|  |  |
| --- | --- |
| **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 |