



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

HOJA DE INGRESO

ANVERSO

N° de HISTORIA CLINICA

Apellido Paterno	Materno	Nombres					
------------------	---------	---------	--	--	--	--	--

Edad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sala	<input type="text"/>
Residencia Actual	<input type="text"/>		Fecha Ingreso	<input type="text"/>
			Fecha Egreso	<input type="text"/>

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Personales: _____

Familiares: _____

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

Embarazo Menarquia	Edad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ciclo Mestrua	Regular	<input type="checkbox"/>	Anticoncepción previa al	
	Años			Irregular		<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
				Método	<input type="text"/>			
				Tiempo	<input type="text"/>			

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Gestaciones	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Paridad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Abortos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cesárea	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ultimo embarazo termino en:	Parto	<input type="checkbox"/>	Aborto	<input type="checkbox"/>	Cesárea	<input type="checkbox"/>	Fecha	<input type="text"/>			

características de los embarazos, partos y puerperio. _____

EMBARAZO ACTUAL

Fecha Ultima Menstruación	Desconoce	Fecha Probable de Parto												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:33%;">Año</th> <th style="width:33%;">Mes</th> <th style="width:33%;">Dia</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Año	Mes	Dia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:33%;">Año</th> <th style="width:33%;">Mes</th> <th style="width:33%;">Dia</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Año	Mes	Dia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Año	Mes	Dia												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
Año	Mes	Dia												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
		1er. Trimestre _____												
Características:		2do. Trimestre _____												
		3er. Trimestre _____												

Signos Vitales P.A. _____ Pulso _____ Temp. _____ Resp. _____
Aspecto General: _____ Observaciones _____
Albuminuria: _____



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

REVERSO

EXAMEN FISICO INICIAL

1. Piel y Tegumentos:
2. Cabeza y Cuello:
3. Tórax y Pulmones:
4. Abdomen:
5. Región Inguino-genital:
6. Región ano-perinatal:
7. Extremidades:
8. Examen neurológico elemental:

EXAMEN OBSTETRICO Y GINECOLOGICO

Altura del útero _____ Edad probable del embarazo _____ Semanas

Examen de las mamas _____

Situación _____ Presentación _____ Posición _____

Cuello uterino _____ Dilatación _____ L.C.F. _____

Membranas _____ Observaciones _____

Diagnóstico Provisional de Ingreso _____

Sección a la que se destina: _____

Indicaciones y observaciones: _____

Nombre y firma del Admisionista: _____



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO QUIRÚRGICO,
ACEPTACIÓN DEL REGLAMENTO, ETC.**

..... Apellido Paterno Apellido Materno Nombres
..... Nombres y Apellidos del Esposo	 N° Historia Clínica
..... Fecha: Día Mes Año		

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO QUIRÚRGICO,
ACEPTACIÓN DEL REGLAMENTO, ETC.**

CON LA FIRMA EN EL INGRESO RESPECTIVO AUTORIZO AL CUERPO MÉDICO DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, EFECTUAR A LA PACIENTE, CUYOS NOMBRES Y APELLIDOS CONSTAN EN EL ENCABEZAMIENTO DE ESTE FORMULARIO, Y/O AL PRODUCTO DE SU GESTACIÓN, TODO EXAMEN, ANESTESIA, TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO, BIOPSIA, NECROPSIA MÉDICA QUE SE CONSIDERE CONVENIENTE O ACONSEJABLES PARA DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO Y SE INVESTIGUE LA CAUSA DE SU MUERTE Y A USAR COMO CREYERE CONVENIENTE LA SANGRE DONADA POR LA PACIENTE EN CASO DE QUE NO PUEDA USARSE EN ELLA, AUTORIZO TAMBIÉN, CON LOS MISMOS PROPÓSITOS, QUE SE USE SUS EXPEDIENTES CLÍNICOS; COMPROMETIÉNDOME ADEMÁS A CUMPLIR CON LOS REGLAMENTOS DE ESTE ESTABLECIMIENTO.

