**FONOAUDIOLOGÍA**

**1. Datos del Paciente (TITULOS\_FONOAUDIOLOGICOS t1)**

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 t1\_1\_escolaridad) 100

Escuela:  (FICHAS\_FONOAUDIOLOGICAS t1\_2\_escuela) 100

**2. Datos de los Padres o Encargados** (TITULOS\_FONOAUDIOLOGICOS t2)

Nombre del Padre:  (ENCARGADOS nombres, apellidos) 30

Edad:  (ENCARGADOS edad) 3

Profesion actual y anterior: (ENCARGADOS profesion\_actual, profesion\_anterior) 50

Nombre de la Madre: (ENCARGADOS nombres, apellidos)

Edad: (ENCARGADOS edad)

Profesión Actual y anterior: (ENCARGADOS profesion\_actual, profesion\_anterior)

Número de Hijos: (ENCARGADOS numero\_hijos) 2

Nombre del Encargado (ENCARGADOS nombres, apellidos)

Edad: (ENCARGADOS edad)

Profesión Actual y Anterior: (ENCARGADOS profesion\_actual, profesion\_anterior)

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

(VARIABLES\_FONOAUDIOLOGICAS t3\_motivo\_consulta) 250

**4. Evaluación (Variable?)**

**(**CONSULTAS\_FONOAUDIOLOGICAS t4\_evaluacion**)** 250

**Notas:**

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

**- En rojo los datos variables**

**- En azul los datos de consulta**

**PSICOPEDAGOGÍA**

**1. Datos del Paciente (TITULOS\_PSICOPEDAGOGICOS t1)**

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 t1\_1\_escolaridad) 100

Escuela: (FICHAS\_PSICOPEDAGOGICASt1\_2\_escuela) 100

**2. Datos de los Padres o Encargados (TITULOS\_ PSICOPEDAGOGICOS t2)**

Nombre del Padre: (ENCARGADOS nombres, apellidos) 30

Edad: (ENCARGADOS edad) 3

Profesion actual y anterior: (ENCARGADOS profesion\_actual, profesion\_anterior) 50

Nombre de la Madre: (ENCARGADOS nombres, apellidos)

Edad: (ENCARGADOS edad)

Profesión Actual y anterior: (ENCARGADOS profesion\_actual, profesion\_anterior)

Número de Hijos: (ENCARGADOS numero\_hijos) 2

Nombre del Encargado (ENCARGADOS nombres, apellidos)

Edad: (ENCARGADOS edad)

Profesión Actual y Anterior: (ENCARGADOS profesion\_actual, profesion\_anterior)

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

(VARIABLES\_PSICOPEDAGOGICASt3\_motivo\_consulta) 250

**4. Evaluación (Variable?)**

**(**CONSULTAS\_PSICOPEDAGOGICAS **t**4\_evaluacion**)** 250

**NUTRICIONAL PEDIATRICA**

**1. Datos del Paciente (TITULOS\_ NUTRICIONALES\_PEDIATRICOS t1)**

Fecha de Consulta: (CONSULTAS\_NUTRICIONALES\_PEDIATRICAS 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 (TITULOS\_NUTRICIONALES\_PEDIATRICOS t2)**

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?)

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

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

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

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

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

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

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

5. Rie – Llora (Variable?)

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

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

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

7. Mastica – Deglute (Variable?)

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

8. Otros (Variable?)

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

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

Desayuno: (Variable?)

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

Media mañana: (Variable?)

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

Almuerzo: (Variable?)

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

Merienda: (Variable?)

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

Cena: (Variable?)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otros: (Variable?)

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

**9- Diagnostico Médico** (Variable?)

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

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

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

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

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

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

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

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

**12- Indicaciones** (Variable?)

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

**13- Controles** (Variable?)

(CONSULTAS\_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**

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 numero\_hijos) 2

Dirección: (PERSONAS direccion) 125

Teléfono: (PERSONAS telefono) 50

**II- Antecedentes**

Familiares: Obesidad DBT HTA Cardiopatías(Booleans?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii\_obesidad, ii\_dbt, ii\_hta, ii\_cardiopatias) (Boolean)

Actuales

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii\_actuales)

**III- Dx. Médico**

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS iii\_dx\_medico)

