**FONOAUDIOLOGÍA**

**1. Datos del Paciente**

Nombre y Apellido:  (PERSONAS nombres, apellidos) 30

Fecha de nacimiento: (PERSONAS fecha\_nacimiento) date

Sexo: (PERSONAS sexo) 9

Fecha de Ingreso: (PACIENTES fecha\_ingreso) date

Edad: (PERSONAS edad) 3

Dirección: (PERSONAS direccion) 125

Teléfono: (PERSONAS teléfono) 50

Grado que Cursa: (FICHAS\_FONOAUDIOLOGICAS escolaridad) 50

Escuela:  (FICHAS\_FONOAUDIOLOGICAS escuela) 100

**2. Datos de los Padres o Encargados**

Nombre del Padre:  (ENCARGADOS padre\_nombre) 60

Edad:  (ENCARGADOS padre\_edad) 3

Profesion actual y anterior: (ENCARGADOS padre\_prof\_act\_ant) 50

Nombre de la Madre: (ENCARGADOS madre\_nombre)

Edad: (ENCARGADOS madre\_edad)

Profesión Actual y anterior: (ENCARGADOS madre\_prof\_act\_ant)

Número de Hijos: (ENCARGADOS madre\_num\_hijos) 2

Nombre del Encargado (ENCARGADOS encargado\_nombre)

Edad: (ENCARGADOS encargado\_edad)

Profesión Actual y Anterior: (ENCARGADOS encargado\_prof\_act\_ant)

**3. Motivo de Consulta (Variable?)**

(FICHAS\_FONOAUDIOLOGICAS motivo\_consulta) 250

**4. Evaluación (Variable?)**

**(**FICHAS\_FONOAUDIOLOGICAS evaluacion**)** 250

**Notas:**

**- En verde los datos claramente fijos o simplemente editables por no ser importantes para el historial**

**- En rojo los datos CONSULTAS**

**- En azul los datos de SEGUIMIENTO**

**PSICOPEDAGOGÍA**

**1. Datos del Paciente**

Nombre y Apellido: (PERSONAS nombres, apellidos) 30

Fecha de nacimiento: (PERSONAS fecha\_nacimiento) date

Sexo: (PERSONAS sexo) 9

Fecha de Ingreso: (PACIENTES fecha\_ingreso) date

Edad: (PERSONAS edad) 3

Dirección: (PERSONAS direccion) 125

Teléfono: (PERSONAS teléfono) 50

Grado que Cursa: (FICHAS\_ PSICOPEDAGOGICASescolaridad) 50

Escuela: (FICHAS\_PSICOPEDAGOGICASescuela) 100

**2. Datos de los Padres o Encargados**

Nombre del Padre: (ENCARGADOS padre\_nombre) 60

Edad: (ENCARGADOS padre\_edad) 3

Profesion actual y anterior: (ENCARGADOS padre\_prof\_act\_ant) 50

Nombre de la Madre: (ENCARGADOS madre\_nombre)

Edad: (ENCARGADOS madre\_edad)

Profesión Actual y anterior: (ENCARGADOS madre\_prof\_act\_ant)

Número de Hijos: (ENCARGADOS madre\_num\_hijos) 2

Nombre del Encargado (ENCARGADOS encargado\_nombre)

Edad: (ENCARGADOS encargado\_edad)

Profesión Actual y Anterior: (ENCARGADOS encargado\_prof\_act\_ant)

**3. Motivo de Consulta (Variable?)**

(FICHAS\_PSICOPEDAGOGICASmotivo\_consulta) 250

**4. Evaluación (Variable?)**

**(**FICHAS\_PSICOPEDAGOGICASevaluacion**)** 250

**NUTRICIONAL PEDIATRICA**

**1. Datos del Paciente**

Fecha de Consulta: (CONSULTAS fecha) date

Nombre y apellido: (PERSONAS nombres, apellidos) 30

Edad: (PERSONAS edad) 3

Fecha de Nacimiento: (PERSONAS fecha\_nacimiento) date

Telefono: (PERSONAS telefono) 50

**2. Antecedentes Prenatal**

1. ¿Tuvo algún problema en el embarazo?

