
1 PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

No de Historia clínica:

No de Afiliación SIS u otro Seguro:

Apellidos

DNI o CUI

Nombres

Sexo

Fec. Nac.

Dirección/Referencia

Acompañante

Edad

DNI

N	Fecha	Problemas crónicos	Inactivo	Observaciones

N	Fecha	Problemas agudos	Fecha	Observaciones

N	Prestaciones de salud	Fecha
1	EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	
2	IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO	
3	TAMIZAJE DE VIOLENCIA	
4	DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	
5	EVALUACIÓN BUCAL	
6	EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL Y DE HABILIDADES SOCIALES	
7	INMUNIZACIONES	
8	OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS	
9	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES	
10	CONSEJERÍA INTEGRAL	
11	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
12	VISITA FAMILIAR INTEGRAL	
13	TEMAS EDUCATIVOS	
14	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS	