



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
BIENESTAR UNIVERSITARIO
UNIDAD DE SALUD
Cuestionario de Salud

Fecha ex. Clínico:

1. <u>AURA LUZ, CIFUENTES REYES</u>	2. <u>200614790</u>
Nombre	No. de Carnet
3. <u>31 AVE C 14-33 SAN MARTIN</u>	4. Tel <u>24328221</u>
Domicilio	
5. <u>15/05/2012</u>	6. _____
Fecha de hoy	Facultad
7. <u>24.0</u>	
Edad	
8. <u>Aura Reyes</u>	9. Tel <u>42201711</u>
Encargado	Encargado
9. Movil <u>41101121</u>	
Encargado	
10. <u>BACHILLERATO EN COMPUTACION CON ORIENTACION CIENTIFICA</u>	11. <u>Soltero</u>
Titulo de Secundaria	Estado civil
12. <u>Guatemala</u>	
Crecio en	

PROBLEMAS RESUELTOS

a) _____	b) _____
c) _____	d) _____
e) _____	f) _____

Fechas:

PROBLEMAS ACTIVOS

_____	1. _____
_____	_____
_____	2. _____
_____	_____
_____	3. _____
_____	_____
_____	4. _____
_____	_____
_____	5. _____
_____	_____
_____	6. _____
_____	_____
_____	7. _____
_____	_____
_____	8. _____
_____	_____
_____	9. _____
_____	_____

No. de Registro 200614790

Sano ☐ Problemas otra causa ☐ Problemas de descuido ☐ Problemas de autodestrucción ☐

CABEZA		16) El sol me provoca alergias	Frecuentemente
1) Sufro dolores de cabeza	Siempre	GENITOURINARIO	
2) Me duele la cabeza cuando estoy tens@ (Exámenes, clases, enojos, sustos, etc.)	Frecuentemente	17) Siento ardor al orinar	No
3) Me duele la cabeza sin motivo alguno	Siempre	18) Siento dolor al orinar	Ocasionalmente
OJO		19) Padezco calculos en los riñones	No
4) Uso lentes (anteojos ó de contacto)	Frecuentemente	20) Tengo problemas en mis testiculos	Ocasionalmente
5) Se me cansa la vista (al leer, ver tv, etc)	Frecuentemente	21) Mis ciclos menstruales son regulares	No
6) Tengo la vista borrosa al leer o identificar personas u objetos lejados (carteles, pizarra, amigos, etc)	Frecuentemente	22) Tengo flujo vaginal blanquecino o amarillento	Ocasionalmente
OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA		23) Tengo dolores menstruales intensos	Ocasionalmente
7) Tengo dificultad para escuchar con uno o ambos oídos	Frecuentemente	GASTROINTESTINAL	
8) Padezco de infecciones de garganta	Frecuentemente	24) Se me embota el estomago	Siempre
9) Acumulo cerumen	No	25) Sufro de agruras, reflujo	Frecuentemente
10) Mantengo secreción nasal (moquera)	Frecuentemente	26) Sufro de diarrea	Frecuentemente
ALERGIAS		27) Sufro de estreñimiento	Siempre
11) El polvo me provoca alergia	Siempre	28) Me lavo las manos antes de comer	Frecuentemente
12) Comer mariscos me provoca alergias	Frecuentemente	MÚSCULOS Y HUESOS	
13) El clima frío me provoca alergia	Ocasionalmente	29) Tengo dolores de espalda	Ocasionalmente
14) Comer cerdo me provoca alergia	Frecuentemente	30) Tengo dolores de cuello	Frecuentemente
15) Soy alérgicos a la penicilina ó aspirina	Ocasionalmente	HÁBITOS DE VIDA	

31) Fumo ó fume cigarillos	1 a 3 Veces/Semana
32) FUMO DE 1 A 5 CIGARRILLOS	Ocasionalmente
33) Fumo más de 5 cigarillos	1 a 3 Veces/Semana
34) Fumo principalmente en las mañanas, al momento de levantarme	Ocasionalmente
36) Soy fumador(a) pasivo(a)	1 a 3 Veces/Semana
35) Consumo bebidas alcoholicas (cerveza, ron, vino , etc)	Ocasionalmente
37) Con que frecuencia bebes 6 o más bebidas en una ocasión	Ocasionalmente
38) Con que frecuencia has dejado de hacer tus actividades debido al consumo de licor (clases, tareas, trabajo)	1 a 3 Veces/Semana
39) Practico ejercicio 30 minutos o más (correr, gimnasio, pesas, pilates, bicicleta, etc)	Ocasionalmente
40) Consumo drogas (marihuana, cocaína, etc)	1 a 3 Veces/Semana

