


ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEX O (M-F)	Nº HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA
 CLÍNICA PASTEUR <small>Centro de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos</small>	GUSTAVO MARCELO	VASQUEZ REINA	M	1	2323

## 1 MOTIVO DE CONSULTA

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

A	esto	C	una
B	es	D	prueba

## 2 ANTECEDENTES PERSONALES

DESCRIBIR ABAJO, CON EL NÚMERO RESPECTIVO

FUM= FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN FUP= FECHA ÚLTIMO PARTO FUC= FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA

1. VACUNAS	5. ENF. ALERGICA	9. ENF. NEUROLÓGICA	13. ENF. TRAUMATOL.	17. TENDENCIA SEXUAL	21. ACTIVIDAD FÍSICA	MENARQUIA -EDAD-	0	MENOPAUSIA -EDAD-	0	CICLOS	0	VIDA SEXUAL ACTIVA	-
2. ENF. PERINATAL	6. ENF. CARDIACA	10. ENF. METABÓLICA	14. ENF. QUIRÚRGICA	18. RIESGO SOCIAL	22. DIETA Y HÁBITOS	GESTA	-	PARTOS	-	ABORTOS	-	CESÁREAS	-
3. ENF. INFANCIA	7. ENF. RESPIRATORIA	11. ENF. HEMO LINF.	15. ENF. MENTAL	19. RIESGO LABORAL	23. RELIGIÓN Y CULTURA	FUM	-----	FUP	-----	FUC	-----	BIOPSIA	-
4. ENF. ADOLESCENTE	8. ENF. DIGESTIVA	12. ENF. URINARIA	16. ENF. T. SEXUAL	20. RIESGO FAMILIAR	24. OTRO	MÉTODO DE P. FAMILIAR		TERAPIA HORMONAL	-	COLPOS COPIA	-	MAMO GRAFIA	-

OTROS - pruebas de visualización

## 3 ANTECEDENTES FAMILIARES

DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO

1. CARDIOPATÍA	-	2. DIABETES	-	3. ENF. C. VASCULAR	-	4. HIPER TENSION	-	5. CÁNCER	-	6. TUBERCULOSIS	-	7. ENF. MENTAL	-	8. ENF. INFECCIOSA	-	9. MAL FORMACIÓN	-	10. OTRO	X
----------------	---	-------------	---	---------------------	---	------------------	---	-----------	---	-----------------	---	----------------	---	--------------------	---	------------------	---	----------	---

OTRO - pruebas

## 4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, GRAVEDAD, FACTORES QUE AGRAVAN O MEJORAN, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, MEDICAMENTOS QUE RECIBE, RESULTADOS DE EXÁMENES ANTERIORES, CONDICIÓN ACTUAL

pruebas

## 5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

	CP	SP		CP	SP		CP	SP		CP	SP		CP	SP
1. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		X	3. CARDIO VASCULAR		X	5. GENITAL		X	7. MÚSCULO ESQUELÉTICO		X	9. HEMO LINFÁTICO		X
2. RESPIRATORIO		X	4. DIGESTIVO		X	6. URINARIO		X	8. ENDOCRINO		X	10. NERVIOSO		X

DIGESTIVO - prueba

## 6 SIGNOS VITALES Y MEDICIONES

PRESIÓN ARTERIAL	120	5	FRECUENCIA CARDIACA min	4	FRECUENCIA RESPIRA. min	6	TEMPERATUR BUCAL °C	5	TEMPERATUR AXILAR °C	0	PESO Kg	7	TALLA m	8	PERÍMETRO CEFÁLICO cm	0
------------------	-----	---	-------------------------	---	-------------------------	---	---------------------	---	----------------------	---	---------	---	---------	---	-----------------------	---

## 7 EXAMEN FÍSICO

R= REGIONAL  
S= SISTÉMICO

CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO  
ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES

SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA:  
MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

CP		SP		CP		SP		CP		SP		CP		SP		CP		SP	
1-R	PIEL - FANERAS		X	6-R	BOCA		X	11-R	ABDOMEN		X	1-S	ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		X	6-S	URINARIO		X
2-R	CA BEZA		X	7-R	ORO FARINGE		X	12-R	COLUMNA VERTEBRAL		X	2-S	RESPIRATORIO		X	7-S	MÚSCULO ESQUELÉTICO		X
3-R	OJOS		X	8-R	CUELLO	X		13-R	INGLE-PERINÉ		X	3-S	CARDIO VASCULAR		X	8-S	ENDOCRINO		X
4-R	OÍDOS		X	9-R	AXILAS - MAMAS		X	14-R	MIEMBROS SUPERIORES		X	4-S	DIGESTIVO		X	9-S	HEMO LINFÁTICO		X
5-R	NARIZ		X	10-R	TÓRAX		X	15-R	MIEMBROS INFERIORES		X	5-S	GENITAL		X	10-S	NEUROLÓGICO		X

CUELLO -

IMC : 0.11

## 8 DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO  
DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

1	FRACTURA DEL CUELLO	S12		X	4						
2					5						
3					6						

## 9 PLANES DE TRATAMIENTO

DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICOS Y EDUCACIONALES

pruebas

CODIGO

FECHA	13/01/2021	HORA	14:58	NOMBRE DEL PROFESIONAL	Dr/a. ADMINISTRADOR ADM	1	FIRMA		NÚMERO DE HOJA	1
-------	------------	------	-------	------------------------	-------------------------	---	-------	--	----------------	---