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t2\_1\_problema\_embarazo) 250

2. ¿Realizó controles Prenatales? ¿Cuántos?

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t2\_2\_control\_prenatal) 250

3. ¿Cómo fue su alimentación durante el embarazo? ¿Tomó vitaminas/minerales?

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t2\_3\_alimentacion\_embarazo) 250

4. Otros Datos:

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t2\_4\_otros\_datos) 250

**3- Antecedentes del Parto (TITULOS\_ NUTRICIONALES\_PEDIATRICOS t3)**

1. ¿Tuvo parto vaginal o cesárea?

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t3\_1\_parto\_vaginal\_cesarea) 100

2. ¿Fue de término o pre término?

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t3\_2\_termino\_pretermino) 100

3. Lugar del Parto.

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t3\_3\_lugar\_parto) 100

4. ¿Cómo fue el Parto?

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t3\_4\_como\_fue\_parto) 100

**4- Antecedente posnatal (TITULOS\_ NUTRICIONALES\_PEDIATRICOS t4)**

1. Peso de nacimiento

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t4\_1\_peso\_nacimiento) 100

2. ¿Tuvo asfixia postnatal? ¿Lloro enseguida el bebé? ¿Estuvo internado después del nacimiento?

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t4\_2\_asfixia\_lloro) 250

3. ¿Tomó pecho materno? ¿Cuánto tiempo tomo solo pecho materno? ¿Qué clase de leche tomó?

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t4\_3\_tomo\_pecho) 250

4. ¿Cuando inició la alimentación complementaria?

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t4\_4\_alimentacion\_complementaria) 100

**5- Valoración del Desarrollo (TITULOS\_ NUTRICIONALES\_PEDIATRICOS t5)**

1. Sostén Cefálico: (Boolean?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t5\_1\_sosten\_cefalico) 100

2. Se sento a los………………… Se paró a los……………………Camino a los…………….

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t5\_2\_sento, t5\_2\_paro, t5\_2\_camino) 50

3. Sigue la luz u objeto coloridos (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t5\_3\_sigue\_luz) 100

4. Busca sonido (Variable?)(Boolean?) Emite sonido (Variable?)(Boolean?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t5\_4\_busca\_sonido, t5\_4\_emite\_sonido) 100

5. Rie – Llora (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t5\_5\_rie\_llora) 100

6. Habilidades presentes y/o ausentes para la edad (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t5\_6\_habilidades) 250

7. Mastica – Deglute (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t5\_7\_mastica\_deglute) 100

8. Otros (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t5\_8\_otros) 250

**6- Alimentación actual (TITULOS\_ NUTRICIONALES\_PEDIATRICOS t6)**

Desayuno: (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t6\_1\_desayuno) 250

Media mañana: (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t6\_2\_media\_manana) 250

Almuerzo: (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t6\_3\_almuerzo) 250

Merienda: (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t6\_4\_merienda) 250

Cena: (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t6\_5\_cena) 250

**7- ¿A cargo de quien está el niño/a?.**

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t7\_cargo\_quien) 100

**8- Signos y/o Síntomas.** **(TITULOS\_ NUTRICIONALES\_PEDIATRICOS t8)**

Diarrea (Variable?)( Vómitos (Variable?) Fiebre (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t8\_1\_diarrea, t8\_2\_vomitos, t8\_3\_fiebre) 100

Constipación: (Variable?) Orina: (Variable?) Sudor:(Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t8\_4\_constipacion, t8\_5\_orina, t8\_6\_sudor) 100

Problemas respiratorios (Variable?) Distensión abdominal (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t8\_7\_problemas\_respiratorios, t8\_8\_distension\_abdominal) 100

Otros: (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t8\_9\_otros) 250

**9- Diagnostico Médico** (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ PEDIATRICAS t9\_diagnostico) 250

**10- Datos Antropométricos (TITULOS\_ NUTRICIONALES\_PEDIATRICOS t10)**

Peso: (Variable?) Talla: (Variable?) PC: (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t10\_1\_peso, t10\_2\_talla, t10\_3\_pc) 50

IMC: (Variable?) CM: (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t10\_4\_imc, t10\_5\_cm) 50

**11- Evaluación Nutricional** (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ PEDIATRICAS t11\_evaluacion) 250

**12- Indicaciones** (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ PEDIATRICAS t12\_indicaciones) 250

**13- Controles** (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS t13\_controles) 250

**Notas: (**válida para todas las fichas).

- Los que se marcan como variable, se podrían editar en cada una vez terminado un tratamiento y si se llega a consultar de nuevo por otros motivos, por lo que no se mantendría un historial.