.....
Firma de la Paciente

Si la paciente es menor de edad o está impedida de firmar

..... Familiar o representante Nombre N° Cédula de Identidad
-----------------------------------	-----------------	---------------------------------



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

SOLICITUD DE LAPAROSCOPIA-HISTEROSCOPIA GINECOLOGICA

Guayaquil, H.C.....

Yo con C.I,

Solicito al hospital "enrique c. sotomayor" me sea practicada laparoscopia – histeroscopia ginecológica con la finalidad de establecer un diagnostico y/o tratamiento de la patología que presentare. certifico que he sido informada sobre el procedimiento y de las complicaciones médico-quirúrgica-anestésicas a las que estoy expuesta y de la posibilidad complementar mi tratamiento con laparotomía, necesitando hospitalización posterior

Por lo antes dicho, libero a la institución, medico y ejecutivo y personal del hospital de cualquier reclamo, demanda acción o remuneración por daños o perjuicios que pudieren resultar de esta intervención; sujetándome además a cumplir con los reglamentos del establecimiento.

.....
Firma de la solicitante
(o huella dactilar si es analfabeta.)

.....
Firma del testigo o acompañante



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

EPICRISIS DEL NIÑO SANO

En nuestro hospital, el día de hoy,de.....del....., la señora.....
....., con Historia Clínica #.....
ha dado a luz por parto vaginal cesárea , un neonato de sexo
Es producto de sugestación, embarazo único múltiple
de aproximadamente.....semanas de gestación, peso.....grs, talla.....cms.
circunferencia cefálica.....cms.,.....para la edad gestacional, en
aparente buen estado de salud.

OBSERVACIONES:
.....

RECOMENDACIONES:

1. Dele solamente pecho materno hasta los cuatro a seis meses de edad, luego, CONTINUE CON EL SENO y comience a aumentar paulatinamente, de acuerdo a las instrucciones del Pediatra, los demás alimentos.
2. Lleve a su bebé a chequeo al Centro de Salud más cercano o a los Hospitales Dr. Roberto Gilbert Elizalde, Ycaza Bustamante, León Becerra, Abel Gilbert, etc. Rutinariamente (cada mes).
3. Cure el ombligo cada vez que lo cambie, con alcohol potable (40) y gasa (no use algodón)
4. Báñelo con agua templada y jabón, TODOS LOS DIAS: las primeras semanas con agua hervida
5. Sáquelo a recibir sol, aproximadamente a las 10h00 a.m. por unos 10 a 15 minutos todos los días.
6. Háblele, estimule y sonríale a su bebé que eso ayudará a su desarrollo
7. Puede darle diariamente 10 a 20 gotas de vitamina C en la mañana.

FECHA:

FIRMA DEL MEDICO QUE CERTIFICA EL ALTA:
(Este certificado no es válido sin la firma del Médico)



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

EPICRISIS

APELLIDOS		PATERNO		MATERNO		N° HIST. CLINICA		
NOMBRES								
EMBARAZO	EDAD	GESTAS PARIDAD	CONTROL PRENATAL	EDAD GEST.	EVOLUCION EMB.			
TRATAMIENTOS REALIZADOS:								
DIAGNOSTICOS – OBSERVACIONES								
DIAGNOSTICO DE EGRESO:								
FECHA DE EGRESO		NOMBRE DEL RESPONSABLE			FIRMA			
IDENTIFICACIÓN DEL RECIEN NACIDO AL NACER								
SEXO	FECHA DEL NACIMIENTO				FECHA DE IDENTIFICACION			
	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO
HUELLA DEL RECIEN NACIDO MADRE				HUELLA DIGITAL DE LA				
NOMBRE Y APELLIDO				FIRMA				



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

**EVALUCION SOCIO – ECONOMICA EN EL SERVICIO DE
LAPAROSCOPIA**

FECHA.....

DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos:.....
 Edad..... Est. Civil: Instrucción:.....
 Ocupación:..... Profesión:
 Dirección Domiciliaria:
 En Caso de se comprometida:
 Nombre del marido:.....
 Edad:..... Ocupación:..... Sueldo:.....

En caso de presentar orden de laparoscopia:

Diagnostico Médico:.....
 Ultima menstruación:..... Hijos vivos:.....

En caso de ser para fines de Recanalización :

Hace que tiempo fue Esterilizada:..... Transcesàrea Post.Parto.
 Que Edad tenia:.....
 Total de embarazos:..... No. Hijo vivos:.....
 Edad actual: 1er. Hijos..... 2do:..... 3er..... 4to.....
 Recibió Concejería: SI NO

Donde fue realizada la A.Q.V.:
 Hospital o Clínica Particular:: Este Hospital:

Porque solicita la Recanalización?:.....

OBSERVACIONES:.....

Contribución.....
 Recibo de Pago:.....
 No. Donación de sangre.....



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

**EVALUCION SOCIO – ECONOMICA EN EL SERVICIO DE LAPAROSCOPIA
ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA**

FECHA..... HC:.....

Nombres y Apellidos:..... Edad:.....

EDUCACIÓN:

Primaria Secundaria Superior Técnico Ninguna

OCUPACIÓN

Empleo Quehaceres domésticos Negocio propio

ESTADO CIVIL

Soltera Casada Unión Libre

Domicilio:.....Teléfono.....

Nombre de Cónyuge:.....Edad:.....

Ocupación:.....Ingresos:.....

Lugar de Trabajo:.....

HISTORIA OBSTETRICA

Hijos Actuales vivos:

Se encuentra actualmente embarazada SI NO

Porque desea limitar su fecundidad?

.....
.....
.....

Pago por el servicio:.....

Factura:.....

Trabajadora Social



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

S A L A :

HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ENRIQUE SOTOMAYOR

HORA Y FECHA 10:02:23
DE INGRESO 2005/04/19

DATOS PERSONALES:

No. de Historia Clínica: 3259

Apellidos y nombres....: PACIENTES N N Admisionista
ZAVALA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

Fecha de Nacimiento : 1980/01/02 Edad: 25 Años Nacionalidad : 239 ECUATORIANA
Prov.: 9 GUAYAS Cantón: 1 GUAYAQUIL Parroquia:
4 FEBRES CORDERO

Sexo : F FEMENINO Estado Civil: S SOLTERO Religión : C CATOLICA
Tipo de Sangre: O Factor RH: POSITIVO

Instrucción: D MAS DE 15 AÑOS Profesión: Q05 QUEHACER. DOMESTICOS
Ocupación Actual: Q05 QUEHACER. DOMESTICOS

Nombre del Padre: N N
Nombre de la Madre: N N

DIRECCIÓN PRINCIPAL

Prov.: 9 GUAYAS Cantón: 1 GUAYAQUIL Parroquia: 12 TARQUI
Dirección: CDLA URBANOR MZ V7 S 10

RESIDENCIA HABITUAL

Prov.: 9 GUAYAS Cantón: 1 GUAYAQUIL Parroquia: 12 TARQUI
Dirección: GQUIL

LUGAR DE TRABAJO ACTUAL

Empresa/Institución:

DATOS DEL MARIDO:

Nombre: X 0000000 N N

EN CASO NECESARIO AVISAR EN:

Prov.: 9 GUAYAS Cantón: 1 GUAYAQUIL Parroquia: 4 FEBRES CORDERO
Dirección: IDEM. Teléfonos:

Parentesco con paciente:
Area Inmediata : PREPARTO DR: N N

Firma Paciente

Fecha Egreso:

Médico Admisionista



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"

PEDIDO DE GUANTES

Paciente:.....
N° Historia Clínica:.....
Area:
Cantidad:.....
Fecha:

Firma



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"

Paciente:.....
N° Historia Clínica:.....