ANTECEDENTES FAMILIARES	
41) Diabetes Mellitus	Madre,Padre,Abuelos, Abuelas,Yo

EXAMEN FISICO

Inspección General:	
1 NI.	2 Anl.
Piel y Faneras:	
1 NI.	2 Anl.
Cráneo:	
1 NI.	2 Anl.
Evaluación de Oídos:	
1 NI.	2 Anl.
Evaluación de Nariz:	
1 NI.	2 Anl.
Evaluación de Cuello:	
1 NI.	2 Anl.
Evaluación Cardíaca:	
1 NI.	2 Anl.
Evaluación Pulmonar:	
1 NI.	2 Anl.
Musculo Esqueletico:	
1 NI.	2 Anl.
Evaluación de Abdomen:	
1 NI.	2 Anl.
Evaluación de Neurológica:	
1 NI.	2 Anl.

ESPIROMETRÍA				
	Valor estimado	Valor medido	Porcentaje en rel a C.V.	
			Estimada	Medida
Capacidad Vital (C.V.)				
Valor Espirado en 1 segundo V.E.I.				
Interpretación	1 <input type="checkbox"/> normal		2 <input type="checkbox"/> anormal	
Nombre del Examinador _____			Vo.Bo. _____ Catedrático Instructor	

ANTROPOMETRÍA

P.A., B.D. _____ B.I. _____ Pulso: _____

Talla de pié: _____ cms. Peso: _____ lbs. Maximo: _____ lbs. Deseable: _____ lbs.

Circunferencia Abdomen: _____ cms. Indice Masa Corporal: _____

Espesor del tejido celular subcutpaneo en cm.

Varones: Tricipital + Subescapular = Total Mujeres: Tricipital + Subescapular = Total

_____ + _____ = _____ _____ + _____ = _____

Porcentaje de grasa corporal: _____ % Peso deseable según % grasa corporal: _____ %

Muy magro ☐ Magro ☐ Obesidad leve ☐ Obesidad Mod. ☐ Obesidad Severa ☐

Posición corporal: NI ☐ Anl _____

Simetría corporal: NI ☐ Anl _____

Nombre del Examinador

Vo.Bo. _____
Catedrático Instructor

AUDIOMETRÍA COLECTIVA								
Frecuencia	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
O. Derecho								
O. Izquierdo								
Decibeles	20	20	20	20	20	20	20	20

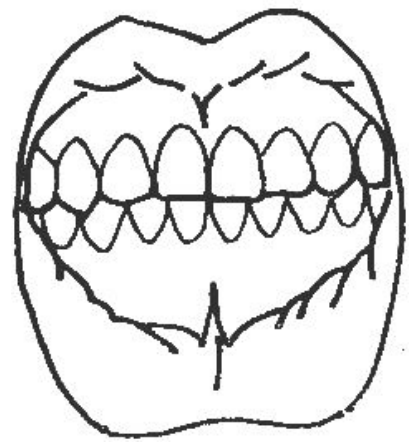
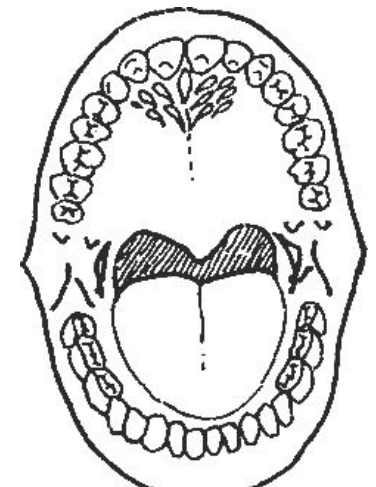
 Estudiante