- Para mantener un historial, esos que varían en cada consulta deben ser detalle de las fichas.

- Ahora, si se pretende mantener el historial, no se podrá generalizar las consultas a los campos comunes que son: motivo, síntomas, diagnostico, tratamiento, que tampoco son tan comunes,

- Se podría tener a consultas como detalles de la ficha y tener detalles específicos por ficha.

- Si se tiene el caso anterior, el historial médico se complicará y no se podrá implementar lo que se tenía planeado. (Tener todas las consultas ordenadas por fecha del más reciente de todas las áreas).

**NUTRICIONAL ADULTOS**

**1. Datos Personales (TITULOS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS t1)**

Fecha de Consulta: (CONSULTAS fecha) date

Nombre y Apellido: (PERSONAS nombres, apellidos) 30

Edad: (PERSONAS edad) 3

Fecha de Nacimiento: (PERSONAS fecha\_nacimiento) date

Estado Civil: (PERSONAS estado\_civil\_id)

Nº de Hijos: (FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS t1\_1\_num\_hijos) 2

Dirección: (PERSONAS direccion) 125

Teléfono: (PERSONAS telefono) 50

**2. Antecedentes (TITULOS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS t2)**

Familiares: Obesidad DBT HTA Cardiopatías(Booleans?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS t2\_familiares, t2\_1 \_obesidad, t2\_2\_dbt, t2\_3\_hta, t2\_4\_cardiopatias) 50

Actuales

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t2\_actuales) 250

**3. Dx. Médico**

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t3\_dx\_medico) 250

**4. Datos Antropométricos (TITULOS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS t4)**

Peso Actual: (Variable?) Peso ideal: (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t4\_1\_peso\_actual, t4\_2\_peso\_ideal) 50

Peso deseable: (Variable?) Talla: (Variable?) Biotipo: (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t4\_3\_peso\_deseable, t4\_4\_talla, t4\_5\_biotipo) 50

Circ. Muñeca (Variable?) Circ. Brazo (Variable?) Circ. Cintura/Cadera (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t4\_6\_circ\_muneca, t4\_7\_circ\_brazo, t4\_8\_circ\_cintura) 50

I.M.C. (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t4\_9\_imc) 50

**5. Evaluación Nutricional** (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t5\_evaluacion\_nutricional) 250

**6. Anamnesis alimentaria (TITULOS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6)**

1. Toma medicamentos: (Variable?)

(CONSULTAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_1\_toma\_medicamentos) 100

2. Toma suplementos vitamínicos/minerales (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_2\_toma\_suplementos) 100

3. Su apetito es Bueno Regular Malo (Booleans)(CONSULTAS?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_3\_apetito\_es, t6\_3\_bueno, t6\_3\_regular, t6\_3\_malo) 50

4. Factores que afectan el apetito:(Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_4\_factores\_apetito) 250

5. ¿Tiene alergia o intolerancia a algún alimento?

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_5\_alergia\_intolerancia) 250

6. Se le cae el cabello (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_6\_cae\_cabello) 100

7. Estado bucal (dientes, lengua, paladar). (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_7\_estado\_bucal) 250

8. Orina bien (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_8\_orina\_bien) 100

9. Va bien de cuerpo (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_9\_bien\_cuerpo) 100

10. Realiza actividades físicas:

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_10\_actividades\_fisicas) 100

Tipo: Horas: Frecuencia (CONSULTAS?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_10\_tipo, t6\_10\_horas, t6\_10\_frecuencia) 50

11. Actividad laboral:

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_11\_actividad\_laboral) 100

Horas:

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_11\_horas) 50

12. Vive con su familia: (Variable?)

(CONSULTAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_12\_vive\_con) 50

13. Quien prepara los alimentos: (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_13\_quien\_prepara) 50

14. Con que elementos cuenta para cocinar: (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_14\_que\_elementos) 100

