

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	HOSPITAL GENERAL DE JIPIJAPA	320	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
			13	06	50	

## 1 REGISTRO DE ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA					
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y (CALLE Y Nº - MANZANAS) CASA		BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (U/R)	Nº TELÉFONO		
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	GÉNERO M   F	SOL CAS DIV VIU U-L	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN ÚLTIMO AÑO APROBADO	
					<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		
FECHA DE ADMISIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA			TIPO DE SEGURO			REFERIDO DE:	
EN CASO NECESARIO AVISAR A:			PARENTESCO - AFINIDAD			DIRECCIÓN			Nº TELÉFONO
AMBULATORIO <input type="radio"/>	AMBULANCIA <input type="radio"/>	OTRO TRANSPORTE <input type="radio"/>							

## 2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

HORA		TRAUMA <input type="radio"/>	CAUSA CLÍNICA <input type="radio"/>	CAUSA G. OBSTÉTRICA <input type="radio"/>	CAUSA QUIRÚRGICA <input type="radio"/>	GRUPO SANGUÍNEO	
NOTIFICACIÓN A LA POLICIA <input type="radio"/>		OTRO MOTIVO <input type="radio"/>					

## 3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

FECHA Y HORA DEL EVENTO	LUGAR DEL EVENTO	DIRECCIÓN DEL EVENTO				CUSTODIA POLICIAL	NO APLICA
ACCIDENTE DE TRANSITO <input type="radio"/>	CAÍDA <input type="radio"/>	QUEMADURA <input type="radio"/>	MORDEDURA <input type="radio"/>	AHOGAMIENTO <input type="radio"/>	CUERPO EXTRAÑO <input type="radio"/>	APLASTAMIENTO <input type="radio"/>	OTRO ACCIDENTE <input type="radio"/>
VIOLENCIA X ARMA DE FUEGO <input type="radio"/>	VIOLENCIA X ARMA C.PUNZANTE <input type="radio"/>	VIOLENCIA X RIÑA <input type="radio"/>	VIOLENCIA FAMILIAR <input type="radio"/>	ABUSO FÍSICO <input type="radio"/>	ABUSO PSICOLÓGICO <input type="radio"/>	ABUSO SEXUAL <input type="radio"/>	OTRA VIOLENCIA <input type="radio"/>
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA <input type="radio"/>	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA <input type="radio"/>	INTOXICACIÓN X DROGAS <input type="radio"/>	INHALACIÓN DE GASES <input type="radio"/>	OTRA INTOXICACIÓN <input type="radio"/>	ENVENENAMIENTO <input type="radio"/>	PICADURA <input type="radio"/>	ANAFILEXIA <input type="radio"/>
OBSERVACIONES						ALIENTO ETÍLICO <input type="checkbox"/>	VALOR ALCOCHECK <input type="checkbox"/>

## 4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALÉRGICO <input type="checkbox"/>	2. CLÍNICO <input type="checkbox"/>	3. GINECOLÓGICO <input type="checkbox"/>	4. TRAUMATÓG. <input type="checkbox"/>	5. QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/>	6. FARMACOLÓG. <input type="checkbox"/>	7. OTRO <input type="checkbox"/>	DESCRIBIR ABAJO, REGISTRANDO EL NÚMERO RESPECTIVO NO APLICA

## 5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

VÍA AÉREA LIBRE <input type="checkbox"/>	VÍA AÉREA OBSTRUIDA <input type="checkbox"/>	CONDICIÓN ESTABLE <input type="checkbox"/>	CONDICIÓN INESTABLE <input type="checkbox"/>	CRONOGÍA - LOCALIZACIÓN - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD NO APLICA
				- FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES

## 6 CARACTÉRISTICAS DEL DOLOR

REGIÓN ANATÓMICA	PUNTO DOLOROSO	LOCALIZACIÓN DIFUSO IRRADIAD REFERIDO	SITUACIÓN AGUDO SUB AGUDO CRÓNICO	EVOLUCIÓN EPISÓDICO CONTINUO CÓLICO	TIPO POSICIÓN INGESTA ESFUERZO DÍGITO PRESSIÓN ANALGÉSICO ANTIESPASMODICO OPACIO	SE MODIFICA CON: NO ALIVIA	ALIVIA CON: NO ALIVIA	INTENSIDAD 8-10 GRAVE 5-7 MODERADO 0-4 LEVE
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

## 7 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

PRESIÓN ARTERIAL		F. CARDIACA min	<th>F. RESPIRAT. min</th> <td></td> <th>TEMP. BUCAL °C</th> <td><th>TEMP. AXILAR °C</th><td></td><th>PESO Kg</th><td><th>TALLA m</th><td></td></td></td>	F. RESPIRAT. min		TEMP. BUCAL °C	<th>TEMP. AXILAR °C</th> <td></td> <th>PESO Kg</th> <td><th>TALLA m</th><td></td></td>	TEMP. AXILAR °C		PESO Kg	<th>TALLA m</th> <td></td>	TALLA m	
GLASGOW	Ocular (4)	Verbal (5)		MOTORA (6)		TOTAL (15)		REACCIÓN PUPILA DER		REACCIÓN PUPILA IZQ		T. LLENADO CAPILAR	

## 8 EXAMEN FÍSICO

R= REGIONAL  
S= SISTÉMICO

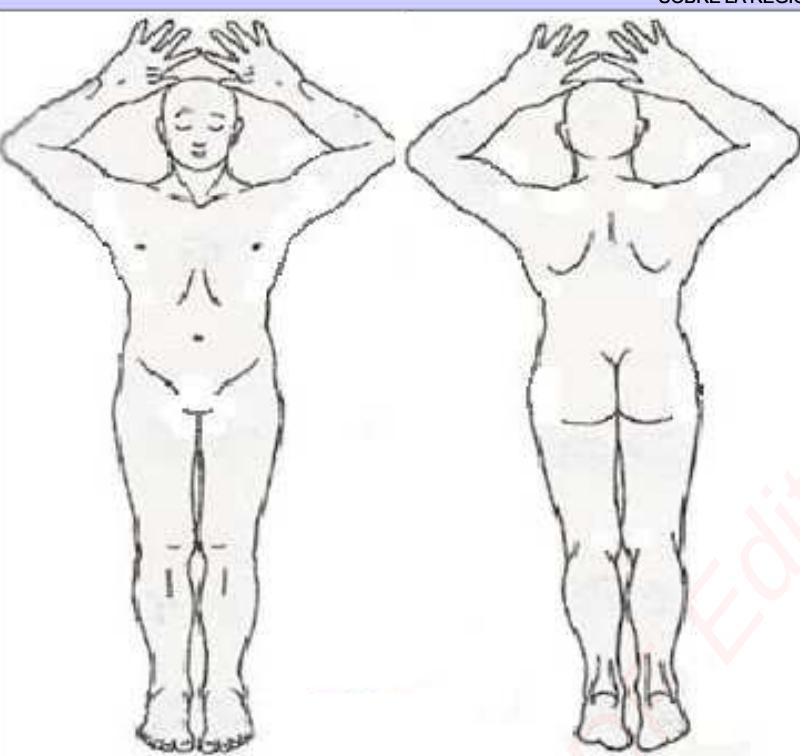
CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO  
ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES

SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA:  
MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

	CP SP	CP SP	CP SP	CP SP	CP SP	CP SP							
1-R PIEL - FANERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6-R BOCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11-R ABDOMEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-S ORGANOS DE LOS SENTIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6-S URINARIO	<input type="checkbox"/>
2-R CABEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7-R ORO FARINGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12-R COLUMNAS VERTEBRALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2-S RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7-S MUSCULO ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/>
3-R OJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8-R CUELLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13-R INGLE-PERINÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3-S CARDIO VASCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8-S ENDOCRINO	<input type="checkbox"/>
4-R OÍDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9-R AXILAS - MAMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14-R MIEMBROS SUPERIORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4-S DIGESTIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9-S HEMOLINFÁTICO	<input type="checkbox"/>
5-R NARIZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10-R TÓRAX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15-R MIEMBROS INFERIORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5-S GENITAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10-S NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/>

