



## A DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	HCU	Nº ARCHIVO	Nº HOJA
PRIVADO	52492	CLÍNICA DE ESPECIALIDADES SUR	1711467884	1	1
APELLIDO	NOMBRE	SEXO (M-F)		EDAD	
Aguas	Franklin	M		49	

## B MOTIVO DE CONSULTA

PRIMERA

X

SUBSECUENTE

Test traumatolog

## C ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

DATOS CLINICO - QUIRURGICOS,OBSTETRICOS, ALERGICOS,RELEVANTES

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

1 , 3 rr,

## D ANTECEDENTES FAMILIARES

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

2 ,

## E ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, FRECUENCIA  
FACTORES QUE AGRAVANTES

enfer atual

## F CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRIA

FECHA HORA	TEMPERATURA °C	PRESION ARTERIAL (mmHg)	PULSO / min	FRECUENCIA RESPIRATORIA /min	PESO (Kg)	TALLA (mts)	IMC (Kg/m2)	PERIMETRO ABDOMINAL (cm)	HEMOGLOBINA CAPILAR (g/dl)	GLUCOSA CAPILAR (mg/dL)	PULSIONIMETRIA (%)

## G REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

MARCAR CON X CUANDO PRESENTE PATOLOGÍA: Y DESCRIBIR  
MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

1 PIEL Y ORGANOS		3 DIGESTIVO		5 HEMOLINFATICO		7 CARDIO-VASCULAR		9 ENDOCRINO	
2 RESPIRATORIO		4 MUSCULO ESQUELETICO		6 ORGANO DE LOS SENTIDOS		8 GENITO - URINARIO		10 NERVIOSO	

I.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 2.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 3.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 4.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 5.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 6.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 7.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 8.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 9.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 10.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA,



## H EXAMEN FÍSICO

MARCAR CON X CUANDO PRESENTE PATOLOGÍA: Y DESCRIBIR MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

## REGIONAL

## SISTEMICO

1-R	PIEL - FANERAS	6-R	BOCA	11-R	ABDOMEN	1-S	ORGANOS DE LOS SENTIDOS	6-S	URINARIO
2-R	CABEZA	7-R	ORO FARINGE	12-R	COLUMNA VERTEBRAL	2-S	RESPIRATORIO	7-S	MUSCULO ESQUELETICO
3-R	OJOS	8-R	CUELLO	13-R	INGLE - PERINE	3-S	CARDIO VASCULAR	8-S	ENDOCRINO
4-R	OVIDOS	9-R	AXILAS - MAMAS	14-R	MIEMBROS SUPERIORES	4-S	DIGESTIVO	9-S	HEMO LINFATICO
5-R	NARIZ	10-R	TORAX	15-R	MIEMBROS INFERIORES	5-S	GENITAL	10-S	NEUROLOGICO

I S.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 1 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 2 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 3 S.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 3 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 4 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 4 S.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 5 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 5 S.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 6 S.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 6 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 7 S.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 7 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 8 S.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 8 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 9 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 9 S.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 10 S.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 10 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 11 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 12 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 13 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 14 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 15 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA,

## I DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO  
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1	Examen de donante potencial de órgano o tejido	Z005		X	4			
2					5			
3					6			

## J PLANES DE TRATAMIENTO

DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICOS Y EDUCACIONALES

Plant

## K DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	2025-08-31	HORA	18:12:24	NOMBRE DEL PROFESIONAL	ADMINISTRADOR SISTEMA
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	1212121212	FIRMA		SELLO	

SNS-MSP / HCU-form.002 / 2021

CONSULTA EXTERNA - EXAMEN FÍSICO Y PRESCRIPCIONES (2)