15. Toma agua ¿Cuánto? (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_15\_toma\_agua) 100

16. Mastica, deglute, dificultad p/ beber o sorber (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_16\_mastica\_deglute) 100

17. ¿Qué hora se acuesta? ¿Qué hora se levanta? ¿Duerme bien? (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_17\_hora\_acuesta) 100

18. Habilidades presentes o ausentes (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_18\_habilidades) 250

19. Tratamiento que realiza dentro del CENADE con otros especialistas (Variable?)

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t6\_19\_tratamiento\_cenade) 250

**7. Recuento de 24 horas (Variable?) Si es variable es mejor una tabla aparte**

FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t7

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Comidas**  **t7\_comidas** | **Hora**  **t7\_horas** | **Alimento Consumido**  **t7\_alimento** | **Cantidad t7\_cantidad** | **Modo de preparación**  **t7\_preparacion** | **Lugar de consume t7\_lugar** |
| Desayuno | t7\_1\_de\_hora | t7\_2\_de\_alimento | t7\_3\_de\_cantidad | t7\_4\_de\_preparacion 100 | t7\_5\_de\_lugar |
| Media Mañana | t7\_6\_mm\_hora | t7\_7\_mm\_alimento | t7\_8\_mm\_cantidad | t7\_9\_mm\_preparacion 100 | t7\_10\_mm\_lugar |
| Almuerzo | t7\_11\_al\_hora | t7\_12\_al\_alimento | t7\_13\_al\_cantidad | t7\_14\_al\_preparacion 100 | t7\_15\_al\_lugar |
| Cena | t7\_16\_ce\_hora | t7\_17\_ce\_alimento | t7\_18\_ce\_cantidad | t7\_19\_ce\_preparacion 100 | t7\_20\_ce\_lugar |

El resto 50

**8. Indicaciones (Variable?)**

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t8\_indicaciones) 250

**9. Controles (Variable?)**

(FICHAS \_NUTRICIONALES\_ADULTOS t9\_controles) 250

**ODONTOLÓGICA ADULTOS**

**1. Datos Personales (TITULOS\_ODONTOLOGICOS\_ADULTOS t1)**

Paciente: (PERSONAS nombres, apellidos)

Domicilio: (PERSONAS direccion)

Edad: (PERSONAS edad)

Fecha de Nacimiento: (PERSONAS fecha\_nacimiento)

Lugar de Nacimiento: (PERSONAS lugar\_nacimiento)

Nacionalidad: (PERSONAS nacionalidad\_id)

Sexo: (PERSONAS sexo)

C.I.: (PERSONAS ci)

Lugar de Trabajo: (PERSONAS lugar\_trabajo)

Estado Civil: (PERSONAS estado\_civil\_id)

Profesión: (PERSONAS profesión\_actual)

Motivo de Consulta: (CONSULTAS\_ODONTOLOGICAS\_ADULTOS t1\_1\_ motivo\_consulta)

Observaciones: (CONSULTAS\_ ODONTOLOGICAS \_ADULTOS t1\_2\_observaciones)

Servicio que utiliza en el CENADE:(CONSULTAS\_ ODONTOLOGICAS \_ADULTOS t1\_3\_servicio\_cenade)

**II- Datos del Paciente (TITULOS\_ODONTOLOGICOS\_ADULTOS t2)**

1. Medicación actual: (Variable?)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ADULTOS t2\_1\_medicacion\_actual)

2. ¿Es alérgico o ha reaccionado de manera adversa a:?