Recibo del Hospital Enrique C. Sotomayor
1 funda de pañales desechables

f. Recibe Conforme f. Entrega Conforme

Nombres:
Fecha: Hora:



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

**PROGRAMA DE ESPACIMIENTO INTERGENESICO
FORMULARIO – USUARIO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO**

NOMBRES EDAD AÑOS H. CLÍNICA FECHA
HIJOS VIVOS ANTICONCEPTIVOS PREVIO TIEMPO
CONSEJERÍA: PRENATAL DURANTE HOSPITALIZACIÓN REALIZADA POR:

CARACTERÍSTICAS DEL PARTO EUTOCICO

DURACIÓN DEL TRABAJO DEL PARTO HORAS RUPTURA DE MEMBRANAS ANTES DEL PARTO
OCITOCICOS EPISIORRAFIA ALUMBRAMIENTO
SI NO SI NO COMPLETA INCOMPLETA LEG. POS.PARTO
GENÉRICO /DOSIS TIPO
OBSERVACIONES

INSERCIÓN DEL DIU

TIPOS MOMENTO DEL INSERCIÓN TÉCNICA USO DE OCITOCICOS
TCU 380 A POST-PLACENTA.....MIN MANUAL SI
TCU 22 POST-PARTO.....HORAS PINZA NO
HILOS ESTÁNDAR PUERPERAL/TARDIA...HORAS INSERTADOR GENÉRICO /DOSIS
HILOS LARGOS (POST ALUM BRAMIENTO)

COMPLICACIONES:

DOLOR AL INSERTAR SANGRADO DESGARRO CERVICAL PERFORACIÓN UTERINA
LEVE LEVE SI SI
MODERADO MODERADO NO NO
SEVERO SEVERO OTROS.....

POST INSERCIÓN

ADMINISTRACIÓN OCOSITOCICOS ANTIBIÓTICOS
NO NO
SI SI
GENÉRICO /DOSIS GENÉRICO /DOSIS

CONDICIONES AL ALTA DE LA PACIENTE

CON DIU INSERTADO FECHAHORA.....
EXPULSIÓN DIU Y SE REINSERTO TIEMPO INSERCIÓN DIU/ALTA PACIENTE
EXPULSIÓN DIU Y NO SE REINSERTO HORAS
OTROS:.....
INSERTADO POR: DR/A.
OBSTETRIZ.



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLINICA

MOTIVO.....

NOMBRE DE LA PACIENTE.....

C.I. H. CLINICA.....

FECHA DE INGRESO.....FECHA DE EGRESO.....

PENSIONADO Ó GENERAL

*

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE.....

C.I.....PARENTESCO.....

FECHA.....EMPLEADO.....



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

SOLICITUD DE COPIA DE NACIDO VIVO

GUAYAQUIL.....

Señor Doctor

LUIS TORRES G.

Ciudad.

AGRADECERE A USTED SE SIRVA DISPONER QUE SE ME CONFIERA COPIA
DE LA DENUNCIA DE NACIMIENTO DE. NIÑA O NIÑO

EN ESTA MATERNIDAD EL DIA

DE USTED MUY ATENTAMENTE

.....
C. IDENT:

ESTADÍSTICA MEDICA DE LA MATERNIDAD ENRIQUE C. SOTOMAYOR
CONFIERE LA COPIA SOLICITADA

DR. LUIS TORRES GARCES
DIRECTOR TECNICO



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

**SOLICITUD DE ATENCIÓN MEDICA PARA ESPACIAMIENTO
INTERGENESIO – DISPOSITIVO INTRA UTERINO**

H.C.....

Fecha.....

Yo.....de años de edad, y con hijos actualmente vivos, en pleno uso de mis facultades mentales y habiendo sido informada de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, solicito y autorizo voluntariamente al personal medico hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor", para que se proceda a la inserción del dispositivo intrauterino.