**IV- Datos Antropométricos**

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS iv\_peso\_actual, iv\_peso\_ideal)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS iv\_peso\_deseable, iv\_talla, iv\_biotipo)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS iv\_circ\_muñeca, iv\_circ\_brazo, iv\_circ\_cintura)

I.M.C. (Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS iv\_imc)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS v\_evaluacion\_nutricional)

**VI- Anamnesis alimentaria**

1. Toma medicamentos: (Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi1\_anamnesis\_alimentaria)

2. Toma suplementos vitamínicos/minerales (Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi2\_toma\_medicamentos)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi3\_bueno, vi3\_regular, vi3\_malo)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi4\_factores\_apetito)

5. ¿Tiene alergia o intolerancia a algún alimento?

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi5\_alergia\_intolerancia)

6. Se le cae el cabello (Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi6\_cae\_cabello)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi7\_estado\_bucal)

8. Orina bien (Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi8\_estado\_bucal)

9. Va bien de cuerpo (Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi9\_bien\_cuerpo)

10. Realiza actividades físicas:

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi10\_actividades\_fisicas)

Tipo: Horas: Frecuencia (Variables?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi\_tipo, vi\_horas, vi\_frecuencia)

11. Actividad laboral:

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi11\_actividad\_laboral)

Horas:

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi11\_horas)

12. Vive con su familia: (Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi12\_vive\_con)

13. Quien prepara los alimentos: (Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi13\_quien\_prepara)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi14\_que\_elementos)

15. Toma agua ¿Cuánto? (Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi15\_toma\_agua)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi16\_mastica\_deglute)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi17\_hora\_acuesta)

18. Habilidades presentes o ausentes (Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi18\_habilidades)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS vi\_19\_tratamiento\_cenade)

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

FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Comidas** | **Hora** | **Alimento Consumido** | **Cantidad** | **Modo de preparación** | **Lugar de consumo** |
| Desayuno | vii\_de\_hora | vii\_de\_alimento | vii\_de\_cantidad | vii\_de\_preparacion | vii\_de\_lugar |
| Media Mañana | vii\_mm\_hora | vii\_mm\_alimento | vii\_mm\_cantidad | vii\_mm\_preparacion | vii\_mm\_lugar |
| Almuerzo | vii\_al\_hora | vii\_al\_alimento | vii\_al\_cantidad | vii\_al\_preparacion | vii\_al\_lugar |
| Cena | vii\_ce\_hora | vii\_ce\_alimento | vii\_ce\_cantidad | vii\_ce\_preparacion | vii\_ce\_lugar |

**VIII- Indicaciones (Variable?)**

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS viii\_indicaciones)

**IX- Controles (Variable?)**

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ix\_controles)

**ODONTOLÓGICA ADULTOS**

Paciente: (PERSONAS nombres, apellidos)

Domicilio: (PERSONAS direccion)

Edad: (PERSONAS edad)

Fecha de Nacimiento: (PERSONAS fecha\_nacimiento)

Lugar de Nacimiento: (FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS lugar\_nacimiento)

Nacionalidad: (PERSONAS nacionalidad\_id)

Sexo: (PERSONAS sexo)

C.I.: (PERSONAS ci)

Lugar de Trabajo: (FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS lugar\_trabajo)

Estado Civil: (PERSONAS estado\_civil\_id)

Motivo de Consulta: (FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS motivo\_consulta)

Observaciones: (FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS observaciones)

Servicio que utiliza en el CENADE: (FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS servicio\_cenade)

**II- Datos del Paciente**

1. Medicación actual: (Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii1\_medicacion\_actual)

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

Anestésico local Penicilina otros medicamentos (Booleans)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii2\_anestesico, ii2\_penicilina, ii2\_otros)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii3\_hemorragias)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii4\_problema\_tratamiento)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii5\_enfermedad\_cardiovascular)

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

( ) Diabetes ( ) Hepatitis

( ) Enfermedades renales ( ) Artritis

( ) Tuberculosis ( ) Enfermedades venéreas

( ) Enfermedades Sanguíneas ( ) Fumador

( ) Enfermedades Neurológicas

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii6\_diabetes, ii6\_hepatitis, ii6\_enfermedades\_renales, ii6\_artritis, ii6\_tuberculosis, ii6\_enfermedades\_venereas, ii6\_enfermedades\_sanguineas, ii6\_fumador, ii6\_enfermedades\_neurologicas)

