



7 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

PRESIÓN ARTERIAL		F. CARDIACA min		F. RESPIRAT. min		TEMP. BUCAL °C		TEMP. AXILAR °C		PESO Kg		TALLA m	
GLASGOW	OCULAR (4)		VERBAL (5)		MOTORA (6)		TOTAL (15)		REACCIÓN PUPILA DER		REACCIÓN PUPILA IZQ		T. LLENADO CAPILAR
													SATURA OXIGENO

8 EXAMEN FÍSICO

R= REGIONAL  
S= SISTÉMICO

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

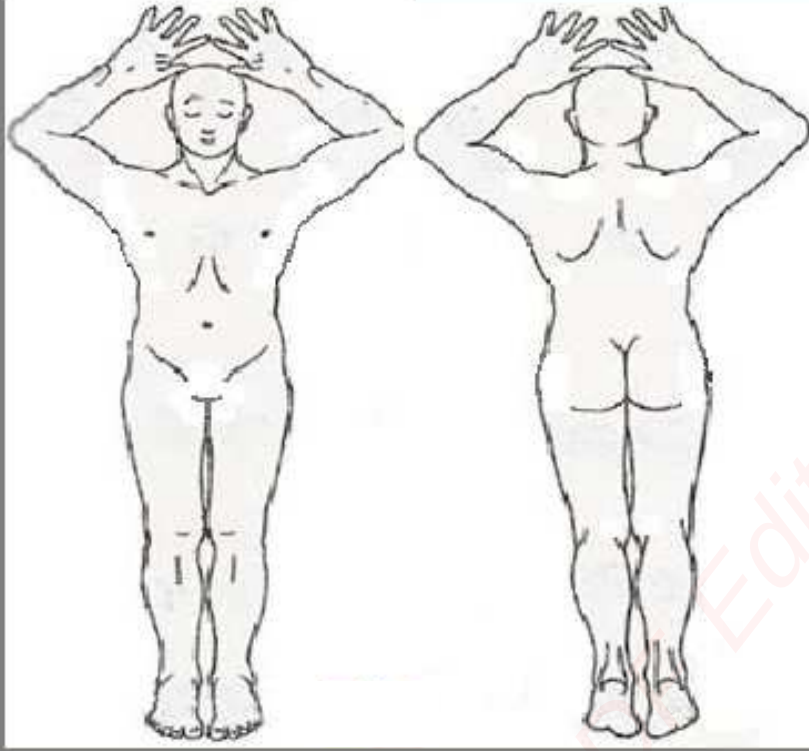
SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

	CP	SP		CP	SP		CP	SP		CP	SP		CP	SP
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"/>	<input type="checkbox"/>
2-R CABEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7-R ORO FARINGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12-R COLUMNA VERTEBRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2-S RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7-S MÚSCULO ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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 HEMO LINFÁTICO	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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 / INFLAMACION

13 LUXACION / 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

REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NUMERO

NO APLICA

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. UROANÁLISIS	<input type="checkbox"/>	4. ELECTROLITOS	<input type="checkbox"/>	6. ELECTROCARDIOGRAMA	<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			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 DIAGNÓSTICO DE ALTA

PRE= PRESUNTIVO  
DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	
------------------	--	-------------------	--	----------------------	--	-------	--	----------------	--