

Evaluación Física 30/1/11

Anuntrato

061-0006933

SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL, R2  
HISTORIAL CLINICO GENERAL Y EMBARAZADA



CPN: [ ]  
Nombre: Victor Hartman AREA: [ ] ZONA: [ ] FECHA: [ ] NO.FICHA: [ ]  
Nacionalidad: [ ] Apellidos: [ ]  
 Hijo  Otro Escolaridad: [ ] Fecha De Nacimiento: [ ] Edad: [ ]  
Est. civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Unión Libre  Divorciado(a)  Viudo(a)   
NSS Senasa: [ ] Solidaridad: [ ] Otras ARS: [ ]  
Dirección: [ ] Religión: [ ] Jefe:  Cónyuge:

Personales Patológicos: Enf. Antes y Actuales: [ ]  
Personales no Patológicos: Hobbies:  Si  No  Deportes  Si  No  Alergias  Si  No  Alcohol   
si  No  Cigarrillo  Si  No  Cafe  Si  No   
Hábitat (Vivienda): [ ] Paredes: [ ] Baño Exclusivo: [ ] Baño Colectivo: [ ] No. Hab: [ ]  
Servicio Sanitario: Letrina [ ] Piso: [ ] Techo: [ ] Interperie: [ ]  
Instalación de Basura: Ayuntamiento [ ] La quemar: [ ] Vertederos: [ ]  
Instalación agua potable: Coraasan [ ] Pozo [ ] Camiones [ ] Inapa: [ ] Otro [ ]  
Serv. Electricidad Edenorte [ ] Inversor [ ] No tiene [ ]  
Combustible de cocina: Gas [ ] Carbón [ ] Leña [ ] Otros: [ ]  
Animales Domésticos: Perros [ ] Gatos [ ]  
Vectores: Mosquitos  Si  No  Moscas  Si  No  Cucarachas  Si  No  Ratones  Si  No

Antecedentes Ginecobstetricos: Edad menarquia [ ] Edad Primera Relación [ ]  
Sexual [ ] Ciclo menstrual [ ] Días duración [ ] Edad primer embarazo [ ]  
#De embarazo [ ] #De partos Normal [ ] #Cesárea [ ]  
#De abortos [ ] Nacidos vivos [ ] Nacidos muertos [ ] Total de hijos vivo [ ]  
#De parejas [ ]  
Fecha ult. PAP [ ] Fecha Ult. Menstruación [ ] Fecha menopausia [ ]

Motivo de Consulta Historial: [ ]  
Sistema: Cardiorrespiratorio [ ] Digestivo [ ] Endocrino [ ]  
Esqueletico [ ] Neurologo [ ]  
Hematologico [ ]  
Expl. General: TA 160/90 FC 80 Piel [ ] Urinario [ ]  
Pulg. [ ] Tipo de sangre [ ] FR 20 Temp. 36.2 Peso 220 Talla: ple 160/107  
Exploraciones: Cabeza [ ] Ojos [ ] Nariz [ ] Orofaringe [ ] Tórax Hi (hirsutia)  
Pulmones [ ] Corazón [ ] Genitales [ ]  
Abdomen [ ]  
Extremidades [ ]

Diagnóstico Presuntivo: Sinovac (gda)  
Medicamentos: [ ]  
Estudios realizados: [ ]  
Cita: [ ]  
Médico del ref: [ ]  
Médico(A): [ ]  
Plan: Dt - pendult  
cardiologica

Embarazo Actual  
Última Menstruación: [ ]  
Fecha Probable Parto: [ ]  
Peso Previo al embarazo [ ] Lbs. [ ]  
Atención Actual  
Edad Gestacional: [ ] Sem [ ]  
Presente Feto [ ]  
Mov. Fetal [ ]  
AntiTetánica:  Previa  No. 1  No. 2 (Ref)  Ninguna  
Altura Uterina [ ] cm  
FC Fetal [ ] latín  
Bacteriuria:  Positivo  No se Hizo  Negativo  
Proteruria:  Positivo  No se Hizo  Negativo  
Controles: Folato:  Hierro:   
AntiRubeola:  Desconocido  Previa  No Sabe  Embarazo  No  
Examen Cervix Normal:  No  Si  
Examen Pelvis Normal:  No  Si  
Sens. Gamaglobulina:  No  Si  
Examen Odont. Normal:  No  Si  
Ex.Papanicolaou Normal:  No  Si  
HIV Solicitado: [ ]  
WDR: [ ]



20/7/01

064-0017242-2

SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL, R2  
HISTORIAL CLINICO GENERAL Y EMBARAZADA



CPN: \_\_\_\_\_ AREA: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ NO.FICHA: \_\_\_\_\_  
 Nombre: Venera Norma Apellidos: Dilla Edad: 43  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Posición Del Hogar:  Jefe:  Conyuge:  
 Hijo  Otro Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Est. civil:  Casado(a):  Soltero(a):  Unión Libre:  Divorciado(a):  Viudo(a):   
 NSS Senasa: \_\_\_\_\_ Solidaridad: \_\_\_\_\_ Otras ARS: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Personales Patológicos: Enf. Antes y Actuales: \_\_\_\_\_  
 Personales no Patologicos: Hobbies:  Si  No  Deportes  Si  No  Alergias  Si  No  Alcohol   
 si  No  Cigarrillo  Si  No  Cafe  Si  No   
 Hábitat(Vivienda): \_\_\_\_\_ Paredes: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Techo: \_\_\_\_\_ No. Hab: \_\_\_\_\_  
 Servicio Sanitario: Letrina \_\_\_\_\_ Baño Exclusivo: \_\_\_\_\_ Baño Colectivo: \_\_\_\_\_ Interperie: \_\_\_\_\_  
 Instalación de Basura: Ayuntamiento: \_\_\_\_\_ La quemar: \_\_\_\_\_ Vertederos: \_\_\_\_\_  
 Instalación agua potable: Coraasan \_\_\_\_\_ Pozo \_\_\_\_\_ Camiones \_\_\_\_\_ Inapa: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Serv. Electricidad Edenorte \_\_\_\_\_ Inversor \_\_\_\_\_ No tiene \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Combustible de cocina: Gas \_\_\_\_\_ Carbón \_\_\_\_\_ Leña \_\_\_\_\_  
 Animales Domésticos: Perros \_\_\_\_\_ Gatos \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Vectores: Mosquitos  Si  No  Moscas  Si  No  Cucarachas  Si  No  Ratones  Si  No   
 No Hay  Si  No

Antecedentes Ginecobstetricos: Edad menarquia \_\_\_\_\_ Edad Primera Relación \_\_\_\_\_  
 Sexual \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual \_\_\_\_\_ Días duración \_\_\_\_\_ Edad primer embarazo \_\_\_\_\_  
 #De embarazo 3 #De partos Normal \_\_\_\_\_ #Cesárea 3  
 #De abortos \_\_\_\_\_ Nacidos vivos \_\_\_\_\_ Nacidos muertos \_\_\_\_\_ Total de hijos vivo \_\_\_\_\_  
 #De parejas \_\_\_\_\_ Fecha ult. PAP 10 años Fecha Ult. Menstruación \_\_\_\_\_ Fecha menopausia \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta Historial: \_\_\_\_\_  
 Sistema: Cardiorrespiratorio \_\_\_\_\_ Digestivo \_\_\_\_\_ Endocrino \_\_\_\_\_  
 Esqueletico \_\_\_\_\_ Neurologo \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_ Urinario \_\_\_\_\_  
 Hematologico \_\_\_\_\_ Expl. General: TA: 110/70 FC: 80 FR: 20 Temp: 37.2 Peso: 140 Talla: pie \_\_\_\_\_  
 Pulg. \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_  
 Exploraciones: Cabeza \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_ Orofaringe \_\_\_\_\_ Tórax \_\_\_\_\_  
 Pulmones \_\_\_\_\_ Abdomen \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_ Genitales \_\_\_\_\_  
 Extremidades \_\_\_\_\_

Diagnostico Presuntivo: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Estudios realizados: \_\_\_\_\_  
 Cita: \_\_\_\_\_ Referido al centro \_\_\_\_\_  
 Motivo del ref: \_\_\_\_\_  
 MEDICO(A) \_\_\_\_\_

