

Evaluación de Adultos (Página 1)

TIPO DE EVALUACIÓN:

Ambulatoria general

(si ha elegido otra opción, oprima Tab)

DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

Edad:Sexo: femeninoRaza: blanca

SUBJETIVO

Motivo de Consulta/Ingreso:

Enfermedad Actual y sus antecedentes:

Medicación que recibe actualmente: (referida por el paciente o allegados)

Droga ¹	Dosis diaria ² ; opcionalmente forma farmacéutica y vía de administracion ³
R	

1.- Utilizar denominación genérica. Ej: “ampicilina”2.- Ej: “2 g por vía oral”

Otros datos de medicación actual:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Hábitos:

Tabaquismo: no

En caso de fumador actual o ex, indicar cigarrillos por día: /día

En caso de ex-fumador, indicar cuanto hace que dejó: años	
Consumo excesivo de alcohol: <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo (opcionalmente), indicar bebida y volumen/día:	
Consumo de drogas: <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, indicar tipos y características del consumo:	
Comentarios:	
Cardiovasculares:	
HTA: <input type="checkbox"/>	Tiempo de evolución: años Repercusión:
Angina crónica: <input type="checkbox"/>	Síndrome coronario agudo previo: <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca: <input type="checkbox"/>
Arritmias <input type="checkbox"/>	Enfermedad vascular arterial periférica <input type="checkbox"/>
Trombosis venosa profunda: <input type="checkbox"/>	Tromboembolismo pulmonar: <input type="checkbox"/>
Comentarios:	
Endócrino-metabólicos:	
DBT: <input type="checkbox"/>	Tipo: no insulino-dependiente Tiempo de evolución: años Repercusión:
Dislipemia: <input type="checkbox"/>	Obesidad/sobrepeso: <input type="checkbox"/> Hiperuricemia/gota: <input type="checkbox"/>
Patología tiroidea:	(Indicar tipo)
Comentarios:	
Respiratorios:	
Asma: <input type="checkbox"/>	EPOC: <input type="checkbox"/> Comentarios:
Digestivos:	
Hepatopatías:	Enfermedades esófago-gastro-intestinales:
Comentarios:	
Nefrourológicos:	
Insuficiencia renal: <input type="checkbox"/>	Litiasis renal: <input type="checkbox"/>
Patología prostática:	(Indicar tipo) ¿En soporte sustitutivo de función renal? no
Comentarios:	
Ginecológicos y obstétricos:	
Gestas: 0 Partos: 0 Cesáreas: 0 Abortos: 0	
Patologías del embarazo:	Menopausia <input type="checkbox"/>
Comentarios:	
Hematológicos:	
Anemia: <input type="checkbox"/>	Coagulopatía: <input type="checkbox"/> Anticoagulado: <input type="checkbox"/> Transfusiones previas: <input type="checkbox"/>
Enfermedades hemorragíparas:	Enfermedades protrombóticas:
Comentarios:	
Oncológicos: (Indicar tipo de neoplasia y tratamientos realizados; también screenings realizados)	
Neurológicos:	

Infectológicos:	
Alergias: (Indicar alergeno)	
Antecedentes quirúrgicos: (Indicar cirugía y año – ej: colecistectomía – 2006)	
Cirugía	Año
Hospitalizaciones no quirúrgicas	
Diagnóstico	Año
Otros antecedentes relevantes no consignados en esta lista:	
Antecedentes heredofamiliares:	
EXAMEN FÍSICO:	
Signos Vitales	
Tensión arterial: sistólica diastólica	Frecuencia cardíaca: /minuto
Hallazgos positivos del examen físico: (limitar a 240 caracteres)	
OBJETIVO:	
Resultados de estudios realizados antes o en momento de la consulta/internación*:	

Evaluación de Adultos (Página 4)

[illegible]

** algunas determinaciones son colocadas automáticamente según el tipo de plantilla. Si alguna no corresponde, por favor bórrela.*

Otros hallazgos objetivos

EVALUACIÓN:

Diagnósticos: *De no haberse formulado diagnósticos, consignar signos, síntomas o síndromes; indicar los diagnósticos confirmados al comienzo de la lista y los diagnósticos presuntivos al final (indicando claramente su condición de presuntivos)*

[illegible]

PLAN:

Plan de estudio: *(indicar estudios planeados y/o solicitados; incluir interconsultas)*

[illegible]

Subjetivo

Objetivo

Examen Físico

Antecedentes

Evaluación y Plan