 Instructor

EVALUACIÓN ESTOMATOLÓGICA

EXAMEN CLÍNICO DE LOS T E J I D O S										ALTERACIONES Y ANOMALIAS MENORES DE DESARROLLO:									
REGIONES ANATÓMICAS DE LA CAVIDAD ORAL		Edema	1	Sangramiento	2	Úlcera	3	Mancha Blanca	4	Mancha Roja	5	Fístula	6	Laceraciones	7	Grietas o fisuras	8	Capuchones terceras molares	9
1 Labios	1 Superior																		
	2 Inferior																		
2 Carrillos	2 Izquierdo																		
	1 Derecho																		
3 Paladar	1 Duro																		
	2 Blando																		
4 Lengua	1 Dorso																		
	2 Vientre																		
	3 Margen																		
5 Piso de la boca																			
6 Encías	1 Bucal																		
	2 Lingual																		
7 Mucosa alveolar	1 Superior																		
	2 Inferior																		

CUADRANTES	PIEZAS DENTARIAS	ALTERACIONES																			
		Espacio Desdentado	Resto radicular	Movilidad	Caries	Abrasión	Atrición	Erosión	Fracturas	Mal posición	Hipoplasia	Exposición Pulpar	Restauración	Dolor	Mancha Extrinseca	Mancha Intrínseca	Diastemas	Materia alba	Cálculos dentarios	PROTESIS	
Inferior Derecho	8																				
	7																				
	6																				
	5																				
	4																				
	3																				
	2																				
	1																				
Inferior Izquierdo	1																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5																				
	6																				
	7																				
	8																				
Superior Izquierdo	8																				
	7																				
	6																				
	5																				
	4																				
	3																				
	2																				
	1																				
Superior Derecho	1																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5																				
	6																				
	7																				
	8																				

ÍNDICES

P

CAIO

C.P.O.

I.H.O.S.

ODONTÓLOGO

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

AGUDEZA VISUAL LEJANA		
	S.L.	C.L.
O.D.		
O.I.		
BINOC		

AGUDEZA VISUAL CERCANA		
	S.L.	C.L.
O.D.		
O.I.		
BINOC		

VISIÓN DE COLORES										
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	
TOTAL								<input type="text"/>		

MOVIMIENTOS OCULARES

	O.D.	NI.	Anl.
Oblicuos		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horizontales		<input type="text"/>	<input type="text"/>

	O.I.	NI.	Anl.
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

REFLEJOS

	O.D.	NI.	Anl.
Fotomotor		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Consensual		<input type="text"/>	<input type="text"/>

	O.I.	NI.	Anl.
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

EXAMEN FISICO

	O.D.	NI.	Anl.
Párpados y anexos		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conjuntivas		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fondo de ojo		<input type="text"/>	<input type="text"/>

	O.I.	NI.	Anl.
Escleróticas		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pupilas		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones: _____

Estudiante

Vo.Bo. _____
Instructor

PRUEBA DE ACONDICIONAMIENTO FISICO

Duración del esfuerzos en segs. _____

Latidos en 30" al min. de reposo _____

Latidos desp. de 2 min. de reposo _____

Latidos desp. de 3 min de reposo _____

Suma: _____

Interpretación: Malo (60 o menos) _____
Bueno (80 o 90) _____

I.A. = $\frac{\text{Duración del esfuerzo en segs.} \times 100}{\text{Suma de los tres pulsos} \times 2}$ =

I.A. _____

Promedio (61 a 79) _____

Excelente (90 o más) _____

No se realizó la prueba por: _____

Estudiante

Vo.Bo. _____
Instructor

Fechas:

PLAN INICIAL DE PROBLEMAS

1. Problemas: _____

Datos subjetivos: _____

Datos objetivos: _____

Análisis: _____

Conducta a seguir: _____

2. Problemas: _____

Datos subjetivos: _____

Datos objetivos: _____

Análisis: _____

Conducta a seguir: _____

3. Problemas: _____

Datos subjetivos: _____

Datos objetivos: _____

Análisis: _____

Conducta a seguir: _____

4. Problemas: _____

Datos subjetivos: _____

Datos objetivos: _____

Análisis: _____

Conducta a seguir: _____

Nombre de estudiante de Med.

Vo.Bo. Catedrático Instructor de Med.

Nombre de estudiante de Psic,

Vo.Bo. Catedrático Instructor de Psic.