Anestésico local Penicilina otros medicamentos (Booleans)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ADULTOS t2\_2\_alergia, t2\_2\_anestesico,t2\_2\_penicilina, t2\_2\_otros)

3. ¿Tuvo hemorragias anormales?.(Variable?)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ADULTOS t2\_3\_hemorragias)

4. ¿Presentó algún problema serio asociado con el tratamiento odontológico? (Variable?)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ADULTOS t 2\_4\_problema\_tratamiento)

5. ¿Sufre de alguna enfermedad cardiovascular? (Variable?)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ADULTOS t 2\_5\_enfermedad\_cardiovascular)

6. ¿Presenta algunas de estas enfermedades? (Variable?) (Todos booleans)

( ) Diabetes ( ) Hepatitis

( ) Enfermedades renales ( ) Artritis

( ) Tuberculosis ( ) Enfermedades venéreas

( ) Enfermedades Sanguíneas ( ) Fumador

( ) Enfermedades Neurológicas

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ADULTOS t2\_6\_presenta\_enfermedades, t2\_6\_diabetes, t2\_6\_hepatitis, t2\_6\_enfermedades\_renales, t2\_6\_artritis, t2\_6\_tuberculosis, t2\_6\_enfermedades\_venereas, t2\_6\_enfermedades\_sanguineas, t2\_6\_fumador, t2\_6\_enfermedades\_neurologicas)

7. Paciente femenino

Menstruación:(Variable?)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ADULTOS t2\_7\_femenino, t2\_7\_menstruacion)

¿Esta embarazada? (Variable?)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ADULTOS t2\_7\_embarazada)

¿Tiene hijos? (Boolean) ¿cuantos? (int)(Variable?) ¿amamanta?(Variable?) (Boolean)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ADULTOS t2\_7\_tiene\_hijos, t2\_7\_cantidad\_hijos, t2\_7\_amamanta)

¿Ha sido hospitalizado alguna vez? (Boolean)(Variable?) Causa (Variable?)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ADULTOS t2\_7\_hospitalizado, t2\_7\_causa\_hospitalizado)

**III- Exámenes Complementarios** (Variable?)

ECG

TAC

RX

LABORATORIOS

OTROS

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ADULTOS t3\_examenes\_complementarios, t3\_1\_ecg, t3\_2\_tac, t3\_3\_rx, t3\_4\_laboratorios, t3\_5\_otros)

**IV- EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO**

Fecha (Variable) Tratamiento (Variable) Profesional (Variable)

(EV\_CO\_TR \_ ODONTOLOGICAS \_ADULTOS t4\_evolucion\_tratamiento, profesional\_medico\_id; fecha, t4\_1\_tratamiento,)

**ODONTOLÓGICA MENOR**

**1. Datos Personales (TITULOS\_ODONTOLOGICOS\_ADULTOS t1)**

Paciente: (PERSONAS nombres, apellidos)

Domicilio: (PERSONAS direccion)

Edad: (PERSONAS edad)

Fecha de Nacimiento: (PERSONAS fecha\_nacimiento)

Lugar de Nacimiento: (PERSONAS lugar\_nacimiento)

Nacionalidad: (PERSONAS nacionalidad\_id)

Sexo: (PERSONAS sexo)

C.I.: (PERSONAS ci)

Lugar de Trabajo: (PERSONAS lugar\_trabajo)

Estado Civil: (PERSONAS estado\_civil\_id)

Nombre del tutor: (ENCARGADOS nombres, apellidos)

Teléfono: (ENCARGADOS telefono)

Profesión: (PERSONAS profesión\_actual) No es claro si se refiere a la profesión del tutor

Motivo de Consulta: (CONSULTAS\_ODONTOLOGICAS\_PEDIATRICAS t1\_1\_ motivo\_consulta)

Observaciones: (CONSULTAS\_ ODONTOLOGICAS \_ PEDIATRICAS t1\_2\_observaciones)

Servicio que utiliza en el CENADE:(CONSULTAS\_ ODONTOLOGICAS \_ PEDIATRICAS t1\_3\_servicio\_cenade)

**II- Datos del Paciente (TITULOS\_ODONTOLOGICOS\_ADULTOS t2)**

1. Medicación actual: (Variable?)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ PEDIATRICAS t2\_1\_medicacion\_actual)

2. ¿Es alérgico o ha reaccionado de manera adversa a:?

