|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos de identificación:** | | | **Fecha:** DD\_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AA \_\_\_\_\_\_\_ | |
| Nombres: | | | Apellidos: | |
| Tipo de identificación: CC \_\_\_ TI \_\_\_ RC \_\_\_ CE \_\_\_ | | | Nº de identificación: | |
| Fecha de nacimiento: | | | Lugar de nacimiento: | |
| Edad: | Estado civil: Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Unión libre \_\_\_ Separado \_\_\_ | | | |
| Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ | Orientación sexual: Lesbiana \_\_\_ Gay \_\_\_ Bisexual \_\_\_ Transexual \_\_\_ Heterosexual \_\_\_ | | | |
| Tipo de participante: | Estudiante \_\_\_ Docente \_\_\_ Administrativo \_\_\_ | | | |
| Dirección de residencia: |  | | Teléfono: |  |
| Programa académico: |  | | | Código *(si aplica)*: |
| Entidad de Seguridad Social en Salud: | |  | | |
| Grupo poblacional al cual pertenece: | | Adolescente \_\_\_ Desplazado \_\_\_ Discapacitado \_\_\_  Cabeza de hogar \_\_\_ Gestante-Lactante \_\_\_ Otros \_\_\_ | | |

**Antecedentes familiares**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enfermedad Familiar** | **Si** | **Quién** | **Enfermedad Familiar** | **Si** | **Quién** |
| Hipertensión |  |  | Asma |  |  |
| Accidente cerebrovascular |  |  | Tuberculosis |  |  |
| Enfermedades renales |  |  | Cáncer |  |  |
| Diabetes |  |  | Epilepsia |  |  |
| Enfermedades Mentales |  |  | Várices |  |  |
| Alergias |  |  | Artritis |  |  |
| Enfermedades gastrointestinales |  |  | Congénitas |  |  |
| Otras |  |  |

**Antecedentes personales:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enfermedad** | **Si** | **Enfermedad** | **Si** | **Enfermedad** | **Si** |
| Enfermedades Pulmonares |  | Diabetes |  | Accidente cerebrovascular |  |
| Hipertensión |  | Enfermedades de la piel |  | Artritis |  |
| Sordera |  | Tiroides |  | Enfermedades mentales |  |
| Enfermedades Cardiacas |  | Cáncer |  | Enfermedades osteomusculares |  |
| Sinusitis colocar mejor rinitis |  | Hepatitis |  | Tóxico-alérgicos |  |
| Epilepsia |  | Enfermedades renales |  | Transfusiones |  |
| Enfermedades gastrointestinales |  | Enfermedades genitourinarias |  | Otras |  |
| Defecto Enfermedad visual |  | Tuberculosis |  |

**Antecedentes inmunológicos:** (Vacunas)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VACUNA** | **No. dosis** | **Año última dosis** |
| Toxoide Tetánico |  |  |
| Fiebre amarilla |  |  |
| Hepatitis B. |  |  |
| Influenza |  |  |
| Otra: Cual |  |  |

**Hábitos:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ocupación: | | | | | |
| Uso del tiempo libre (hobbies – deportes): | | | | | |
| Consumo de alcohol: | Si | No | Cantidad que consume: | | |
| Frecuencia de consumo: | | | | |
| Tiempo de consumidor: | | | | |
| Consumo de cigarrillo: | Si | No | Cantidad que consume: | | |
| Frecuencia de consumo: | | | | |
| Tiempo de consumidor: | | | | |
| Consumo de sustancias psicoactivas: | Si | No | Tipo de sustancia: | | |
| Cantidad que consume: | | | | |
| Frecuencia de consumo: | | | | |
| Tiempo de consumidor: | | | | |
| ¿Ha recibido tratamiento por sustancias psicoactivas? | | | | Si | No |
| ¿Donde? | | | | Tiempo: | |

**Antecedentes farmacológicos:**

|  |
| --- |
| Medicamento (Dosis, Frecuencia, Presentación) |
|  |
|  |
|  |

**¿Padece alergias?:** Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antecedentes quirúrgicos:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Procedimiento** | **Año** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Antecedentes traumáticos**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Procedimiento** | **Año** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Antecedentes alimenticios:**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuantas veces al día se alimenta? \_\_\_\_\_ | ¿Cuantos vasos de agua consume durante el día? \_\_\_\_\_ |
| ¿Con que frecuencia al día consume?:  Proteína de origen animal \_\_\_\_\_ Cereal \_\_\_\_\_ Verduras \_\_\_\_\_ Legumbres \_\_\_\_\_ Frutas \_\_\_\_\_ | |
| ¿Alguna vez ha sufrido algún trastorno nutricional? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ | |
| Tipo de trastorno: | |
| ¿Ha recibido tratamiento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ | |

**Antecedentes gineco-obstétricos:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Edad de menarquia: | | | Ciclo : \_\_\_\_\_\_\_\_x \_\_\_\_\_\_ | | | Fecha última menstruación: |
| Gestaciones | Partos | Abortos | Cesáreas | Ectópicos | Vivos | Fecha ultimo parto: |

**Antecedentes en salud sexual y reproductiva:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vida sexual activa: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ | Edad de inicio de relaciones sexuales – coitales: \_\_\_\_\_ | |
| ¿Qué método de planificación utiliza?  Naturales \_\_\_\_\_ Dispositivo intrauterino \_\_\_\_\_ Píldoras \_\_\_\_\_ Inyección \_\_\_\_\_ Implante \_\_\_\_\_ Condón \_\_\_\_\_ Esterilización \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Fecha de la última citología: | Resultado: | |
| ¿Ha sufrido de alguna enfermedad de transmisión sexual? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ | | Cual: |

**Examen físico**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Peso |  | Talla |  | T/A |  | Pulso |  | IMC |  | FR |  | Temperatura |  |
| Estado de conciencia: | | |  | | | | | | | | | | |
| Aspecto General: | | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parte Cuerpo** | **N** | **A** | **NE** | **Parte Cuerpo** | **N** | **A** | **NE** | **Parte Cuerpo** | **N** | **A** | **NE** |
| Piel |  |  |  | Labios |  |  |  | Rs Cardiacos |  |  |  |
| Cabeza |  |  |  | Dientes |  |  |  | Mama |  |  |  |
| Ojos |  |  |  | Lengua |  |  |  | Abdomen |  |  |  |
| Agudeza visual |  |  |  | Garganta |  |  |  | Genitales |  |  |  |
| Oído |  |  |  | Orofaringe |  |  |  | Extremidades |  |  |  |
| Otoscopia |  |  |  | Amígdalas |  |  |  | Neurológico |  |  |  |
| Nariz |  |  |  | Cuello |  |  |  | Osteoarticular |  |  |  |
| Boca |  |  |  | Rs Pulmonares |  |  |  | Sistema linfático |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Describa los hallazgos anormales: |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Impresión Diagnostica: |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Recomendaciones: |  |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del médico: |  | Registro Nº |  |

|  |
| --- |
| Firma del Médico |