres meses, y a esta fecha se le restan las semanas y los días registrados en la variable de semanas de gestación, por ejemplo:

Si la Fecha de Ultrasonido es: 10/11/2023, y se refieren 4.2 semanas de gestación.

(10 + 7 = 17; 11 – 3 = 08) =17 de agosto 2024 menos las 4 semanas y 2 días de Gestación por Ultrasonido, la fecha probable de parto es 15 de julio del 2024.

## ANTECEDENTES FAMILIARES\*

Marque con "X" el cuadro correspondiente al antecedente que está indicando: Tuberculosis (convivencia con personas con la enfermedad), Hipertensión, Diabetes, Enfermedades Hipertensivas del Embarazo u Otro, para este último registre la clave CIE-10 de la patología que requiera registrar como antecedente, asegúrese que la patología sea diferente las ya referidas en este apartado ; en caso de no contar con antecedentes familiares deberá marcar la casilla de Ninguno el cual es excluyente a los demás.

## ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS\*

Marque con "X" el cuadro correspondiente a la respuesta de acuerdo al interrogatorio practicado a la embarazada si tiene o ha tenido: Diabetes; Diabetes gestacional; Hipertensión Arterial Sistémica; Preeclampsia/Eclampsia; Nefropatía; Cardiopatía; Hemorragia obstétrica; Padecimiento Oncológico; B24X = VIH positivo; A539 = Sífilis; Enfermedad transmitida por vector: indicar en el espacio la clave según corresponda **1**.Dengue, **2**.Zika, **3**.Chikunguya, **4**. Chagas; Tuberculosis, SARS-COV2 u Otro antecedente, para éste último especifique en el espacio correspondiente la clave de el o los antecedentes personales patológicos de las siguientes opciones: **1**.Endocrinopatía, **2**.Epilepsia, **3**.Lupus, **4**. Artritis Reumatoide, **5**.Toxoplasmosis, **6**. ITS, **7**.Hepatitis B, **8**.Hepatitis C, **9**. Insuficiencia Venosa, **10**.TrombosisVenosa Profunda, **11.** Capacidad mental disminuida.

En caso de no contar con antecedentes patológicos personales deberá marcar la casilla de Ninguno el cual es excluyente a los demás.

## ATENCIÓN PREGESTACIONAL

¿***TUVO ATENCIÓN PREGESTACIONAL?***

Anotar en el cuadro correspondiente con una “X” si recibió consulta pregestacional en el año previo al inicio del embarazo en caso de ser afirmativo y si durante la atención se le identificaron uno o más riesgos, registrar la o las claves correspondientes en el cuadro de **“riesgos”** con base en el siguiente listado:

1. Mujer con patología crónica órgano funcional
2. Mujer con patología crónica infecciosa
3. Antecedente de morbilidad materna extrema
4. Factores de riesgo sociales
5. Mujer con antecedentes obstétricos de riesgo

Si durante el control prenatal no se identificó ningún riesgo registrar:

1. Ninguna

## ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

***GESTAS***

Anote el número de embarazos que ha tenido la usuaria, incluyendo abortos sin considerar embarazo actual. Si es primigesta el valor es 0. La suma de Partos, Cesáreas, Abortos y ectópicos debe ser igual a Gestas.

***PARTOS***

Registre el número total de partos por vía vaginal que ha tenido la usuaria (incluyendo los nacidos muertos). En caso de ser primigesta anote cero.

***CESÁREAS***

Anote el número de nacimientos resueltos por vía abdominal, en caso de no haber tenido, anote cero.

***ABORTOS***

Anote el número de abortos que ha tenido la usuaria, en caso de no haber tenido, anote cero.

***ECTÓPICOS***

Registre el número de embarazos ectópicos que ha tenido la usuaria, en caso de no haber tenido anote cero.

***MOLA***

Anote el número de embarazos molares o mola hidatiforme que ha tenido la usuaria.

***NÚMERO DE EMBARAZOS MÚLTIPLES***

Registre el número total de embarazos múltiples que ha tenido la usuaria (incluyendo los nacidos muertos). En caso de ser primigesta anote cero.

***HIJOS NACIDOS VIVOS***

Registre el número de hijas e hijos de la usuaria que hayan nacido vivos, sin importar si después murieron, en caso de no haber tenido, anote cero.

***HIJOS NACIDOS MUERTOS:***

Registre el número de hijas e hijos de la usuaria que hayan nacido muertos, en caso de no haber tenido, anote cero, **no se deben incluir los abortos**.

***RESOLUCIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO*** Con base en a la última resolución de Embarazo registe la clave del tipo según corresponda: **1**. Aborto, **2**. Cesárea, **3**. Mola o **4**. Parto eutócico o distócico.