Anestésico local Penicilina otros medicamentos (Booleans)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ PEDIATRICAS t2\_2\_alergia, t2\_2\_anestesico,t2\_2\_penicilina, t2\_2\_otros)

3. ¿Tuvo hemorragias anormales?.(Variable?)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ PEDIATRICAS t2\_3\_hemorragias)

4. ¿Presentó algún problema serio asociado con el tratamiento odontológico? (Variable?)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ PEDIATRICAS t 2\_4\_problema\_tratamiento)

5. ¿Sufre de alguna enfermedad cardiovascular? (Variable?)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ PEDIATRICAS t 2\_5\_enfermedad\_cardiovascular)

6. ¿Presenta algunas de estas enfermedades? (Variable?) (Todos booleans)

( ) Diabetes ( ) Hepatitis

( ) Enfermedades renales ( ) Artritis

( ) Tuberculosis ( ) Enfermedades venéreas

( ) Enfermedades Sanguíneas ( ) Fumador

( ) Enfermedades Neurológicas

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ PEDIATRICAS t2\_6\_presenta\_enfermedades, t2\_6\_diabetes, t2\_6\_hepatitis, t2\_6\_enfermedades\_renales, t2\_6\_artritis, t2\_6\_tuberculosis, t2\_6\_enfermedades\_venereas, t2\_6\_enfermedades\_sanguineas, t2\_6\_fumador, t2\_6\_enfermedades\_neurologicas)

7. Paciente femenino

Menstruación:(Variable?)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ PEDIATRICAS t2\_7\_femenino, t2\_7\_menstruacion)

¿Esta embarazada? (Variable?)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ PEDIATRICAS t2\_7\_embarazada)

¿Tiene hijos? (Boolean) ¿cuantos? (int)(Variable?) ¿amamanta?(Variable?) (Boolean)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ PEDIATRICAS t2\_7\_tiene\_hijos, t2\_7\_cantidad\_hijos, t2\_7\_amamanta)

¿Ha sido hospitalizado alguna vez? (Boolean)(Variable?) Causa (Variable?)

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ PEDIATRICAS t2\_7\_hospitalizado, t2\_7\_causa\_hospitalizado)

**III- Exámenes Complementarios** (Variable?)

ECG

TAC

RX

LABORATORIOS

OTROS

(CONSULTAS \_ ODONTOLOGICAS \_ PEDIATRICAS t3\_examenes\_complementarios, t3\_1\_ecg, t3\_2\_tac, t3\_3\_rx, t3\_4\_laboratorios, t3\_5\_otros)

**IV- EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO**

Fecha (Variable) Tratamiento (Variable) Profesional (Variable)

(EV\_CO\_TR \_ ODONTOLOGICAS \_ PEDIATRICAS t4\_evolucion\_tratamiento, profesional\_medico\_id; fecha, t4\_1\_tratamiento,)

**FISIOTERAPIA ADULTO**

Nombre y Apellido: (PERSONAS nombres, apellidos) 30

Edad: (PERSONAS edad) 3

Sexo: (PERSONAS sexo) 9

C.I.Nº: (PERSONAS ci) 15

Nacionalidad: (PERSONAS nacionalidad\_id)

Fecha de Nacimiento: (PERSONAS fecha\_nacimiento) date

Fecha de Entrada: (PACIENTE fecha\_ingreso) date

Profesión: (PERSONAS profesion) 50

Teléfono: (PERSONAS telefono) 50

Dirección: (PERSONAS direccion) 125

Encargado: (FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ADULTOS encargado) 50

Médico Tratante: (FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ADULTOS medico\_tratante) 50

Diagnóstico: (FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ADULTOS diagnóstico) 250

Motivo de Consulta: (FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ADULTOS motivo\_consulta) 250

Medicamentos: (FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ADULTOS medicamentos) 250

Antecedentes de la enfermedad actual:

(FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ADULTOS antecedente\_actual) 250

Antecedentes Hereditarios:

(FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ADULTOS antecedentes\_hereditarios) 250

Condición general del paciente:

(FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ADULTOS condicion\_paciente) 250

Observacion:

(FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ADULTOS observacion) 250

Plan de tratamiento kinésico

(FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ADULTOS tratamiento\_kinesico) 250

Evolución:

(FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ADULTOS evolucion) 250

**FISIOTERAPIA PEDIATRÍA**

Nombre y Apellido: (PERSONAS nombres, apellidos)

Edad: (PERSONAS edad)

Sexo: (PERSONAS sexo)

Nacionalidad: (PERSONAS nacionalidad)

Fecha de Nacimiento: (PERSONAS fecha\_nacimiento)

