

FICHA SALUD INTEGRAL ADOLESCENTE (CLAP MODIFICADA)

NOMBRES

APELLIDOS (paterno y materno)

DOMICILIO (calle, número, comuna)

FECHA DE NACIMIENTO

RUN

SEXO

mujer

☐

hombre

☐

NOMBRE SOCIAL

Centro de Salud

Código

Control en establecimiento:

educacional

☐

de salud

☐

Establecimiento educacional:

H.C.N°

TEL FIJO

CEL

domicilio

☐

recados

☐

BENEFICIARIO PROTECCIÓN SOCIAL

no

☐

sí

☐

CORREO ELECTRÓNICO

CONSULTA PRINCIPAL

N°

FECHA

EDAD

años

meses

PAIS DE ORIGEN

ESTADO CIVIL

casado

☐

conviviente

☐

soltero

☐

unión civil

☐

separado

☐

viudo

☐

PUEBLO INDIGENA

no

☐

sí

☐

¿Cuál?

ACOMPANANTE

solo

☐

madre

☐

padre

☐

ambos

☐

amigo

☐

pareja

☐

pariente

☐

otro

☐

Motivo de consulta según adolescente:

1.

Motivo de consulta según acompañante:

1.

2.

2.

3.

3.

Descripción motivo de consulta

ANTECEDENTES PERSONALES

PERINATALES NORMALES

sí

☐

no sé

☐

no

☐

CIRUGIA/ HOSPITALIZACIONES

no

☐

no sé

☐

sí

☐

ALERGIAS

no

☐

no sé

☐

sí

☐

USO MEDICAMENTOS

no

☐

sí

☐

VACUNAS COMPLETA

sí

☐

no sé

☐

no

☐

PROBLEMAS SALUD MENTAL

no

☐

no sé

☐

sí

☐

ENF. IMPORTANTES

no

☐

no sé

☐

sí

☐

VIOLENCIA

no

☐

no sé

☐

sí

☐

DISCAPACIDAD

no

☐

no sé

☐

sí

☐

JUDICIALES

no

☐

no sé

☐

sí

☐

ACCIDENTE RELEVANTE

no

☐

no sé

☐

sí

☐

OTROS

no

☐

no sé

☐

sí

☐

Observaciones

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENF. IMPORTANTES

no

☐

no sé

☐

sí

☐

OBSESIDAD

no

☐

no sé

☐

sí

☐

PROBLEMAS SALUD MENTAL

no

☐

no sé

☐

sí

☐

VIOLENCIA INTRAFAMILIA

no

☐

no sé

☐

sí

☐

ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

no

☐

no sé

☐

sí

☐

MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE

no

☐

no sé

☐

sí

☐

JUDICIALES

no

☐

no sé

☐

si

☐

OTROS

no

☐

no sé

☐

sí

☐

Observaciones

FAMILIA

VIVE CON

no

☐

sí

☐

solo/a

☐

madre

☐

padre

☐

en institución

☐

con otros

☐

especifique

NIVEL INSTRUCCION

ninguno

☐

básica

☐

media

☐

superior

☐

Madre o sustituta

☐

Padre o sustituto

☐

Pareja

☐

OCUPACION

Madre o sustituta

Padre o sustituto

Pareja

DIAGRAMA FAMILIAR

COMPARTE CAMA

no

☐

sí

☐

¿Con quién?

PERCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE SOBRE SU FAMILIA

buen

☐

regular

☐

mala

☐

No hay relación

☐

VIVIENDA

condiciones sanitarias

sí

☐

no

☐

hacinamiento

sí

☐

no

☐

Observaciones

Observaciones

EDUCACIÓN

FSTUDIA

sí

☐

no

☐

NIVEL

No escolarizado

☐

básica

☐

media

☐

superior

☐

GRADO O CURSO

AÑOS REPETIDOS

Causa

PROBLEMAS EN LA ESCUELA

no

☐

sí

☐

VIOLENCIA ESCOLAR

no

☐

si

☐

DESERCIÓN/ EXCLUSIÓN

no

☐

si

☐

Causa

PERCEPCIÓN DE RENDIMIENTO RESPECTO A LA MAYORÍA DE SUS COMPAÑEROS

mejor

☐

peor

☐

igual

☐

Observaciones

TRABAJO	TRABAJA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <div></div> horas por semana	TRABAJO sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> infantil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> juvenil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PEORES FORMAS sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SERVICIO DOMESTICO NO REMUNERADO PELIGROSO sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RAZON DE TRABAJO económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	LEGALIZADO sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	TIPO DE TRABAJO	
Observaciones								
VIDA SOCIAL	ACEPTACION aceptado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>	PAREJA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> edad pareja <div></div> años meses VIOLENCIA EN LA PAREJA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	AMIGOS/AS sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD FISICA <div></div> horas por semana TV <div></div> horas por día	COMPUTADOR / CONSOLA Y OTROS <div></div> horas por día OTRAS ACTIVIDADES sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?	GROOMING sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> CYBERBULLYNG sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
	Observaciones							
HÁBITOS/ CONSUMO	SUEÑO NORMAL sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <div></div> horas por día	ALIMENTACIÓN ADECUADA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> COMIDAS CON FAMILIA <div></div> nº de comidas/ día	ALIMENTACIÓN ESPECIAL sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	TABACO sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <div></div> promedio cigarros/ día	ALCOHOL Y OTRAS DROGAS Consumo en último mes alcohol sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> marihuana sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> otra sustancia sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿Cuál? ¿Cuáles?	SEGURIDAD VIAL sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
	Observaciones							
GINECO/ UROLOGICO	MENARCA / ESPERMARCA años meses <div></div>	FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN día mes año <div></div> no conoce <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	CICLOS REGULARES sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/s <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> DISMENORREA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	FLUJO PATOLÓGICO VAGINAL/ SECRECIÓN PENEANA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	ITS / VIH no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál? tratamiento sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/s <input type="checkbox"/> tratamiento contactos sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	EMBARAZOS <input type="checkbox"/> HIJOS <input type="checkbox"/> ABORTOS <input type="checkbox"/>		
	Observaciones							
SEXUALIDAD ORIENT.SEXUAL	INTENCIÓN O CONDUCTA SEXUAL heterosexual <input type="checkbox"/> homosexual <input type="checkbox"/> bisexual <input type="checkbox"/> Se identifica como: <div></div> n/r <input type="checkbox"/>	RELACIONES SEXUALES CON distinto sexo <input type="checkbox"/> mismo sexo <input type="checkbox"/> ambos sexos <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	PAREJA SEXUAL única <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> varias <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	DIFICULTADES EN RELACIONES SEXUALES no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	ANTICONCEPCIÓN uso habitual condón siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> uso MAC actual <div></div> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> consejería uso MAC sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Doble protección sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ACO de emergencia sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	VIOLENCIA SEXUAL sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> reparación sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Observaciones								
SITUACIÓN PSICO EMOCIONAL	IMAGEN CORPORAL conforme <input type="checkbox"/> crea <input type="checkbox"/> preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con los demás <input type="checkbox"/>	VIDA CON PROYECTO claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/>	BIENESTAR EMOCIONAL normal <input type="checkbox"/> eufórico <input type="checkbox"/> deprimido/bajoneado <input type="checkbox"/> ansioso/angustiado <input type="checkbox"/> irritable <input type="checkbox"/> alta impulsividad <input type="checkbox"/> desesperanzado <input type="checkbox"/> autoagresiones <input type="checkbox"/> poco interés o placer <input type="checkbox"/>	RIESGO SUICIDA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> suicidalidad amigo/a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> compañero/a <input type="checkbox"/> ideación suicida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> intento suicida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	REFERENTE ADULTO padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> nombre <div></div> teléfono <div></div>			
	Observaciones							
EXAMEN FÍSICO	PESO (Kg) <div></div>	TALLA (cm) <div></div>	DE <input type="checkbox"/>	P. ABDOMINAL <div></div>	IMC <div></div>	DE <input type="checkbox"/>	PRESION ARTERIAL <div></div> / <div></div>	TANNER con foto <input type="checkbox"/> mama <input type="checkbox"/> genital <input type="checkbox"/>
ASPECTO GRAL.	AGUD. VISUAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	AGUD.AUDITIVA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	SALUD BUCAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TIROIDES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CARDIO PULMONAR normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	ABDOMEN normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	COLUMNA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXTREMIDADES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
Observaciones								
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL					DETECCION DE RIESGO Suicida <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> OH/drogas <input type="checkbox"/> Nutricional <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
INDICACIONES E INTERCONSULTAS								
Nombre responsable/profesión/ firma								Fecha próxima visita