## FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

FECHA						
Día	Mes		Año			
Nº HC						
DATOS GENERALES						
Apellidos				Sexo	M F	
Nombres				Edad		
Lugar Nacimiento	de			Procedencia		
F. Nac.				Grupo Sanguíneo		
Grado de strucción	In-			Estado Civil		
Ocupación						
Acompañante cuidador	О			Edad		

Dirección

 $Identificaci\'{o}n$ 

(DNI)

ANTECEDENTES					
Personales		Sí	No	Ign.	
Tuberculosis					
Inf. Transmisión Sexual					
VIH - SIDA					
Hepatitis					
Diabetes					
HTA					
Sobrepeso					
Infarto cardiaco					
Dislipidemia (Colesterol)					
Enf. renal					
Glaucoma					
Convulsiones					
Depresión					
Esquizofrenia					
Descripción de antecedentes y otros:					
Familiares		Sí	No	Ign.	
Tuberculosis					
VIH - SIDA					
ITS					
Hepatitis					
DBM					
HTA					
Infarto					
Cáncer					
Depresión					
Prob. Psiquiátricos					
Otros					
Reacción Alérgica a Medicamentos No Sí Medicamento de uso free			so frecuente		
Medicación de uso frecuente	No	No Sí (dosis, tiempo de uso, otra obser-			
	vación)				
	•				

Sexualidad				
Edad de inicio de relación sexual				
Número de parejas sexuales últimos 3 meses				
Hijos vivos				
RS con personas del mismo sexo	Sí No			

Menarquia	
Fecha de última regla	
Menopausia	
RIC	
Flujo vaginal patológico	No Sí
Embarazo	
Parto	
Prematuro	
Aborto	
R/C	Dismenorrea Sí No
$N^{\underline{o}}$	
Año	
CPN	
Complicación	
Parto	
Peso RN	
Puerperio	
Nombres y Apellidos	
Nº HC	