Fecha de Ingreso: (PACIENTE fecha\_ingreso)

Dirección: (PERSONAS direccion)

Teléfono: (PERSONAS telefono)

Madre: (ENCARGADOS madre\_nombre)

Edad: (ENCARGADOS madre\_edad)

Profesión: (ENCARGADOS madre\_prof\_act\_ant)

Número de Hijos: (ENCARGADOS madre\_num\_hijos)

Padre: (ENCARGADOS padre\_nombre)

Edad: (ENCARGADOS padre\_edad)

Profesión: (ENCARGADOS padre\_prof\_act\_ant)

DX: (FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ PEDIATRICAS dx)

Derivado Por: (FICHAS \_FISIOTERAPEUTICAS\_ PEDIATRICAS derivado\_por)

Motivo de Consulta: (FICHAS \_FISIOTERAPEUTICAS\_ PEDIATRICAS motivo\_consulta)

Embarazo:Control Prenatal: (FICHAS \_FISIOTERAPEUTICAS\_ PEDIATRICAS control\_embarazo)

Edad Gestacional (FICHAS \_FISIOTERAPEUTICAS\_ PEDIATRICAS edad\_gestacional)

Tipo de Parto: (FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ PEDIATRICAS tipo\_parto)

Peso al Nacer: (FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ PEDIATRICAS peso\_nacer)

Apgar: (FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ PEDIATRICAS apgar)

Antecedentes Familiares:

(FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ PEDIATRICAS antecedentes\_familiares)

Condiciones Generales del Recien Nacido:

(FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ PEDIATRICAS condicion\_general)

Plan de tratamiento kinésico

(FICHAS \_FISIOTERAPEUTICAS\_ PEDIATRICAS tratamiento\_kinesico)

Observaciones:

(FICHAS \_FISIOTERAPEUTICAS\_PEDIATRICAS observaciones)

Evolución:

(FICHAS \_FISIOTERAPEUTICAS\_ PEDIATRICAS evolucion)

**PEDIATRÍA**

**Datos del Paciente** t1

Nombre: (PERSONAS nombres, apellidos)

Edad: (PERSONAS edad)

Nacionalidad: (PERSONAS nacionalidad\_id)

C.I.Nº: (PERSONAS ci)

Fecha de Nacimiento: (PERSONAS fecha\_nacimiento)

Sexo (PERSONAS sexo)

P (FICHAS\_PEDIATRICAS p)

A (FICHAS\_PEDIATRICAS a)

PC (FICHAS\_PEDIATRICAS pc1)

PT (FICHAS\_PEDIATRICAS pt1)

PA (FICHAS\_PEDIATRICAS pa)

Padre: (ENCARGADOS padre\_nombre)

Edad: (ENCARGADOS padre\_edad)

Profesión: (ENCARGADOS padre\_prof\_act\_ant)

Madre: (ENCARGADOS madre\_nombre)

Edad: (ENCARGADOS madre\_edad)

Profesión: (ENCARGADOS madre\_prof\_act\_ant)

Dirección: (PERSONAS direccion)

Teléfono: (PERSONAS telefono)

Control Cefálico – Control de Tronco – Equilibrio – Marcha

(FICHAS \_PEDIATRICAS control)

**Antecedentes Gestacionales y Obstetricos** t2

Gestación (FICHAS\_PEDIATRICAS t2\_1\_gestacion)

Paridad (FICHAS\_PEDIATRICAS t2\_2\_paridad)

Abortos (FICHAS\_PEDIATRICAS t2\_3\_abortos)

Nacidos Muertos (FICHAS\_PEDIATRICAS t2\_4\_nacidos\_muertos)

Gestaciones y partos anteriores (FICHAS\_PEDIATRICAS t2\_5\_partos\_anteriores)

G. Sanguineo: Rh: Coombs:

(FICHAS\_PEDIATRICAS t2\_6\_gru\_san\_paciente, t2\_7\_ rh\_paciente, t2\_8\_coombs)

Padre Grupo Sanguineo Rh

(FICHAS\_PEDIATRICAS t2\_9\_gru\_san\_padre, t2\_10\_rh\_padre)