Se me ha explicado y comprendo lo siguiente:

1. Que hay métodos anticonceptivo temporales que puede utilizar como: orales, inyectables, dispositivos intra uterinos, condones, otros locales y los métodos naturales.
2. Que el procedimiento seleccionado es temporal y el personal del hospital me ha explicado los detalles.
3. Que la inserción del dispositivo intrauterino tiene riesgo, los cuales me ha explicado.
4. Que los efectos del método es temporal por 10 años bajo control medico de seguimiento.
5. Puede cambiar de opinión en cualquier momento y puede solicitar la extracción del dispositivo intra uterino, sin que por eso pierda el derecho de recibir la atención en el Hospital.
6. Así mismo hago constar que libero a la institución, ejecutivos y personal del hospital de cualquier reclamo, demanda, acción o remuneración por daños o perjuicios que pudieran resultar por el uso del dispositivo intra uterino.
7. Esta determinación ha sido tomada libre y voluntariamente sin coacción ni aliciente y para constancia firmo ésta solicitud.

.....

Firma de la paciente.

.....

Firma del representante

.....
Firma de la consejera o del médico



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

SOLICITUD DE ATENCIÓN MEDICA PARA LIGADURA TUBÀRICA

HISTORIA CLINICA

FECHA.....

Yo.....de años de edad, y con hijos actualmente vivos, en pleno uso de mis facultades mentales y habiendo sido informada de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, solicito y autorizo voluntariamente al hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor", para que el cirujano me efectuó la ligadura de trompas.

Se me ha explicado y comprendido lo siguiente:

1. Que hay métodos anticonceptivo temporales que puedo utilizar en lugar de la cirugía, para planificar la familia como orales, inyectables, dispositivos intrauterinos, condones, otros métodos locales y métodos naturales.
2. Que el procedimiento seleccionado sea quirúrgico y el personal del hospital me ha explicado los detalles.
3. Que la intervención quirúrgica tiene riesgo, los cuales me han sido explicado.
4. Que si la operación de ligadura tubàrica tiene éxito, no podré tener más hijos
5. Que los efectos de la operación son generalmente permanentes.
6. Que puedo cambiar de opinión y decidir no operarme, sin por ello pierda el derecho de recibir los servicios y la atención medica del Hospital "Enrique C. Sotomayor".
7. Así mismo hago constar que libero a la institución, ejecutivos y personal del hospital de cualquier reclamo, demanda, acción o remuneración por daños o perjuicios que pudieran resultar de ésta operación.
8. Que si mi cónyuge no puede presentarse a firmar este documento, doy fe que he leído y estoy de acuerdo con su contenido, lo entiendo claramente y me responsabilizo por el mismo ante la Institución.

Esta determinación ha sido tomada libre y voluntariamente sin coacción ni aliciente y para constancia firmo ésta solicitud.

.....
Firma de la solicitante o huella dactilar

.....
Firma de cónyuge o testigo(mujer)

.....
Firma de la Trabajadora Social



RECOMENDACIONES

PARA ENTES Y DESPUÉS DE LA OPERACIÓN DE LA MUJER

ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

(Ligadura)

HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO “ENRIQUE C. SOTOMAYOR”

CENTRO DE LAPAROSCOPIA

USTED DEBE TENER EN CUANTA QUE.....

- ♦ La operación es sencilla, segura y PERMANENTE.
- ♦ Debe volver para la operación en la fecha indicada.
- ♦ La operación se realiza en poco tiempo.
- ♦ El riesgo es mínimo, prácticamente sin molestias

PARA EL DIA DE LA OPERACIÓN

- ♦ No comer desde la noche del día anterior
- ♦ Bañarse con jabón, lavándose bien el ombligo.
- ♦ No traer objetos de valor (dinero, reloj, anillo, etc.)

- ♦ Presentarse sin maquillaje y las uñas despintadas.

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO “ENRIQUE C. SOTOMAYOR

- ♦ Permanecerá en el hospital únicamente desde las 06h30 mañana hasta las 11h00.

- ♦ Alguna persona adulta debe venir a recogerla.

