		ABLECIMIENT		NOMBRE ANA ISABEL						APELLIDO SANZ LLEDO						SEXO (M-F) N° HOJA			n° historia clínica 1019					
hospital						07 (112										1019								
1	МОТ	IVO DE	CONSL	JLTA											1A	NOTAR L	A CAUS	SA DEL	PROBLEMA	EN LA VER	SIÓN DEL I	NFORMAN	TE	
Α	PRUE									С	PRUE												_	
В	PRUE	BAS								D	PRUE	BAS												
2	ANT	ECEDEN	TES P	ERSO	NAL	ES		RIBIR ABAJO MERO RESPE				FUM=	FECHA I	ULTIMA ME	NSTRUA	CIÓN FL	JP= FEC	CHA UL	TIMO PARTO	FUC= FE	CHA ULTIM	A CITOLOG	ΒĺΑ	
1. VACUI		5. ENF. ALÉRGICA	9. ENF. NEUROLÓGI	13. EN		17. TENI	DENCIA	21. ACTI FÍSICA	VIDAD		ARQUIA DAD-	1	МІ	ENOPAUS -EDAD-	SIA 2		CICLO	s	3	V	IDA SEXU			
2. ENF		6. ENF. CARDIACA	10. ENF. METABÓLIC	14. EN	IF.	18. RIES SOCIAL	GO	22. DIETA		GEST		P	ARTOS	-	ABOF	RTOS	-	CE	ESÁREAS	-	HIJOS	-	_	
3. ENF	₹.	7. ENF. RESPIRATORIA	11. ENF. HE		NF.	19. RIES		23. RELIC	GIÓN Y	FUM	14/1	0/202	0 11	FUP	14/10	/2020	16	FUC	14/1	0/2020	_	SIA -		
4. ENF	₹.	8. ENF. DIGESTIVA	12. ENF. URINARIA	16. EN SEXUA	IF. T.	20. RIES	GO	24. OTRO			DO DE P	P				TERA		-	COLPO		MAM			
ID O E	2002.1112	5102011171		o Extor		7	•			174									00.11		0.0.0		7	
																							-	
																							-	
																							-	
																							-	
																							-	
																							_	
3 ANTECEDENTES FAMILIARES																DESC	CRIBIR ABA	AJO ANOT	ANDO EI	NUMER	0.			
1 CARDIO	OPATÍA	2. DIABETES		NF. C. CULAR		IPER SIÓN	- 5. C	ÁNCER		BERCULO SIS	- 7	7. ENF. N	MENTAL	-	8. ENF		-		MAL MACIÓN	-	10. OTR	-		
4	ENIE	ERMED#		BOB!		ACT	1141						54070						TERISTICAS					
4	CNF	EKWEDA	ID O PI	KUBL	CIVIA	ACI	UAL						FACTO						AS ASOCIAD XÁMENES A					
PRI	UEBAS	S PARA PE	RBAR QL	JE LOS	FOR	MULAI	RIOS	ESTAN	REC	UPER	RAND	O Y (GUAF	RDAN	DO E	BIEN	LAI	NFC	DRMAC	CION			_	
																							_	
																							_	
																							_	
																							_	
																							_	
																							_	
																							_	
																							_	
																							_	
																							_	
																							_	
																							_	
5	RFV	ISIÓN AC	CTIIAI	DF Ó	RGA	NOS	Y SI	STFM	AS					DE PATO					SP = SIN E					
	5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS CP SP CP SP									C P	IOTANDO	CP SP				MARCAR "X" Y NO DES			CP SP					
1	ÓRGA	NOS DE LOS SENTIDOS	Х	3 CAR	DIO VASC	CULAR	Х	5		GENIT	AL	Х	7	E	MÚS SQUELI	CULO ÉTICO		Х	9 H	EMO LINF	ÁTICO	Х		
2	RE	SPIRATORIO	Х	4	DIGE	STIVO	Х	6		URINAF	RIO	Х	8		ENDO			Х	10	NER	vioso	Х	Ī	
																							_	
																							_	
																							_	
																							-	
																							-	
																							-	
																							_	

SNS-MSP / HCU-form.003 / 2008 ANAMNESIS

				MED	ICIONES														
PRESIÓN ARTERIAL		FRECU		12	FRECUENCIA RESPIRA. min	12	TEMPERATU BUCAL °C	R 12		MPERATUR AXILAR °C	12	PESO Kg	12	Т	ALLA m	12	PERÍMETR CEFÁLIC c	RO em	12
7 E\	' EXAMEN FÍSICO R= REGIO			R= REGIONA	ıL.	CP =	CON EV	IDENCIA	A DE PATOL	.OGÍA: M	ARCAR "X" Y DE	SCRIBIR A	BAJO	SP = SIN EVID		NCIA DE PA	TOLO	GÍA:	
/ =/		CP SP	,		S= SISTÉMIC				CP SP	Y LETRA	CORRESPOND	CORRESPONDIENTES			RCAR "X"	"X" Y NO DESCRIBIR			
1-R P	IEL - FANERAS	X	6-R	C P BOCA		X	11-R	ABD	ABDOMEN		1- S	ÓRGANOS DE LOS		X	6- S		URINARIO	CP	SP X
2-R	CABEZA	X	7-R	ORO FARINGE		Х	12-R COLUM		.UMNA	X	2- S	SENTIDOS RESPIRATORIO		X	7- S		MUSCULO		Х
3-R	oJos	X	8-R	CUELLO		X	13-R INGLE-PE			X	3- S			X	8- S	ESQUELÉTICO ENDOCRINO			X
4-R	OÍDOS		9-R	AXILAS - MAMAS		Х	14 D MIEMB		IBROS		4- S			X	9-S	HEMO LINFÁTICO			
5-R	NARIZ	X	10-R			X	15R MIEM		IORES IBROS	X	5- S	DIGESTIVO		X	10-S	NEUROLÓGICO			X
U -10	WAINE	^	10-71		TOTAL		1071	INFER	IORES	^	0-0	OL.	WI AL	^	10-5	NEO	10200100		X
IMC :	0.08																		_
																			_
																			_
8	DIAGNO	STICO)		PRE= PRESUNTI		CIE PR	E DEF									CIE	PRE	DEF
	ATON LES			R C	OLISION C	ONI	V02.0 X		4							т			
VEI	HICULO DE A	лото				+	V02.0 X		l l							-			
2						+			5 -							-			
3									6										
9 PI	ANES D	F TR	ΔΤΔΝ	/IFN	TO								DE D	IAGNÓS	STICO, TER	RAPÉUTIO	COS Y EDUC	CACIO	NALE
PRUE	BAS PLAN	ES DE	IRAI	AMIL	NIO														
	_				NONDE SE	Le	.=			СОП	IGO						Num.ee		
FECHA	14/10/2	020 но	RA	16:05	PROFESIONAL		a. ADMINIST	RADOI	RADM	1 1		FIRMA					NUMERO DE HOJA		1