Embarazo Actual  
 Ultima Menstruación: \_\_\_\_\_  
 Fecha Probable Parto: \_\_\_\_\_  
 Peso Previo al embarazo \_\_\_\_\_ Lbs.  
 Atencion Actual  
 Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ Sem Altura Uterina: \_\_\_\_\_ cm  
 FC Fetal: \_\_\_\_\_ lat/min  
 Present Feto: \_\_\_\_\_  
 P.A: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg Mov. Fetal: \_\_\_\_\_  
 Desconocido  AntiRubeola  Previa  No Sabe  Embarazo  No  Sensib. Gamaglobulina  No  Si  VDRL  No  Si   
 AntiTetánica  Previa  No.1  No.2 (Ref)  Ninguna  Examen Cervix Normal  No  Si  Examen Odont. Normal  No  Si  Ex.Papanicolau Normal  No  Si   
 Bacteriuria  Positivo  No se Hizo  Negativo  Proteriuria  Positivo  No se Hizo  Negativo  Controles  Folato:   Hierro:



Superac: zda  
Plan: DT  
DAP MEMO grafes

30/07/07

097-00 19801-4

SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL, R2  
HISTORIAL CLINICO GENERAL Y EMBARAZADA



CPN: \_\_\_\_\_ AREA: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ NO FICHA: \_\_\_\_\_  
 Nombre: Caimes Apellidos: Barullo Edad: 42  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Posición Del Hogar:  Jefe  Conyuge:  
 Hijo  Otro Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Est. civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Unión Libre  Divorciado(a)  Viudo(a)   
 NSS Senasa: \_\_\_\_\_ Solidaridad: \_\_\_\_\_ Otras ARS: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Personales Patológicos: Enf. Antes y Actuales: \_\_\_\_\_  
 Personales no Patologicos: Hobbies:  Si  No  Deportes  Si  No  Alergias  Si  No  Alcohol   
 si  No  Cigarrillo  Si  No  Cafe  Si  No   
 Hábitat(Vivienda): \_\_\_\_\_ Paredes: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Techo: \_\_\_\_\_ No. Hab: \_\_\_\_\_  
 Servicio Sanitario: Letrina \_\_\_\_\_ Baño Exclusivo: \_\_\_\_\_ Baño Colectivo: \_\_\_\_\_ Interperie: \_\_\_\_\_  
 Instalación de Basura: Ayuntamiento: \_\_\_\_\_ La quemar: \_\_\_\_\_ Vertederos: \_\_\_\_\_  
 Instalación agua potable: Coraasan \_\_\_\_\_ Pozo \_\_\_\_\_ Camiones \_\_\_\_\_ Inapa: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Serv. Electricidad Edenorte \_\_\_\_\_ Inversor \_\_\_\_\_ No tiene \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Combustible de cocina: Gas \_\_\_\_\_ Carbón \_\_\_\_\_ Leña \_\_\_\_\_  
 Animales Domésticos: Perros \_\_\_\_\_ Gatos \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Vectores: Mosquitos  Si  No  Moscas  Si  No  Cucarachas  Si  No  Ratones  Si  No   
 No Hay  Si  No

Antecedentes Ginecobstetricos: Edad menarquia \_\_\_\_\_ Edad Primera Relación \_\_\_\_\_  
 Sexual \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual \_\_\_\_\_ Días duración \_\_\_\_\_ Edad primer embarazo \_\_\_\_\_  
 #De embarazo 8 #De partos Normal 1 #Cesárea 1  
 #De abortos 0 Nacidos vivos \_\_\_\_\_ Nacidos muertos \_\_\_\_\_ Total de hijos vivo \_\_\_\_\_  
 #De parejas \_\_\_\_\_  
 Fecha ult. PAP 8 meses Fecha Ult. Menstruación \_\_\_\_\_ Fecha menopausia \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta Historial: \_\_\_\_\_  
 Sistema: Cardiorrespiratorio \_\_\_\_\_ Digestivo \_\_\_\_\_ Endocrino \_\_\_\_\_  
 Esqueletico \_\_\_\_\_ Neurologo \_\_\_\_\_ Riel \_\_\_\_\_ Urinario \_\_\_\_\_  
 Hematologico ABO/5/20 FC 90 FR 90 Temp. 37 Peso 190 Talla: pie \_\_\_\_\_  
 Expl. General: TA \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_  
 Exploraciones: Cabeza \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_ Orofaringe \_\_\_\_\_ Tórax \_\_\_\_\_  
 Pulg. \_\_\_\_\_ Pulmones \_\_\_\_\_  
 Abdomen \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_ Genitales \_\_\_\_\_  
 Extremidades \_\_\_\_\_