7. Paciente femenino

Menstruación:(Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii7\_menstruacion)

¿Esta embarazada? (Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii7\_embarazada)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii7\_tiene\_hijos, ii7\_cantidad\_hijos, ii7\_amamanta)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii7\_hospitalizado, ii7\_causa\_hospitalizado)

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

ECG

TAC

RX

LABORATORIOS

OTROS

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS iii\_ecg, iii\_tac, iii\_rx, iii\_laboratorios, iii\_otros)

**IV- EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO**

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

(CONSULTAS fecha, tratamiento, profesional\_medico\_id)

**ODONTOLÓGICA MENOR**

Paciente: (PERSONAS nombres, apellidos)

Domicilio: (PERSONAS direccion)

Edad: (PERSONAS edad)

Fecha de Nacimiento: (PERSONAS fecha\_nacimiento)

Lugar de Nacimiento: (FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS lugar\_nacimiento)

Nacionalidad: (PERSONAS nacionalidad\_id)

Sexo: (PERSONAS sexo)

C.I.: (PERSONAS ci)

Lugar de Trabajo: (FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS lugar\_trabajo)

Estado Civil: (PERSONAS estado\_civil\_id)

Nombre del tutor: (ENCARGADOSnombres, apellidos)

Teléfono: (ENCARGADOStelefono)

Profesión: (ENCARGADOSprofesion\_actual)

Motivo de Consulta: (FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS motivo\_consulta)

Observaciones: (FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS observaciones)

Servicio que utiliza en el CENADE: (FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS servicio\_cenade)

**II- Datos del Paciente**

1. Medicación actual: (Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii1\_medicacion\_actual)

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

Anestésico local Penicilina otros medicamentos (Booleans)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii2\_anestesico, ii2\_penicilina, ii2\_otros)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii3\_hemorragias)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii4\_problema\_tratamiento)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii5\_enfermedad\_cardiovascular)

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

( ) Diabetes ( ) Hepatitis

( ) Enfermedades renales ( ) Artritis

( ) Tuberculosis ( ) Enfermedades venéreas

( ) Enfermedades Sanguíneas ( ) Fumador

( ) Enfermedades Neurológicas

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii6\_diabetes, ii6\_hepatitis, ii6\_enfermedades\_renales, ii6\_artritis, ii6\_tuberculosis, ii6\_enfermedades\_venereas, ii6\_enfermedades\_sanguineas, ii6\_fumador, ii6\_enfermedades\_neurologicas)

7. Paciente femenino

Menstruación:(Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii7\_menstruacion)

¿Esta embarazada? (Variable?)

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii7\_embarazada)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii7\_tiene\_hijos, ii7\_cantidad\_hijos, ii7\_amamanta)

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

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS ii7\_hospitalizado, ii7\_causa\_hospitalizado)

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

ECG

TAC

RX

LABORATORIOS

OTROS

(FICHAS\_NUTRICIONALES\_ADULTOS iii\_ecg, iii\_tac, iii\_rx, iii\_laboratorios, iii\_otros)

**IV- EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO**

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

(CONSULTAS fecha, tratamiento, profesional\_salud\_id)

**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: (CONSULTAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ADULTOS motivo\_consulta) 250

Medicamentos: (CONSULTAS 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: (PERSONASnombres, apellidos)

Edad: (PERSONASedad)

Sexo: (PERSONASsexo)

Nacionalidad: (PERSONAS nacionalidad\_id)

Fecha de Nacimiento: (PERSONASfecha\_nacimiento)

Fecha de Ingreso: (PACIENTEfecha\_ingreso)

Dirección: (PERSONAS direccion)

Teléfono: (PERSONAS telefono)

Madre: (ENCARGADOS nombres, apellidos)

Edad: (ENCARGADOS edad)

Profesión: (ENCARGADOS profesion\_actual)

Número de Hijos: (ENCARGADOS numero\_hijos)

Padre: (ENCARGADOS nombres, apellidos)

Edad: (ENCARGADOS edad)

Profesión: (ENCARGADOS profesion\_actual)

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)

Observacion:

(FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_PEDIATRICAS observacion)

Evolución:

(FICHAS\_FISIOTERAPEUTICAS\_ PEDIATRICAS evolucion)

**PEDIATRÍA**

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 nombres, apellidos)

Edad: (ENCARGADOS edad)

Profesión: (ENCARGADOS profesion\_actual)

Madre: (ENCARGADOS nombres, apellidos)

Edad: (ENCARGADOS edad)

Profesión: (ENCARGADOS profesion\_actual)

Dirección: (PERSONAS direccion)

Teléfono: (PERSONAS telefono)

Control Cefálico – Control de Tronco – Equilibrio – Marcha

(FICHAS\_PEDIATRICAS control)

**Antecedentes Gestacionales y Obstetricos**

Gestación (FICHAS\_PEDIATRICAS gestacion)

Paridad (FICHAS\_PEDIATRICAS paridad)

Abortos (FICHAS\_PEDIATRICAS abortos)

Nacidos Muertos (FICHAS\_PEDIATRICAS nacidos\_muertos)

Gestaciones y partos anteriores (FICHAS\_PEDIATRICAS partos\_anteriores)

G. Sanguineo: Rh: Coombs:

(FICHAS\_PEDIATRICAS grupo\_sanguineo1, rh1, coombs)

Padre Grupo Sanguineo

(FICHAS\_PEDIATRICAS padre\_grupo\_sanguineo)

**Gestación Actual**

F.U.M (FICHAS\_PEDIATRICAS fum)

FP (FICHAS\_PEDIATRICAS fp)

Duración (FICHAS\_PEDIATRICAS duracion)

Riesgos: (FICHAS\_PEDIATRICAS riesgos)

**Observaciones**

Tipo de Parto (FICHAS\_PEDIATRICAS tipo\_parto)

Anestesia: Analgesia:

(FICHAS\_PEDIATRICAS anestesia, analgesia)

Neonatal: Cianosis Ictericia antes 72hs Despues 72hs

(FICHAS\_PEDIATRICAS neonatal\_cianosis, ictericica\_antes, ictericia\_despues)

Apgar: Peso: Talla: PC: TP: Fontanela

(FICHAS\_PEDIATRICAS apgar, peso1, talla1, pc2, tp, fontanela)

Dubowitz Parkin Grupo Sang: Rh:

(FICHAS\_PEDIATRICAS dubowitz, parkin, grupo\_sanguineo\_2, rh2)

**Observaciones**

Medicación CCU (FICHAS\_PEDIATRICAS medicacion, ccu)

Tiempo de Internación: (FICHAS\_PEDIATRICAS tiempo\_internacion)

Alta: (FICHAS\_PEDIATRICAS alta)

Peso: (FICHAS\_PEDIATRICAS peso2)

Talla: (FICHAS\_PEDIATRICAS talla2)

PB: (FICHAS\_PEDIATRICAS pb)

PT: (FICHAS\_PEDIATRICAS pt1)

**Alimentación**

Natural: Duracion:

(FICHAS\_PEDIATRICAS alimentacion\_natural, duracion\_natural)

Artificial:

(FICHAS\_PEDIATRICAS alimentacion\_artificial)

BCG: Antisarampionosa Antigripal MMR

(FICHAS\_PEDIATRICAS bcg, antisarampionosa, antigripal, mmr)

DPT: 1ª: 2ª: 3ª: Ref. 1º 2º 3º 4º

(FICHAS\_PEDIATRICAS dpt, dpt1, dpt2, dpt3, dpt\_ref1, dpt\_ref2, dpt\_ref3, dpt\_ref4)

Sabin: 1ª: 2ª: 3ª: Ref. 1º 2º 3º 4º

(FICHAS\_PEDIATRICAS sabin, sabin1, sabin2, sabin3, sabin\_ref1, sabin\_ref2, sabin\_ref3, sabin\_ref4)

Otras

(FICHAS\_PEDIATRICAS otras)

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

(FICHAS\_PEDIATRICAS app, apf, edad\_mental)

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

(FICHAS\_PEDIATRICAS epl, dpm, tto\_ant)

Sosten Cefálico Sedentación Mancha:

(FICHAS\_PEDIATRICAS sosten\_cefalico, sedentacion, mancha)