

### A DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	HCU	N° ARCHIVO	N° 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. TUBERCULO SIS		7. ENF. MENTAL		8. ENF. INFECCIOSA		9. MAL FORMACIÓN		10. OTRO	
----------------	---	-----------------	--	---------------------	---	-------------------------	--	-----------	--	------------------	--	----------------	--	--------------------	--	------------------	--	----------	--

1, 3 rrr,

### D ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATÍA		2. HIPERTENSIÓN	X	3. ENF. C. VASCULAR		4. ENDOCRINO METABOLICO		5. CÁNCER		6. TUBERCULO SIS		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)	PULSIOXIMETRIA (%)

### 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	

1.- 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	OIDOS		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	

1 S.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 1 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 2 R.- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA, 2 S.- 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)