DESPUÉS DE LA OPERACIÓN

- ♦ Bañarse todo los días con agua y jabón, lavándose la herida con cuidado.
- ♦ No se ponga ninguna otra cosa en la región operada, sin que el médico lo haya indicado.
- ♦ Si tiene dolor puede tomar algún analgésico: aspirina, conmel, cibalgina etc.

- ♦ No hay necesidad de que compre o use faja después de la operación.

- ♦ Se recomienda no tener relaciones sexuales durante 8 días.

- ♦ Puede comer de todo, no haga dieta.

- ♦ Puede realizar actividades del hogar, pero no haga esfuerzos bruscos, durante 8 días.

- ♦ Debe volver al hospital a los 8 días para control y retirar los puntos.

- ♦ En caso de algún problema debe acudir inmediatamente al hospital para que sea atendida en la Consulta Externa.

LOS PROBLEMAS PUEDEN SER.

- ♦ SANGRADO O INFECCIÓN
- ♦ MOLESTIAS EN EL VIENTRE
- ♦ FIEBRE
- ♦ VOMITO PERSISTENTE
- ♦ AUSENCIA DE LA MENSTRUACIÓN (REGLA) POR MAS DE DOS MESES.

CITA

VENIR A LA OPERACIÓN

DIA:

MES:

HORA:

LUGAR:



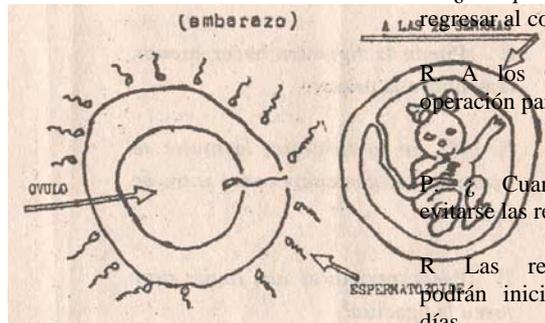
**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO**

“ENRIQUE C. SOTOMAYOR

evitar trabajos fuertes durante diez días.

**PROCESO DE
FECUNDACIÓN
(embarazo)**

P. ¿En que tiempo se deberá regresar al control?



R. A los Ocho días de su operación para sacar los puntos.

P. ¿Cuanto tiempo debe evitarse las relaciones sexuales?.

R. Las relaciones sexuales podrán iniciarse a los quince días.

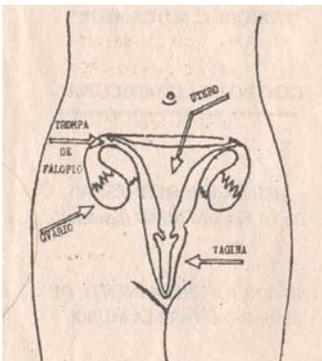
**CENTRO DE
LAPAROSCOPIA**

**LIMITACIÓN DEFINITIVA
DE LA FECUNDIDAD
(ligadura)**

**PREVENCIÓN
PERMANENTE DE
EMBRAZO PARA LA
MUJER**

**“ HAS USO DE LA
LIBERTAD Y DERECHO
QUE POSES EN PODER
LIMITAR EL NUMERO DE
HIJOS A LOS QUE PUEDES
ALIMENTAR, EDUCAR Y
VESTIR
ADECUADEMANTE”.**

Para comprender mejor este método examinemos primero que ocurre en cada relación sexual.



El hombre en cada relación sexual X, deposita millones de espermatozoides(semillas masculinas), en la página de la mujer.

ESTAS SEMILLAS ENTRAN EN EL ÚTERO O MATRIZ Y SE SUBEN HASTA LAS TROMPAS DEL FALOPIO BUSCANDO EL ÓVULO (SEMILLA FEMENINA) PARA FECUNDARLO, DANDO LUGAR ASI AL INICIO DE UN EMBARAZO.