**FECHA DE LA RESOLUCIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO**

Anote con números arábigos la fecha (día, mes y año) de la resolución que refiera la usuaria.

***USO PREVIO DE ANTICONCEPTIVOS:***

**TIPO:** Si la usuaria usaba algún método anticonceptivo antes del embarazo, Anote el número que corresponda al tipo de método **0**.Ninguno, **1**.Hormonal, **2**. DIU (incluye DIU medicado), **3**.Preservativo, **4**.Otro método.

**TIEMPO DE USO:**

Anote con números arábigos el tiempo de uso, especificando con “M” si son meses o con “A” si son años.

***FECHA DE SUSPENSIÓN***

Anote la fecha (día, mes y año) que le indique la usuaria de la suspensión del método anticonceptivo.

***FALLO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO***:

Marque la casilla correspondiente con una “X”, “SI” si se embarazó mientras usaba ese método anticonceptivo, en caso contrario marque la casilla “NO”.

***OTRO ANTECEDENTE GINECOOBSTETRICO:***

Marque la casilla correspondiente con una “X”, “SI” si la usuaria cuenta con algún otro antecedente ginecoobstetrico, en caso contrario marque la casilla “NO”.

Si se marcó la casilla en “SI”, se debe registrar en “Especifique” alguno o algunas de las claves de las siguientes opciones: **1**.Cirugía Uterina Previa o Miomatosis, **2**.Transfusión Sanguínea en evento Obstétrico, **3.**Polihidramnios, **4.**Parto Pretérmino , **5**.Producto macrosómico, **6**.Producto bajo peso, **7**.Incopetencia Ístmico-Cervical.

## APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS

***APLICACIÓN Td***

Anote la fecha que la usuaria refiera le fue aplicado el biológico según corresponda en primera, segunda o tercera dosis, corrobore el dato en la Cartilla Nacional de Salud. Si no se aplicó esta vacuna, registre con lápiz **“NO”** en la dosis. Si se le aplica durante el seguimiento, borre NO y escriba la fecha con tinta.

Identifique si la actividad se realizó en el mes que se reporta, capture y registre en la celda la acción.

***APLICACIÓN Tdpa***

Anote la fecha de la única aplicación del biológico, corrobore el dato en la Cartilla Nacional de Salud, este debe de ser posterior a las 20 Semanas de Gestación, con o sin esquema completo de Td.

***APLICACIÓN ANTIINFLUENZA:***

Anote la fecha en la que le fue aplicado el biológico, corrobore el dato en la Cartilla Nacional de Salud. Si no se aplicó esta vacuna, registre con lápiz **“NO”** en la dosis. Si se le aplica durante el seguimiento, borre NO y escriba la fecha con tinta.

Se permite el registro de la fecha de aplicación de influenza estacional cuando esta haya sido colocada dentro del periodo que abarca 6 meses antes de la fecha de ultima menstruación y 6 meses posteriores a la fecha probable de parto.

***APLICACIÓN ANTICOVID-19:***

Anote la fecha que la usuaria refiera le fue aplicado el biológico, corrobore el dato con el CERTIFICADO de vacunación. Si no se aplicó esta vacuna, registre con lápiz **“NO”** en la dosis. Si se le aplica durante el seguimiento, borre NO y escriba la fecha con tinta.

Se permite el registro de la fecha de aplicación de ANTICOVID 19, cuando esta haya sido colocada dentro del periodo que abarca 6 meses antes de la fecha de ultima menstruación y 6 meses posteriores a la fecha probable de parto.

Identifique si la actividad se realizó en el mes que se reporta, capture y registre en la celda la acción.

## GRUPO Y RH SANGUÍNEO:

***GRUPO SANGUÍNEO:***

Marque la casilla con “X” el grupo sanguíneo según corresponda

* A
* B
* AB
* O

***RH:***

Marque la casilla con “X” si es negativo o positivo según corresponda

* Positivo
* Negativo

Dado que este dato regularmente no se tiene durante el ingreso, cuide sea registrado una vez que se cuente con el resultado de laboratorio, envíe la tarjeta para capturar la actualización y marcar con “X” cuando hay sido capturado en el sistema.

***¿SE REALIZO PRUEBA DE COOMBS?***

Marque con una “X” si la usuaria cuenta con una prueba Coombs en la casilla de “SI”, en caso de que no cuente con ella marque con una “X” en la casilla de “NO”.

***¿INICIÓ PROFILAXIS?***

Marque con una “X” si la usuaria cuenta con una prueba Coombs en la casilla de “SI”, en caso de que no cuente con ella marque con una “X” en la casilla de “NO”.