## 9 LOCALIZACION DE LESIONES

ESCRIBIR EL NUMERO DE LA LESIÓN SOBRE LA REGIÓN CORRESPONDIENTE NO APLICA



1 HERIDA PENETRANTE	
2 HERIDA CORTANTE	
3 FRACTURA EXPUESTA	
4 FRACTURA CERRADA	
5 CUERPO EXTRAÑO	
6 HEMORRAGIA	
7 MORDEDURA	
8 PICADURA	
9 EXCORIACIÓN	
10 DEFORMIDAD O MASA	
11 HEMATOMA	
12 ERITEMA / INFLAMACIÓN	
13 LUXACIÓN / ESGUINCE	
14 QUEMADURA	
15	

## 10 EMERGENCIA OBSTÉTRICA

NO APLICA

GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESÁREAS
FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN		SEMANAS GESTACIÓN	MOVIMIENTO FETAL
FRECUENCIA C. FETAL		MEMBRANAS ROTAS	TIEMPO
ALTURA UTERINA		PRESENTACIÓN	
DILATACIÓN		BORRAMIENTO	PLANO
PELVIS ÚTIL	SANGRADO VAGINAL	CONTRACCIONES	

## 11 SOLICITUD DE EXÁMENES

1. BIOMETRÍA	<input type="checkbox"/>	3. QUÍMICA SANGUÍNEA	<input type="checkbox"/>	5. GASOMETRÍA	<input type="checkbox"/>	7. ENDOSCOPIA	<input type="checkbox"/>	9. R-X ABDOMEN	<input type="checkbox"/>	11. TOMOGRAFÍA	<input type="checkbox"/>	13. ECOGRAFÍA PÉLVICA	<input type="checkbox"/>	15. INTERCONSULTA	<input type="checkbox"/>
2. UROANALISIS	<input type="checkbox"/>	4. ELECTROLITOS	<input type="checkbox"/>	6. ELECTRO CARDIOGRAMA	<input type="checkbox"/>	8. R-X TÓRAX	<input type="checkbox"/>	10. R-X ÓSEA	<input type="checkbox"/>	12. RESONANCIA	<input type="checkbox"/>	14. ECOGRAFÍA ABDOMEN	<input type="checkbox"/>	16. OTROS	<input type="checkbox"/>

## 12 DIAGNÓSTICO DE INGRESO

PRE= PRESUNTIVO  
DEF= DEFINITIVO

CIE PRE DEF

1			
2			
3			

## 13 DIAGNÓSTICO DE ALTA

PRE= PRESUNTIVO  
DEF= DEFINITIVO

CIE PRE DEF

1			
2			
3			

## 14 PLAN DE TRATAMIENTO

INDICACIONES				MEDICAMENTO PRINCIPIO ACTIVO, CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN				POSOLOGÍA	
				1					
				2					
				3					
				4					

## 15 ALTA

DOMICILIO	<input type="checkbox"/>	CONSULTA EXTERNA	<input type="checkbox"/>	OBSERVACIÓN	<input type="checkbox"/>	INTERNACIÓN	<input type="checkbox"/>	REFERENCIA	<input type="checkbox"/>	EGRESA VIVO	<input type="checkbox"/>	EN CONDICIÓN ESTABLE	<input type="checkbox"/>	EN CONDICIÓN INESTABLE	<input type="checkbox"/>	DÍAS DE INCAPACIDAD
SERVICIO DE REFERENCIA				ESTABLECIMIENTO				MUERTO EN EMERGENCIA	<input type="checkbox"/>	CAUSA						

FECHA DE CONTROL		HORA FINALIZACIÓN		PROFESIONAL Y CÓDIGO				FIRMA		NUMERO DE HOJA	
------------------	--	-------------------	--	----------------------	--	--	--	-------	--	----------------	--