|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSTITUCIÓN** | **ÁREA** | **CARRERA** | **LOCALIZACIÓN** | **N° HISTORIA CLÍNICA** |
| PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FACULTAD** |  |

|  |
| --- |
| **1 REGISTRO DE ADMISION** |
|  APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO | NOMBRES NACIONALIDAD |  Nº CÉDULA DE CIUDADANIA |
|  |  |  |  |  |
|  DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL |  CANTÓN PROVINCIA | Nº TELÉFONO |
|  |  |  |  |
|  FECHA DE ATENCION |  HORA |  EDAD | SEXO | ESTADO CIVIL | INSTRUCCIÓN | OCUPACIÓN | TIPO SEGURO DE SALUD |
| MAS | FEM | SOL | CAS | DIV | VIU | UL |  S/INST | BÁS | BACH |  SUP | POST |  IESS |  |  OTRO |  |  N/A |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION | PARENTESCO O AFINIDAD | DIRECCION | Nº TELEFONO |
|  |  |  |  |

MAS: MASCULINO - FEM: FEMENINO / SOL: SOLTERO – CAS: CASADO - DIV: DIVORCIADO - VIU: VIUDO - UL: UNÓN LIBRE // S/INST: SIN INSTRUCCIÓN - BÁS: BÁSICA - BACH: BACHILLERATO - SUP: SUPERIOR - POST: POSTGRADO

| **2 INSPECCIÓN SOMÁTICA GENERAL** |
| --- |
| **Cabeza**  |  |
| **Tórax** |  |
| **Abdomen** |  |
| **Extremidades** |  |
| **Exámenes complementarios** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA** |  NO APLICA |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES** | PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTEP= PERSONAL F= FAMILIAR | NO APLICA |  |
| 1. ALÉRGICOS |  | 2. CLÍNICOS |  | 3.GINECOLÓGICOS |  | 4.TRAUMATOLÓGICOS |  | 5. PEDIATRICOS |  | 6. QUIRÚRGICOS |  | 7.FARMACOLOGICOS |  | 8. OTROS |   |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS**  | CRONOLOGÍA - LOCALIZACIÓN - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES | NO APLICA |  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6 CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR** | **EVOLUCIÓN** | **TIPO** | **MODIFICACIONES** | **ALIVIA CON** | NO APLICA |  |
| REGIÓN ANATÓMICA | PUNTO DOLOROSO | AGUDO | SUB AGUDO | CRÓNICO | EPISODICO | CONTINUO | CÓLICO | POSICIÓN | INGESTA | ESFUERZO | DIGITO PRESIÓN | SE IRRADIA | ANTIES PASMÓDICO | OPIACEO | A I N E | NO ALIVIA | INTENSIDAD(LEVE / MODERADO / GRAVE) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **7 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES** |
| PRESIÓN ARTERIAL |  | FRECUENCIA CARDIACA min |  | FRECUENCIA RESPIRATORIA min |  | TEMPERATURABUCAL°C |  | TEMPERATURAAXILAR°C |  | PESOKg |  | TALLAcm |  |
| GLASGOW INICIAL |  | OCULAR |  | VERBAL |  | MOTORA |  | TOTAL |  | REACCIÓN PUPILAR DER |  | REACCIÓN PUPILAR IZQ |  | T. LLENADO CAPILAR |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8 EXAMEN FISICO** | R= REGIONAL S= SISTÉMICO | CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES | SP =SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR |
|  | C P S P |  |  C P S P |   |  C P S P |  |  C P S P |  |  CP SP |
| 1*R* PIEL Y FANERAS2*R* CABEZA |  |  | 6*R* BOCA7*R* ORO FARINGE |  |  | 11*R* ABDOMEN12*R* COLUMNAVERTEBRAL |  |  | 1*S* ORGANOS DE LOS SENTIDOS2*S* RESPIRATORIO |  |  | 6*S* URINARIO7*S* MUSCULO ESQUÉLETICO |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3*R* OJOS | 8*R* CUELLO | 13*R* INGLE-PERINE | 3*S* CARDIO VASCULAR | 8*S* ENDOCRINO |
| 4*R* OIDOS |  |  | 9*R* AXILAS - MAMAS |  |  | 14*R* MIEMBROS SUPERIORES |  |  | 4*S* DIGESTIVO |  |  | 9*S* HEMO LINFÁTICO |  |  |
| 5*R* NARIZ |  |  | 10*R* TORAX |  |  | 15*R* MIEMBROS INFERIORES |  |  | 5*S* GENITAL |  |  | 10*S* NEUROLÓGICO |  |  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **10 EMBARAZO - PARTO** | NO APLICA |  |
| GESTAS |  | PARTOS |  | ABORTOS |  | CESAREAS |  | FECHA ULTIMA MENSTRUACION |  | SEMANAS GESTACION |  | MOVIMIENTO FETAL |  |
| FRECUENCIAC. FETAL |  | MEMBRANAS ROTAS |  | TIEMPO |  | ALTURA UTERINA |  | PRESEN-TACION |  | DILATACION |  | BORRA-MIENTO |  |
| PLANO |  | PELVIS UTIL |  | SANGRADO VAGINAL |  | CONTRACCIONES |  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **11 ANALISIS DE PROBLEMAS**  | NO APLICA |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **12 PLAN DIAGNOSTICO** |  |  |  | REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NUMERO | NO APLICA |  |
| 1. BIOMETRIA |  | 3. QUIMICA SANGUINEA |  | 5. GASOMETRIA |  | 7. ENDOSCOPIA |  | 9. R-X ABDOMEN |  | 11. TOMOGRAFIA |  | 13. ECOGRAFIA PELVICA |  | 15. INTERCONSULTA |  |
| 2. UROANALISIS |  | 4. ELECTROLITOS |  | 6. ELECTRO CARDIOGRAMA |  | 8. R-X TORAX |  | 10. R-X OSEA |  | 12. RESONANCIA |  | 14. ECOGRAFIA ABDOMEN |  | 16. OTROS |  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **13 DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS CIE** | **14 DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS CIE** |
| 123 |  |  | 123 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **15 PLAN DE TRATAMIENTO** |  |  |  |  | DESCRIBIR ABAJO, ANOTANDO EL NUMERO |
|  | MEDICAMENTO GENÉRICO | VIA | DOSIS | POSO LOGIA | DIAS | **1**.INDICACIONES GENERALES |  | **2**.PROCEDI-MIENTOS |  | **3**.CONSENTIMIENTO INFORMADO |  | **4**. OTROS |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |

 **Elaborado y aprobado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Dr. xxxxxxxxxxxxxxx)**

**Médico Departamento Bienestar Universitario**