## ADICCIONES

Marque en la casilla con una “X” si es negativo o positivo al consumo de alguna sustancia que se enlista a continuación:

* Tabaco
* Alcohol
* Antidepresivos
* Ansiolíticos
* Otros. Al marcar esta celda debe Especificar si la Adicción es a sustancias psicotrópicas como: cánnabis, cocaína, heroína, LSD, etc.

***¿CONSUMO ACTUAL?***

Marque con una “X” si la usuaria actualmente consume alguna de las sustancias antes mencionadas en la casilla de “SI”, en caso de que no cuente con ella marque con una “X” en la casilla de “NO”.

***¿TIEMPO DE SUSPENSIÓN?***

Registre el tiempo que tiene sin consumir alguna sustancia, especificando en el espacio correspondiente en números arábigos la cantidad de años y/o la cantidad de meses.

## SALUD BUCAL DURANTE EL EMBARAZO

***REVISIÓN ODONTOLÓGICA:***

Marque la casilla con “X”, si se realizó o no la revisión odontológica durante el seguimiento de embarazo.

***ATENCIÓN A:***

Marque con “X” si durante el embarazo actual ha recibido atención a:

* + - Caries
    - Periodontitis
    - Otro

Identifique si la actividad se realizó en el mes que se reporta, capture y registre en la celda la acción.

## VALORACIÓN NUTRICIONAL

Anotar con una “X” en la casilla según corresponda si se realizó o no valoración nutricional durante la atención prenatal.

Identifique si la actividad se realizó en el mes que se reporta, capture y registre en la celda la acción.

## DETECCIONES EN LA EMBARAZADA

SALUD MENTAL

***VIOLENCIA FAMILIAR***

Marcar con una “X” si es positivo o negativo con base a la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. (Consultar instrumento de detección).

***DEPRESIÓN PRENATAL***

Marcar con una “x” en caso de ser positivo o negativo.

**Sugerencia**: utilice herramientas de detección que recomienda la GPC: Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión Prenatal y Posparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención, disponible en la URL: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf> y <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/RR.pdf>

* Herramientas de evaluación para los trastornos depresivos (MOH Clinical Practice Guidelines 6/2011)
  + Escala de depresión de Hamilton
  + Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale -HADS-)
  + Escala de depresión de Montgomery-Asberg
  + Cuestionario de salud general de Goldberg

***INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL***

**ITS PRIMERA DETECCIÓN**

Se recomienda se realice al ingreso a la atención y seguimiento del embarazo, preferentemente durante el primer trimestre de gestación.

***FECHA:*** Registe la fecha (día, mes y año) que se realizó la primera detección para B24X y A539; para el caso de prueba rápida combinada la fecha será igual para ambas.

**B24X**

**TIPO DE PRUEBA:**

* **PRUEBA RÁPIDA**: si la detección se realizó con prueba rápida para VIH (puede ser combinada con Sífilis) marque con una “X” el resultado de la prueba rápida, si fue reactivo o negativo para VIH según sea el caso.
* **ENZIMOINMUNOENSAYO (ELISA)**: En caso de realizar el estudio por ELISA (acrónimo del inglés Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay: ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas) marque con una “X” si el resultado fue positivo o negativo.

**A539**

**TIPO DE PRUEBA:**

* **PRUEBA RÁPIDA**: si la detección se realizó con prueba rápida para Sífilis (puede ser combinada con VIH) marque con una “X” el resultado de la prueba rápida, si fue reactivo o negativo para Sífilis según sea el caso.
* En el caso del estudio de Sífilis por la prueba serológica de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) registe la fecha (día, mes y año) que se realizó y marque con una “X” si el resultado fue reactivo o negativo.

**NOTA:** Para la especificación del proceso de aplicación de las detecciones se recomienda consultar la Guía para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana; disponible en la siguiente URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/286892/Gu\_a\_de\_detecci\_n\_de\_VIH\_Censida\_2018\_VF.pdf

**ITS SEGUNDA DETECCIÓN:**

Registe la fecha (día, mes y año) que se realizó la SEGUNDA detección con prueba rápida para VIH (B24X) y Sífilis (A539) y marque con una “X” si el resultado de la prueba rápida fue reactivo o negativo según sea el caso.

En caso de realizar el estudio por ELISA (acrónimo del inglés Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay: ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas), registe la fecha (día, mes y año) que se realizó y marque con una “X” si el resultado fue reactivo o negativo.

En el caso del estudio de Sífilis por la prueba serológica de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) registe la fecha (día, mes y año) que se realizó y marque con una “X” si el resultado fue reactivo o negativo.

