

<b>Datos de identificación:</b>		<b>Fecha:</b> 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 ____		
Dirección de residencia actual:			
Teléfonos:			
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	
Rinitis		Hepatitis		Tóxico-alérgicos	
Epilepsia		Transfusiones		Otras:	
Enfermedades gastrointestinales		Enfermedades genitourinarias			
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:**

Descripción	Año

**Antecedentes alimenticios:**

¿Cuántas veces al día se alimenta? _____	¿Cuántos vasos de agua consume durante el día? _____
¿Con que frecuencia al día consume? (colocar en número): 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: _____
¿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 N° \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 Firma del Médico