

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL

CONSULTA

FECHA:		HORA:	
EDAD:		Tiempo de Enfermedad:	

Motivo de consulta:	
Signos y Síntomas:	
Relato cronológico:	

FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO:		
APETITO:	SI NO	SED: SI NO
SUEÑO:	SI NO	ORINA: SI NO
DEPOSICIONES:	SI NO	
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:	SI NO	VIAJÓ EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS: SI NO
SIGNOS URGENCIA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:	SI NO	SECRECIÓN O LESIÓN EN GENITALES: SI NO

EX. Físico	T°:	P.A:	Fc:	FR:	Peso:	
Talla:		P.ABD:		PC:		

DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX	CIE X	
	P D R		
	P D R		
	P D R		
	P D R		

TRATAMIENTO	VÍA	DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN	

EXÁMENES AUXILIARES:	
Próxima Cita:	Observación:

MEDIDAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS:	-
MEDIDAS PREVENTIVAS:	
REFERENCIA (fecha, lugar y motivo):	

Firma y Sello	
----------------------	--

Apellidos y Nombre:	
Nº HC:	

CONSULTA

FECHA:		HORA:	
EDAD:		Tiempo de Enfermedad:	

Motivo de consulta:	
Signos y Síntomas:	
Relato cronológico:	

FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO:		
APETITO:	SI NO	SED: SI NO
SUEÑO:	SI NO	ORINA: SI NO
DEPOSICIONES:	SI NO	
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:	SI NO	VIAJÓ EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS: SI NO
SIGNOS URGENCIA EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:	SI NO	SECRECIÓN O LESIÓN EN GENITALES: SI NO

EX. Físico	Tº:	P.A:	Fc:	FR:	Peso:	
Talla:		P.ABD:		PC:		

DIAGNÓSTICO	TIPO DE DX	CIE X	
	P D R		
	P D R		
	P D R		
	P D R		

TRATAMIENTO	VÍA	DOSIS	FRECUENCIA DE AD- MINIS- TRACIÓN	

EXÁMENES AUXIL- IARES:			
Próxima Cita:		Observación:	

MEDIDAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS:	
MEDIDAS PREVEN- TIVAS:	
REFERENCIA (fecha, lugar y motivo):	

Firma y Sello	
---------------	--

Apellidos y Nombre:	
Nº HC:	