**PRUEBAS CONFIRMATORIAS LABORATORIO Y OTRAS SUPLEMENTARIAS**

***B24X:***

* Registre la fecha (día, mes y año) que se realizó la confirmación para VIH por las pruebas suplementarias, como son: Western Blot; IFI = inmunofluorescencia indirecta; RIPA = análisis por radioinmunoprecipitación; LIA = inmunoanálisis lineal; Detección de antigenemia; Detección molecular de ADN y ARN; PCR = reacción en cadena de la polimerasa; Bdna = branched-DNA; NASBA = amplificación basada en la transcripción de ácidos nucleicos.
* Registre si se le ha realizado la carga viral, coloque una “X” si ha sido detectable o en su caso indetectable.

***A539:***

* Registe la fecha (día, mes y año) que se realizó la confirmación para Sífilis por las pruebas TREPONÉMICAS confirmatorias.
* Registre el resultado de la prueba confirmatoria según corresponda.

## CONFIRMACIÓN DE DIABETES GESTACIONAL

Se considera diabetes mellitus gestacional cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se diagnostica por primera vez durante el embarazo, independientemente de que pudiera existir previamente, de las semanas de gestación, siendo así un factor de riesgo en el embarazo.

***FECHA DE REALIZACIÓN DE CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA***

Registe la fecha (día, mes y año) que se realizó el estudio para el diagnóstico de diabetes gestacional.

***RESULTADO A 30 MINUTOS:***

Registre el nivel de glucosa que refiere el estudio a los 30 minutos de la prueba realizada en ayuno en mg/dl y

***RESULTADO A 60 MINUTOS:***

Registre el nivel de glucosa que refiere el estudio a los 60 minutos de la prueba en mg/dl

***RESULTADO A 120 MINUTOS:***

Registre el nivel de glucosa que refiere el estudio a los 60 minutos de la prueba en mg/dl

## ATENCIÓN PRENATAL

## CITAS PRENATALES

Esta sección se debe llenar en toda atención prenatal. Utilice solamente un renglón para registrar los datos que se generen en cada consulta.

A partir del primer renglón registre en cada cita:

***FECHA:***

Anote la fecha de la consulta de seguimiento iniciando por día, mes y las dos últimas cifras del año. Anote con lápiz la fecha para la **próxima cita**, una vez que acuda anote la fecha definitiva con tinta.

***ACOMPAÑANTE:***

Anote solo la clave de la persona que acompaña a la embarazada a sus consultas prenatales: ACOMPAÑANTE: **1**.Pareja, **2**.Familiar, **3**.Nadie, **4**.Madrina/Padrino obstétrica(o).

***SEMANAS DE GESTACIÓN:***

Registre el número de semanas de gestación en que se encuentra la usuaria al recibir la atención.

***PESO (KG):***

Registre el peso en kilogramos, obtenido al momento del seguimiento.

***PRESIÓN ARTERIAL:***

Registre el resultado de la toma de presión arterial, separando con una diagonal la sistólica de la diastólica.

***FONDO UTERINO:***

A partir de las 12 Semanas de Gestación, anote en centímetros la longitud desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta donde llegue el fondo del útero.

***FRECUENCIA CARDIACA FETAL:***

Registre el número de latidos cardiacos por minuto del producto, en caso de no escucharse, anote cero.

***SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL EMBARAZO:***

Si en el interrogatorio o la exploración física se encuentra alguna alteración que afecte a la madre y/o al producto, anote el código de acuerdo al siguiente catálogo de signos y síntomas de alarma: **0**.Ninguno, **1**.Epigastralgia, **2**.Hipomovilidad fetal, **3**.Hemorragia, **4**.Fiebre, **5**.Salida de líquido, **6**.Dificultad para respirar, **7**.Cefalea intensa, **8**.Ictericia, **9**.Convulsiones, **10**.Palidéz, **11**.Cambios de ánimo, poca o nula motivación de disfrutar las cosas, mismos que se encuentran en la parte inferior de la tarjeta.

***MEDICAMENTOS:***

En caso de prescribir fármaco(s) anote el(los) número(s) de acuerdo al siguiente catálogo de medicamentos: **0**.Ninguno, **1**.Vitaminas y ácido fólico, **2**.Antianémico, **3**.Corticoides para maduración pulmonar, **4**.Analgésico y antipirético y antiinflamatorios no esteroideos, **5**.Antihistamínicos H2, **6**.Antibióticos, **7**.Anticonvulsivante, **8**.Antiemético, **9**.Antiespasmódico, **10**.Antihipertensivo, **11**.Antimicóticos y antiparasitarios, **12**.Antiviral, **13**.Hipoglucemiante (orales e inyectables), **14**.Uteroinhibidores, **15**.Antifímicos, mismos que se encuentran en la parte inferior de la tarjeta.

***QUÍMICA SANGUÍNEA:***

Anote según corresponda.

