

HISTORIA CLÍNICA BÁSICA INTEGRADA

SIS-01 / HCBI

1. Apellido (s) de la Familia:

2. C.I. Jefe (a) de Familia:

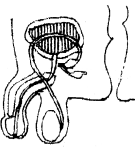
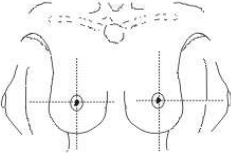
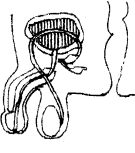
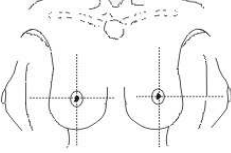
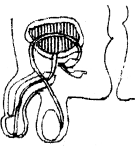
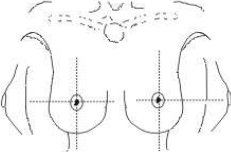
3. Número de Historia:

4. Huella Dactilar del Usuario

1.1 Primer Apellido:	1.2 Segundo Apellido:	1.3 Primer Nombre:	1.4 Segundo Nombre:
1.5 C.I. o Pasaporte	1.6 Etnia	1.7 Nacionalidad	1.8 Fecha de Nacimiento
1.10 País de Nacimiento:	1.11 Entidad de Nacimiento:	1.12 Municipio de Nacimiento:	1.13 Ciudad de Nacimiento:
1.14 Situación Conyugal:	1.15 Analfabeta	1.16 Nivel Educativo:	1.17 Misión Educativa:
1.20 Ocupación:	1.21 ¿Cotiza Seguro Social?	Dirección de Habitación (Residencia)	
1.24 Parroquia de Residencia:	1.25 Localidad de Residencia:	1.26 Urb./Sector/ Zona Industrial:	1.27 Av./Carrera/ Calle/Esquina/Vereda:
1.28 Casa/Edif./ Quinta/Galpón:	1.29 Piso/ Planta/Local:	1.30 Código Postal:	1.31 Teléfono de Habitación (fijo):
1.33 Punto de Referencia:	1.34 Tiempo de Residencia:	1.35 Correo Electrónico:	1.36 Nombre de la Madre:
1.38 Otra Dirección de Residencia:			

2.a) Antecedentes Perinatales en Menores de 19 años	2.b) Antecedentes Familiares y Otros Contactos	2.c) Antecedentes Personales a Cualquier Edad
2.a.1 Carnet Prenatal:	2.b.1 Cáncer (Z80.9):	2.c.22 Cant. de Alcohol x sem (Z72.1):
2.a.2 N° de Consultas Prenatal (Z34.9):	2.b.2 Alcoholismo (Z81.1):	2.c.23 Drogas ilícitas (Z72.2):
2.a.3 Trastornos del Embarazo (Z87.5):	2.b.3 Tabaquismo (Z81.2):	2.c.24 Actividad Física (Z72.3):
2.a.4 Embarazo a término (Z34.9):	2.b.4 Drogas (Z81.3):	2.c.25 Sedentarismo (Z72.3):
2.a.5 Parto único espontáneo (O80.9):	2.b.5 T. Mentales (Z81.8):	2.c.26 Manejo del Estrés (Z72.3):
2.a.6 Parto por cesárea (Z87.5):	2.b.6 Neurológica (Z82.0):	2.c.27 Otros:
2.a.7 Parto por fórceps (Z87.5):	2.b.7 Várices (Z82.4):	Historia de Patología Personal
2.a.8 Complicaciones del parto (Z87.5):	2.b.8 Cardiopatía (Z82.4):	2.c.28 Tumor Benigno (D10-D36):
2.a.9 Complicación del puerperio (Z87.5):	2.b.9 HTA Sist. (Z82.4):	2.c.29 Tumor Maligno (Z85.0):
2.a.10 Trastornos del RN (Z87.6):	2.b.10 Asma (Z82.5):	2.c.30 Enf. Eruptivas (Z86.1):
2.a.11 Reanimación (Z87.6):	2.b.11 Artritis (Z82.6):	2.c.31 I.T.S. (Z86.1):
2.a.12 Peso al Nacer (Z00.1):	2.b.12 Malf. Congénita (Z82.7):	2.c.32 Meningitis (Z86.1):
2.a.13 Talla al Nacer (Z00.1):	2.b.13 VIH/SIDA (Z83.0):	2.c.33 Chagas (Z86.1):
2.a.14 Perímetro Cefálico (Z00.1):	2.b.14 Sífilis/ITS (Z83.1):	2.c.34 Tuberculosis (Z86.1):
2.a.15 Lactancia Exclusiva (Z13.2):	2.b.15 Tuberculosis (Z83.1):	2.c.35 Dengue (Z86.1):
2.a.16 Lactancia Mixta (Z13.2):	2.b.16 Alergia (Z83.2):	2.c.36 Hansen (Z86.1):
2.a.17 Ablactación (Z13.2):	2.b.17 Diabetes (Z83.3):	2.c.37 Leishmaniasis (Z86.1):
2.a.18 Egreso RN Patológico (Z87.6):	2.b.18 Desnutrición (Z83.4):	2.c.38 Leptospirosis (Z86.1):
2.a.19 Asfisia (Z87.6):	2.b.19 Obesidad (Z83.4):	2.c.39 Malaria (Z86.1):
2.a.20 Egreso RN Sano (Z87.6):	2.b.20 Gastropatía (Z83.7):	2.c.40 Desnutrición (Z86.3):
	2.b.21 Enf. Renal (Z84.1):	2.c.41 Diabetes (Z86.3):
	2.b.22 Otras (observaciones):	2.c.42 Dislipidemias (Z86.3):
		2.c.43 Obesidad (Z86.3):
		2.c.44 Trastorno del Apetito (Z86.5):
		2.c.45 Enuresis (Z86.5):
		2.c.46 Chupa Dedo (Z86.5):

Observaciones:

3.a) Desarrollo Psicomotor (Especifique Edad)	3.a.1 Sostuvo la cabeza	3.a.2 Sonrisa Social	3.a.3 Se Sentó	3.a.4 Gateó	3.a.5 Se Paró	3.a.6 Caminó	3.a.7 Corrió	3.a.8 Palabras						
									3.a.9 Control de Esfínter			3.a.10 Rendimiento Escolar		
									1. Vesicular	2. Anal	1. B		2. R	3. D
3.b) Examen Físico														
Consulta N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
3.b.1 Fecha														
3.b.2 Edad														
3.b.3 Peso														
3.b.4 Talla														
3.b.5 Perímetro Cefálico														
3.b.6 Presión Arterial														
3.b.7 Temperatura														
3.b.8 Frecuencia Respiratoria														
3.b.9 Pulso														
3.b.10 Perímetro de la Cintura														
3.b.11 Perímetro medio del brazo														
3.b.12 Clasif. Antropométrica Nutricional														
3.b.13 Desarrollo Psicomotor														
3.b.14 Desarrollo Intelectual														
3.b.15 Cabeza														
3.b.16 Fontanelas														
3.b.17 Cuello														
3.b.18 Oídos														
3.b.19 Ojos (Agudeza Visual)														
3.b.20 Nariz														
3.b.21 Boca														
3.b.22 Garganta														
3.b.23 Cardiovascular														
3.b.24 Respiratorio														
3.b.25 Abdomen														
3.b.26 Genitales (M, F)														
3.b.27 Maduración Sexual														
3.b.28 Tacto (Recto o Vagina)														
3.b.29 Urinario														
3.b.30 Huesos / Articulación														
3.b.31 Extremidades														
3.b.32 Neurológico y Psíquico														
3.b.33 Ganglio Linfático														
3.b.34 Piel														
3.b.35 Ectoparasitosis														
3.b.36 Parasitosis Intestinal														
3.b.37 Programas														
3.b.38 Discapacidad														
3.b.39 Restricción de la participación														
3.c) Examen del aparato masculino y femenino														
1														
Fecha: / /														
1. Citología de Cuello ☐														
2. B. Cervix ☐														
3. Ex. de Mamas ☐														
4. Colposcopia ☐														
5. Ex. de Próstata ☐														
  														