**Gestación Actual** t3

F.U.M (FICHAS\_PEDIATRICAS t3\_1\_fum)

FP (FICHAS\_PEDIATRICAS t3\_2\_fp)

Duración (FICHAS\_PEDIATRICAS t3\_3\_duracion)

Riesgos: (FICHAS\_PEDIATRICAS t3\_4\_riesgos)

**Observaciones** t4

Tipo de Parto (FICHAS\_PEDIATRICAS t4\_1\_tipo\_parto)

Anestesia: Analgesia:

(FICHAS\_PEDIATRICAS t4\_2\_anestesia, t4\_3\_analgesia)

Neonatal: Cianosis Ictericia antes 72hs Despues 72hs

(FICHAS\_PEDIATRICAS t4\_4\_neonatal\_cianosis, t4\_5\_ictericia\_antes, t4\_6\_ictericia\_despues)

Apgar: Peso: Talla: PC: TP: Fontanela

(FICHAS\_PEDIATRICAS t4\_7\_apgar, t4\_8\_ peso1, t4\_9\_talla1, t4\_10\_pc2, t4\_11\_tp, t4\_12\_fontanela)

Dubowitz Parkin Grupo Sang: Rh:

(FICHAS\_PEDIATRICAS t4\_13\_dubowitz, t4\_14\_parkin, t4\_15\_gru\_san2, t4\_16\_ rh2)

**Observaciones** t5

Medicación CCU (FICHAS\_PEDIATRICAS t5\_1\_medicacion, t5\_2\_ccu)

Tiempo de Internación: (FICHAS\_PEDIATRICAS t5\_3\_tiempo\_internacion)

Alta: (FICHAS\_PEDIATRICAS t5\_4\_alta)

Peso: (FICHAS\_PEDIATRICAS t5\_5\_peso2)

Talla: (FICHAS\_PEDIATRICAS t5\_6\_talla2)

PB: (FICHAS\_PEDIATRICAS t5\_7\_pb)

PT: (FICHAS\_PEDIATRICAS t5\_8\_pt1)

**Alimentación** t6

Natural: Duracion:

(FICHAS\_PEDIATRICAS t6\_1\_ alimentacion\_natural, t6\_2\_duracion)

Artificial:

(FICHAS\_PEDIATRICAS t6\_3\_alimentacion\_artificial)

**Vacunacion** t7 (Mejor que fuera al final ya que siempre hay que rellenarlo después de pasado el tiempo)

BCG: Antisarampionosa Antigripal MMR

(FICHAS\_PEDIATRICAS t7\_1\_bcg, t7\_2\_antisarampionosa, t7\_3\_antigripal, t7\_4\_mmr)

DPT: 1ª: 2ª: 3ª: Ref. 1º 2º 3º 4º

(FICHAS\_PEDIATRICAS t7\_5\_dpt, t7\_6\_dpt1, t7\_7\_dpt2, t7\_8\_dpt3, t7\_9\_dpt\_ref1, t7\_10\_ dpt\_ref2, t7\_11\_dpt\_ref3, t7\_12\_dpt\_ref4)

Sabin: 1ª: 2ª: 3ª: Ref. 1º 2º 3º 4º

(FICHAS\_PEDIATRICAS t7\_13\_sabin, t7\_14\_sabin1, t7\_15\_sabin2, t7\_16\_sabin3, t7\_17\_sabin\_ref1, t7\_18\_sabin\_ref2, t7\_19\_sabin\_ref3, t7\_20\_sabin\_ref4)

Otras

(FICHAS\_PEDIATRICAS t7\_21\_otras)

**Observaciones** t8

A.P.P. A.P.F. Edad Mental

(FICHAS\_PEDIATRICAS t8\_1\_app, t8\_2\_apf, t8\_3\_edad\_mental)

E.P.L. D.P.M. TTO. ANT

(FICHAS\_PEDIATRICAS t8\_4\_epl, t8\_5\_dpm, t8\_6\_tto\_ant)

Sosten Cefálico Sedentación Mancha:

(FICHAS\_PEDIATRICAS t8\_7\_sosten\_cefalico, t8\_8\_sedentacion, t8\_9\_mancha)

**Controles** t9\_controles