* + - Glucemia, Trascriba el valor en mg/dl.
    - Enzimas hepáticas con alteraciones, Marque con “X” si en los resultados se presentan alteraciones en enzimas hepáticas.

Si no se realizó el estudio deje las celdas en vacío.

***BIOMETRÍA HEMÁTICA:***

Trascriba el resultado del análisis solicitado de los siguientes rubros:

* + - Plaquetas
    - Leucocitos
    - Hemoglobina
    - Hematocrito

Si no se realizó el estudio deje las celdas en vacío.

***EXAMEN GENERAL DE ORINA*:** Indique según corresponda para cada valor si es positivo o negativo. Si no se realizó el estudio deje las celdas en vacío.

* + - Proteinuria
    - Hematuria
    - Glucosuria
    - Bacteriuria

***ULTRASONIDO GINECOLÓGICO:***

***SEMANAS DE GESTACIÓN***: Registre el número de semanas de gestación reportadas en el ultrasonido obstétrico.

***RESULTADO***: Registre las características de importancia clínica reportadas en el ultrasonido.

***ORIENTACIÓN EDUCATIVA:***

En este espacio se destinará para la Orientación Educativa.

Anote en la casilla el NÚMERO que corresponde a la orientación educativa otorgada durante la atención con base en las siguientes opciones: **1**.Cuidados del embarazo y puerperio, **2**.Signos y síntomas de alarma, **3**.Calidad e higiene de los alimentos, **4**.Uso de medicamentos durante el embarazo, **5**.Estilos de vida saludables, **6**.Metodología anticonceptiva, **7**.Cuidados de la persona recién nacida; **8**.Lactancia materna, **9**.Detección oportuna de defectos al nacimiento, 88- otros, misma que puede ser más de una, en caso de no haberla realizado dejar la celda vacía.

***REFERENCIA***

Anote la clave en la casilla correspondiente, a qué lugar de atención médica fue referida la usuaria: **0-** No Referida, **1**. Módulo mater, **2**. Consulta externa con especialista, **3**. Urgencia obstétrica, **4**. UNEME CAPASITS,

***MÓTIVO DE REFERENCIA***

Con base en la hoja de criterios de riesgo obstétrico estandarizada por la entidad federativa y utilizada en cada consulta prenatal; anotar en la casilla el NÚMERO que corresponde al motivo por la que refiere a la embarazada: **1**.Bajo riesgo, **2**.Alto riesgo, **3**.Urgencia obstétrica, **4**.Violencia familiar, **5**.Depresión prenatal.

***ENFERMEDADES PRESENTES:***

Si durante la atención prenatal la usuaria presenta alguna patología independiente del embarazo actual y diferente a las señaladas en la tarjeta en los antecedentes personales patológicos, registrar esta morbilidad con base a la clasificación CIE-10 la o las claves correspondientes.

***PLAN DE SEGURIDAD:***

Se le otorga información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre el Plan de Seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica, esta actividad será realizada al iniciar la atención prenatal, debiéndose registrar dicha información, y verificar en cada consulta, actualizando en caso de existir algún cambio.

* Se le otorgó la herramienta (el folleto/ tríptico) de plan de seguridad a la usuaria al ingreso de la atención prenatal, en caso de ser afirmativo colocar un “X” en la casilla de SI, en caso de no haber elaborado el plan marcar en la casilla NO, una “X”.

## VISITAS DOMICILIARIAS

Si la usuaria no acude a la cita programada en 7 días se procederá a hacer la búsqueda de la usuaria, derivado de la visita registre según corresponda:

***FECHA DE LA VISITA****:*

Anote la fecha de la visita realizada.

***RESULTADO DE LA VISITA****:*

Registre el número del catálogo de resultados de la visita: **1**.Nueva cita, **2**.No se encontró, **3**.Cambio de domicilio, **4**.Rechazo a la atención, , **5**.Defunción, **8**.Otro, mismos que se encuentran en el recuadro inferior derecho de esta tarjeta.

***PERSONAL QUE REALIZA LA VISITA***

Anote el número de la clave que corresponde al personal de salud que realizó la visita domiciliaria: **1**.Trabajo social, **2**.Brigadista y/o Promotor(a) de salud **3**.Partería profesional, **4**.Enfermería, **5**.Auxiliar de salud, **6**.Médica(o), mismos que se encuentran en el recuadro inferior derecho de esta tarjeta.

## BAJA DE EMBARAZO: MOTIVO Y FECHA

**Motivo**:

Anote el código del motivo de baja según el siguiente catálogo: **1**.Resolución del embarazo, **2**.Cambio de domicilio,. **3**.Defunción, **4**.Baja por error en diagnóstico,

**Fecha:**

Anote la fecha en que la usuaria cause baja de la atención prenatal.

