

## CEDULA DE RECOLECCIÓN- HEPATICA DEL PACIENTE

Hoja 2

**INSTRUCCIONES:** Coloque una X en la casilla que corresponda según lo solicitado utilizando letra de molde y sin abreviaturas, favor de no dejar espacios sin llenar, la información que usted proporcione será confidencial y con fines estadísticos.

1.-Fecha de recolección

aaaa

mm

dd

2.-Id del Centro de Diálisis

3.- Folio del paciente

4.-Nombre del Paciente

Apellido paterno

Apellido Materno

5.-Afiliación

6.Género

Femenino

Masculino

7.- Fecha de nacimiento

aaaa

mm

dd

8.Clave Presupuestal

9.-UMF de adscripción

10.Hospital de Zona (o Regional) donde se atiende

11.-Teléfono fijo del paciente

12.-Teléfono móvil del paciente

13. Teléfono del familiar responsable

| I.ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 14. Existe alguna persona que tenga hepatitis en su familia   | SI  | NO  | 15. Tiempo  |   |
|   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>                                 |   |
| 16. Recibió tratamiento   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | años  |   |
| 17.Sus familiares y cuidadores cuentan con la vacuna de Hepatitis B   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |   |   |
| II.DATOS DEL PACIENTE ASOCIADOS A LA HEPATITIS  |   |   |   |   |
| Si el paciente contesta "No" en la preg. 18.pase a la pregunta N. 24  |   |   |   |   |
| 18.Padeció Hepatitis  | SI  | NO  | Tiempo  |   |
|   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>                                 |   |
| 19. Fecha del diagnóstico de Hepatitis  |   |   |   |   |
| <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |   |   |   |   |
| aaaa      mm      dd  |   |   |   |   |
| 20. Recibió tratamiento   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |   |   |
| 21.Le realizaron biopsia hepática   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |   |   |
| 22. Tenia la Vacuna de Hepatitis B antes del diagnóstico?   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |   |   |
| 23.Cuántas dosis recibió de la vacuna?  |   |   |   |   |
| Una Dosis   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | Dos Dosis   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>                                 | Tres Dosis  |
|   |   |   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>                                 | cuatro Dosis  |
|   |   |   |   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>   |
| III.ANTECEDENTES PERSONALES   |   |   |   |   |
| 24.Ha recibido transfusiones  | SI  | NO  | 25. Cuántas   | 26.Fecha de última Transfusión  |
|   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;"/> <input style="width: 40px; height: 20px;"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;"/> <input style="width: 40px; height: 20px;"/> <input style="width: 40px; height: 20px;"/> |
|   |   |   |   | aaaa      mm      dd  |
| 27.Utiliza algún tipo de droga  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | 28. Tiempo -años  |   |
|   |   |   | <input style="width: 40px; height: 20px;"/> <input style="width: 40px; height: 20px;"/> |   |
| 29.Utiliza estimulantes inyectados  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |   |   |
| 30.Comparte agujas  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |   |   |
| 31.Utiliza la acupuntura  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | 32.Tiempo -años   |   |
|   |   |   | <input style="width: 40px; height: 20px;"/> <input style="width: 40px; height: 20px;"/> |   |
| 33.Motivo de utilizarla _____   |   |   |   |   |
| especifique   |   |   |   |   |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 34. Tiene tatuajes                     | SI  | NO  | 35. Tiempo-años   |
|  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 36. Comparte el cepillo dental         | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | 37. Tiempo-años   |
|  |   |   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 38. Comparte instrumentos para afeitar | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | 39. Tiempo-años   |
|  |   |   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |

  

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| 40. Le han realizado la prueba del VIH?   | Si  | No   | 41. Tiempo-años   |
|   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>          | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 42. Cuál fue el resultado?  |   |  |   |
| Positivo <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>  |   | Negativo <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |   |
| 43. Es usted hemofílico?  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>          | 44. Tiempo-años   |
|   |   |  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 45. Número de parejas sexuales  |   |  |   |
| 1 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 2 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 3 y más <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |   |  |   |
| 46. Su pareja(s) son del mismo género?  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>          |   |

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del personal responsable