Observaciones: _____														
2														
Fecha: / /														
1. Citología de Cuello ☐														
2. B. Cervix ☐														
3. Ex. de Mamas ☐														
4. Colposcopia ☐														
5. Ex. de Próstata ☐														
  														
Observaciones: _____														
3														
Fecha: / /														
1. Citología de Cuello ☐														
2. B. Cervix ☐														
3. Ex. de Mamas ☐														
4. Colposcopiaa ☐														
5. Ex. de Próstata ☐														
  														
Observaciones: _____														

4) Evolución (S.O.A.P.)		Nombre y Apellido:		Nº de Historia:	
1.	1. Fecha: / /	2. Nombre del Médico:		3. Matrícula del Médico:	
4. Clasificación del Médico:		6. Objetivo (O) (Hallazgos al ex. Físico):			10. Tipo P ☐ S ☐ X ☐
5. Subjetivo (S) (Motivo de Consulta y Enfermedad Actual):					
7. Apreciación (A) (Diagnóstica):		8. Plan (P) (Terapéutico, Promocional, Rehabilitación):	9. Tratamiento (Farmacológico, No Farmacológico):		11. Referido:
2.	1. Fecha: / /	2. Nombre del Médico:		3. Matrícula del Médico:	
4. Clasificación del Médico:		6. Objetivo (O) (Hallazgos al ex. Físico):			10. Tipo P ☐ S ☐ X ☐
5. Subjetivo (S) (Motivo de Consulta y Enfermedad Actual):					
7. Apreciación (A) (Diagnóstica):		8. Plan (P) (Terapéutico, Promocional, Rehabilitación):	9. Tratamiento (Farmacológico, No Farmacológico):		11. Referido:
3.	1. Fecha: / /	2. Nombre del Médico:		3. Matrícula del Médico:	
4. Clasificación del Médico:		6. Objetivo (O) (Hallazgos al ex. Físico):			10. Tipo P ☐ S ☐ X ☐
5. Subjetivo (S) (Motivo de Consulta y Enfermedad Actual):					
7. Apreciación (A) (Diagnóstica):		8. Plan (P) (Terapéutico, Promocional, Rehabilitación):	9. Tratamiento (Farmacológico, No Farmacológico):		11. Referido:
4.	1. Fecha: / /	2. Nombre del Médico:		3. Matrícula del Médico:	
4. Clasificación del Médico:		6. Objetivo (O) (Hallazgos al ex. Físico):			10. Tipo P ☐ S ☐ X ☐
5. Subjetivo (S) (Motivo de Consulta y Enfermedad Actual):					
7. Apreciación (A) (Diagnóstica):		8. Plan (P) (Terapéutico, Promocional, Rehabilitación):	9. Tratamiento (Farmacológico, No Farmacológico):		11. Referido:

5) Inmunizaciones

Vacunas	Fechas				
	RN	1ra	2da	3ra	Ref.
5.1 B.C.G.					
5.2 Antipoliomielítica					
5.3 Pentavalente					
5.4 Antirotavirus					
5.5 Antineumococcica					
5.6 Antihepatitis B					
5.7 Triple Bacteriana					
5.8 Trivalente Viral					
5.9 Antiamarílica					
5.10 Doble Viral					
5.11 Antihaemof. Influenz. tipo b					
5.12 Antimeringococcica B-C					
5.13 Toxoide Tetánico					
5.14 Toxoide Diftérico (Adulto)					
5.15 Antiinfluenza					
5.16 Otras					

6) Resultados de Exámenes de Laboratorio

[illegible]

Observaciones: _____

7) Imagenología

8) Observaciones

[illegible]