**Nota**: Si la usuaria se vuelve a embarazar, se debe abrir una nueva tarjeta para registrar la atención prenatal previa baja de la atención prenatal anterior.

## REVERSO

## DATOS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO QUE ESTUVO EN SEGUIMIENTO PRENATAL

Posterior a la atención obstétrica y en la primera consulta deberá registrar los datos correspondientes en el reverso de la tarjeta y marcar con "X" el cuadro correspondiente al tipo de atención recibida por Aborto o Atención de nacimiento, pida a la usuaria su hoja de contrarreferencia o de egreso proporcionado en la unidad donde se atendió.

***FECHA DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA:***

Registre el día, mes y año de la terminación del embarazo, rectifique que se haya dado de baja de la atención del embarazo en el anverso.

**TIPO DE ATENCIÓN**

***ABORTO*:**

Si la terminación del embarazo fue por aborto, marque con “X” el tipo de procedimiento realizado:

* **AMEU**: Aspiración: ya sea por Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o Aspiración Endouterina Eléctrica (AEEU) al vacío.
* **LUI**: Legrado Uterino Instrumental.
* **Medicamentos**: si durante el procedimiento se usó medicamentos como el Misoprostol o Mifepristona más Misoprostol.

***ATENCIÓN DE NACIMIENTO*:**

Si la atención recibida fue por nacimiento, marque el tipo de nacimiento:

* + - Eutócico
    - Distócico
    - Cesárea

***SEMANAS DE GESTACIÓN*:**

Anote el número de semanas de gestación en la resolución del embarazo (parto o aborto), en caso que fuera necesario utilizar un decimal.

***ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO:***

Marque la casilla correspondiente con una “X”, si posterior a la atención obstétrica la mujer eligió o no algún método anticonceptivo antes del egreso del establecimiento donde se realizó la atención obstétrica.

Especifique el tipo de método anticonceptivo que eligió: **1.**Oral, **2.** Inyectable Mensual**,3.** Inyectable Bimestral, **4.**Inyectable Trimestral, **5.**Implante Subdérmico, **, 6.**Parche Dérmico, **7.**DIU**,8.**DIU Medicado**,9.**OTB**,10.**Otro Método

***TIPO DE TRANSPORTE UTILIZADO:***

Si la usuaria requirió algún tipo de transporte para su atención médica de urgencia obstétrica o para la resolución del embarazo marque con una “X” la casilla correspondiente al tipo de transporte utilizado: Ambulancia, Vehículo Particular, Transporte AME, Transporte Público, Ambulancia Aérea.

***ATENDIDO EN*:**

Escriba la institución y unidad médica donde se atendió el nacimiento, especificando la CLUES. En caso de haber ocurrido en lugar diferente a un establecimiento de salud, anote dónde.

***ATENDIDO POR*:**

Anote el tipo prestador de servicios que atendió el parto

1. Médica(o) Especialista de Ginecología y Obstetricia
2. Médica(o) Residente de Ginecología y Obstetricia
3. Médica(o) General
4. Médica(o) Pasante
5. Partera Profesional
6. Partera Tradicional
7. Se Ignora
8. Otras(o)

***COMPLICACIONES*:**

Estos renglones están destinados para anotar los problemas presentes durante la atención del evento obstétrico:

1 Ninguna

2 Enfermedad Hipertensiva Del Embarazo

3 Hemorragia

4 Sepsis

5 Enfermedad Respiratoria

6 Falla Orgánica

7 Falla Metabólica

8 Falla Neurológica

9 Otra

***DATOS DE LA PERSONA RECIEN NACIDA:***

No olvide registrar los “Datos que deben consignarse independientemente del lugar de atención”, incluirá aquéllos nacidos vivos de los cuales la atención del nacimiento ocurrió fuera de la misma (otra unidad médica, otra institución, etc.).

**DATOS DE LAS PERSONAS RECIEN NACIDAS:**

Marque con una “X” si fue producto **Único, Gemelar** o **3 o más**.

* **RECIEN NACIDO:** Anote según el número consecutivo los siguientes rubros segúncorresponda al número de productos si hubo más de uno.
  + - **CONDICIÓN AL NACIMIENTO:** Marque si el producto nació vivo o muerto según corresponda.
    - **SEXO:** Anote **1** si el producto es Mujer y **2** si es Hombre; en caso de genitales ambiguos no asignar el sexo inmediatamente al nacimiento y anote la clave **3** Intersexual.
    - **PESO:** Especifique para los nacidos vivos, el peso en gramos.
    - **TALLA:** Especifique la talla en centímetros obtenida al nacer.
    - **APGAR:** Anote la primera calificación obtenida al nacimiento en el rango de 10 al 0.
    - **SILVERMAN-ANDERSON**: Anote la primera calificación obtenida al nacimiento en el rango de 0 a 10.
    - **TAMIZ METABÓLICO** Marque con "X" el cuadro en caso que se haya realizado la prueba de tamiz metabólico.
    - **TAMIZ AUDITIVO** Marque con "X" el cuadro en caso que se haya realizado el examen de tamiz auditivo.