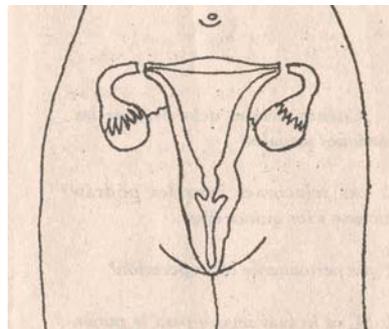
ESTA FIGURA REPRESENTA EL ÓVULO RODEADO DE SEMILLAS MASCULINAS, VISTO CON EL LENTE DE AUMENTO, EN EL INSTANTE EN QUE UN ESPERMATOZOIDE PENETRA EN DICHO ÓVULO.

Esa unión del espermatozoide con el óvulo ocurre en las Trompas del Falopio y cada mes hay una trompa preparada con el óvulo esperando que llegue la semilla masculina y sea fecundado.

**PREGUNTAS Y
RESPUESTAS.**

P. ¿ Como realiza el medico la ligadura?

R. ¿ El medico introduce, cerca del ombligo una cánula y corta las Trompas del Falopio. Esta operación se realiza con anestesia local, tipo sedación.



P. ¿qué tiempo debe permanecer una mujer en el Hospital después de la ligada?

R. Usted abandonara el Hospital a las tres o cuatro horas de operada y en su casa no es necesario guardar cama, pero si

R. SI, e lo más seguro para la mujer.

Toda mujer antes de ligarse debe estar segura de que ya no desea tener mas hijos pues dicha intervención es definitiva.

P. ¿Al ligarse desaparece la menstruación? (regla).

R. NO, la mujer continua menstruando, los ovarios y el útero no son afectados por la ligadura.

P. ¿Es cierto que afecta el interés sexual?

R: NO, no hay diferencias, la ligadura no aumenta ni disminuye el interés sexual. La ligadura lo único que impide es el embarazo.

P. ¿Puede la ligadura hacer menos femenina a la mujer?

R.NO. en lo absoluto, la mujer s mantiene tan femenina como antes de ligarse.

P. ¿Puede perjudicar una mujer muy joven la ligadura?

R. NO, la ligadura no afecta la salud. Una mujer debe estar BIEN SEGURA DEQUE YA NO QUIERE TENER HIJOS.

Para mayor información acerquese al departamento de Trabajo Social del Hospital.

**PLANIFICAR LA FAMILIA
ES TAMBIAN**

PROTEGER LA SALUD



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

REVERSO

P A R T O				POST - PARTO		
TERMINACION Esponaneo <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Forceps <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Ventosa <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Cesarea Intraparto <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Otras (Versión, ex pélvico, etc.) <input type="checkbox"/> <input type="text"/>				HEMORRAGIA ESTIMACION <input type="text"/> cc		TEMPERATURA <input type="text"/>
COMIENZO Esponaneo <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Inducido <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Ocitocicos Unid. <input type="checkbox"/> <input type="text"/>				ALUMBRAMIENTO <input type="checkbox"/> ESPONTANEO <input type="text"/> <input type="text"/> TIEMPO <input type="checkbox"/> MANUAL <input type="text"/> <input type="text"/> TIEMPO		PULSO <input type="text"/>
TIPO VAGINAL <input type="checkbox"/> <input type="text"/> CESAREA <input type="checkbox"/> <input type="text"/>				DESGARROS PERINEAL <input type="checkbox"/> <input type="text"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> <input type="text"/> CERVICAL <input type="checkbox"/> <input type="text"/>		T. ARTERIAL <input type="text"/>
				N° FETOS <input type="text"/>		Hematócrito <input type="text"/> %
				Asistido Por: <input type="text"/>		Utero <input type="text"/>
						Sutura <input type="text"/>
						<input type="text"/>
						<input type="text"/>

RECIEN NACIDO

Sexo.....Peso.....Apgar

OBSERVACIONES.

.....

.....



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
“ENRIOUE C. SOTOMAYOR