***APEGO AL SENO MATERNO:***

Marque con "X" el cuadro que corresponda de acuerdo con el apego al seno materno: “SI” o “NO”.

***EGRESO CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:***

Se refiere a la alimentación que recibió la persona recién nacida hasta el egreso hospitalario, el cual consiste solamente con leche humana, sin adición de otros líquidos o alimentos como: agua, té, jugo, atole, puré o papilla, etc., a excepción, si así lo requiere, de: Vida Suero Oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).

Marque con "X" el cuadro que corresponda, si la persona recién nacida egresó del hospital con lactancia materna exclusiva: “SI” o “NO”

***SUCEDÁNEO DE LECHE MATERNA POR B24X (VIH):***

Marque con "X" el cuadro que corresponda según lo siguiente: “SI”, la persona recién nacida recibe sucedáneos de leche por riesgo de transmisión vertical de B24X (VIH), o “NO” en caso de no recibir sucedáneos de leche.

***TRATAMIENTO PROFILÁCTICO A LA PERSONA RECIEN NACIDA:***

* Marque con "X" el cuadro si la persona recién nacida recibe tratamiento profiláctico por riesgo de transmisión vertical de B24X (VIH) en caso de “SI” o “NO” según sea el caso.
* Marque con "X" el cuadro si la persona recién nacida recibe tratamiento profiláctico por riesgo de transmisión vertical de A539 (SÍFILIS) en caso de “SI” o “NO” según sea el caso.

***FECHA DE OBTENCIÓN DE LOS DATOS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA***

Anote la fecha en que se obtiene la información de la atención obstétrica: día, mes y año.

## ATENCIÓN EN EL PERIODO DEL PUERPERIO

Registre la información en cada consulta que se le otorgue a la usuaria. Utilice solamente un renglón para registrar los datos que se generan en cada atención.

***FECHA DE INICIO DE ATENCIÓN EN EL PERIODO DE PUERPERIO:***

Anote con números arábigos, el día, mes y año en que la usuaria se ingresa a la atención del periodo del puerperio.

***PRIMERA CONSULTA PUERPERAL MENOR DE 8 DÍAS***

Anote con una “X” si la consulta de la puérpera fue menor a los 8 días después de su evento obstétrico “SI” o” NO”.

A partir del primer renglón registre en cada cita:

***FECHA:***

Anote la fecha de la consulta de la atención iniciando por día, mes y las dos últimas cifras del año. Anote con lápiz la fecha de la **próxima cita**, una vez que acuda se anota la fecha definitiva con tinta.

***PESO (KG)*:**

Registre el peso en kilos y gramos, obtenido al momento de la atención.

***SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DEL PUERPERIO:***

Si en el interrogatorio o la exploración física se encuentra alguna alteración que afecte a la madre y/o al producto, anote el código de acuerdo al siguiente catálogo de signos y síntomas de alarma: **0**.Ninguno, **1**.Loquios fétidos, **2**.Sangrado transvaginal, **3**.Fiebre, **4**.Presión arterial alta, **5**.Dificultad para respirar, **6**.Dehiscencia, **7**.Cefalea intensa, **8**.Ictericia, **9**.Convulsiones, **10**.Edema de miembros inferiores (signo de Homans), **11**.Pérdida del estado de alerta, **12**.Epigastralgia, **13**.Acúfenos, **14**.Fosfenos, **15**.Tinitus, **16**.Dolor torácico, **17**.Hemoptisis, **18**.Cianosis, **19**.Diaforésis, **20**.Cambios de ánimo, **88**.Otros; mismos que se encuentran en el recuadro inferior derecho del reverso de la tarjeta.

***MEDICAMENTOS EN EL PUERPERIO:***

En caso de prescribir fármaco (s) anote el número del catálogo de MEDICAMENTOS EN EL PUERPERIO Y LACTANCIA: **0**.Ninguno, **1**.Vitaminas y ácido fólico, **2**.Antianémico, **3**.Analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios no esteroideos, **4**.Antiulcerosos, **5**.Antibióticos, **6**.Anticonvulsivante, **7**.Antiespasmódico, **8**.Antihipertensivo, **9**.Antimicótico, **10**.Antiviral, **11**.Hipoglucemiante (orales e inyectable), **12**.Inhibidor de la lactancia (casos exclusivos, previa valoración); mismos que se encuentran en el recuadro inferior derecho del reverso de la tarjeta.

***ENFERMEDADES PRESENTES:***

Anotar el (los) padecimiento(s) que diagnostique durante la atención, que puede alterar a la madre y/o producto(s)

***OBSERVACIONES*:**

Anote los hallazgos que considere importantes.

**NOTA**: Para la atención del puerperio no se cuenta con la fecha de baja ya que el periodo culmina al cumplir los 42 días posteriores a la atención obstétrica.

***DEPRESIÓN POSTPARTO:***

Marcar con una “X” en caso de ser positivo o negativo con base al Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo.

Sugerencia: utilizar herramientas de detección que recomienda la GPC: Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión Prenatal y Posparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención, disponible en la URL: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf> y <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/RR.pdf>

Herramientas de evaluación para los trastornos depresivos (MOH Clinical Practice Guidelines 6/2011):

1. Escala de depresión de Hamilton
2. Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale -HADS-)
3. Escala de depresión de Montgomery-Asberg
4. Cuestionario de salud general de Goldberg

## ATENCIÓN EN EL PERIODO DE LACTANCIA

Registre la información en cada consulta que se le otorgue a la usuaria. Utilice solamente un renglón para registrar los datos que se generan en cada atención.

***FECHA DE INICIO DE LA ATENCIÓN*\*:**

Anote con números arábigos, el día, mes y año en que la usuaria se ingresa a la atención del periodo de lactancia.

(Nota: la fecha de inicio de la atención podrá ser igual o diferente que la de inicio de la atención del puerperio, será la misma si la usuaria inició la lactancia desde dicho periodo, este dato siempre debe ser requisitado).

A partir del primer renglón registre en cada cita:

***FECHA:***

Anote la fecha de la consulta de la atención iniciando por día, mes y las dos últimas cifras del año. Anote con lápiz la fecha de la **próxima cita**, una vez que acuda se anota la fecha definitiva con tinta.

***PESO (KG):***

Registre el peso en kilos y gramos, obtenido al momento de la atención.

***LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:***

Se refiere a la alimentación que recibe la o el menor de seis meses de edad a libre demanda, solamente con leche humana, sin adición de otros líquidos o alimentos como: agua, té, jugo, atole, puré o papilla, etc. a excepción, si así lo requiere, de: Vida Suero Oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos). Registre con una “X” si la mujer proporcionó lactancia materna exclusiva.

***SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA:***

Registre el número correspondiente si la persona recién nacida recibe sucedáneos de leche materna: **1**.Sí, **2**.No, **3**.No aplica (esta última opción se utilizará a partir de los 6 meses de edad del(los) producto(s)).

***SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA:*** Si durante el interrogatorio o la exploración física se encuentra alguna alteración que afecte a la usuaria y/o a la niña o niño, anote el número de acuerdo al siguiente catálogo **0**.Ninguno, **1**.Mastitis, **2**.Sangrado, **3**.Fiebre, **4**.Otros que se encuentra en el recuadro de la tarjeta.

***MEDICAMENTOS LACTANCIA\**:**

En caso de prescribir fármaco (s) anote el número del catálogo de MEDICAMENTOS EN EL PUERPERIO Y LACTANCIA: **0**.Ninguno, **1**.Vitaminas y ácido fólico, **2**.Antianémico, **3**.Analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios no esteroideos, **4**.Antiulcerosos, **5**.Antibióticos, **6**.Anticonvulsivante, **7**.Antiespasmódico, **8**.Antihipertensivo, **9**.Antimicótico, **10**.Antiviral, **11**.Hipoglucemiante (orales e inyectable), **12**.Inhibidor de la lactancia (casos exclusivos, previa valoración); mismos que se encuentran en el recuadro inferior derecho del reverso de la tarjeta.

**OBSERVACIONES:**

En este apartado ante información relevante que considere importante para la atención integral de la lactancia.

## BAJA

**Fecha**:

Registre la fecha de la baja (día, mes, año)

**Motivo*:***

Marque con “X” en el recuadro correspondiente el motivo de la baja: Terminó la lactancia, Otro. Y en este último **Especifique** el motivo de la baja.



**Gobierno de México**

**Secretaría de Salud**

**Dirección General de Información en Salud**

**Instructivo de llenado de la**

**Tarjeta de Atención Integral del Embarazo, Puerperio y Periodo de Lactancia**

(SINBA-SIS-38-P)

VERSIÓN 2025

Sistema Nacional de Información

Básica en Materia de Salud

Av. Homero No. 213, Col. Chapultepec Morales,

Alcaldía Miguel Hidalgo, CP. 11570. Ciudad de México