Diagnostico Presuntivo: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Estudios realizados: \_\_\_\_\_  
 Cita: \_\_\_\_\_ Referido al centro \_\_\_\_\_  
 Motivo del ref: \_\_\_\_\_  
 MEDICO(A) \_\_\_\_\_

Embarazo Actual  
 Ultima Menstruación: \_\_\_\_\_  
 Fecha Probable Parto: \_\_\_\_\_  
 Peso Previo al embarazo \_\_\_\_\_ Lbs.  
 Atencion Actual  
 Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ Sem Altura Uterina: \_\_\_\_\_ cm  
 FC Fetal: \_\_\_\_\_ lat/min  
 Present Feto: \_\_\_\_\_  
 Mov. Fetal: \_\_\_\_\_  
 P.A: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
 Desconocido  
 AntiRubeola  Previa  No Sabe  Embarazo  No  
 Examen Cervix Normal  No  Si  
 Examen Pelvis Normal  No  Si  
 Sensib. Gamaglobulina  No  Si  
 Examen Odont. Normal  No  Si  
 Ex.Papanicolau Normal  No  Si  
 Bacteriuria  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Proteriuria  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Controles  
 Folato:   
 Hierro:



(Barruc zda)  
Jan: Dt -  
mamografiada

20/07/01

004-0012892-9

# SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL, R2 HISTORIAL CLINICO GENERAL Y EMBARAZADA



CPN: \_\_\_\_\_ AREA: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ NO.FICHA: \_\_\_\_\_  
 Nombre: Isabel Apellidos: BARRA Edad: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Posición Del Hogar:  Jefe:  Conyuge:  
 Hijo  Otro Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Est. civil:  Casado(a):  Soltero(a):  Unión Libre:  Divorciado(a):  Viudo(a):   
 NSS Senasa: \_\_\_\_\_ Solidaridad: \_\_\_\_\_ Otras ARS: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Personales Patológicos: Enf. Antes y Actuales: \_\_\_\_\_  
 Personales no Patologicos: Hobbies:  Si  No  Deportes  Si  No  Alergias  Si  No  Alcohol   
 si  No  Cigarrillo  Si  No  Cafe  Si  No   
 Hábitat(Vivienda): \_\_\_\_\_ Paredes: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Techo: \_\_\_\_\_ No. Hab: \_\_\_\_\_  
 Servicio Sanitario: Letrina \_\_\_\_\_ Baño Exclusivo: \_\_\_\_\_ Baño Colectivo: \_\_\_\_\_ Interperie: \_\_\_\_\_  
 Instalación de Basura: Ayuntamiento: \_\_\_\_\_ La quemar: \_\_\_\_\_ Vertederos: \_\_\_\_\_  
 Instalación agua potable: Coraasan \_\_\_\_\_ Pozo \_\_\_\_\_ Camiones \_\_\_\_\_ Inapa: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Serv. Electricidad Edenorte \_\_\_\_\_ Inversor \_\_\_\_\_ No tiene \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Combustible de cocina: Gas \_\_\_\_\_ Carbón \_\_\_\_\_ Leña \_\_\_\_\_  
 Animales Domésticos: Perros \_\_\_\_\_ Gatos \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Vectores: Mosquitos  Si  No  Moscas  Si  No  Cucarachas  Si  No  Ratones  Si  No   
 No Hay  Si  No

Antecedentes Ginecobstetricos: Edad menarquia \_\_\_\_\_ Edad Primera Relación \_\_\_\_\_  
 Sexual \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual \_\_\_\_\_ Días duración \_\_\_\_\_ Edad primer embarazo \_\_\_\_\_  
 #De embarazo 4 #De partos Normal 4 #Cesárea \_\_\_\_\_  
 #De abortos \_\_\_\_\_ Nacidos vivos \_\_\_\_\_ Nacidos muertos \_\_\_\_\_ Total de hijos vivo \_\_\_\_\_  
 #De parejas \_\_\_\_\_  
 Fecha ult. PAP no recuerda Fecha Ult. Menstruación \_\_\_\_\_ Fecha menopausia \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta Historial: \_\_\_\_\_  
 Sistema: Cardiorrespiratorio \_\_\_\_\_ Digestivo \_\_\_\_\_ Endocrino \_\_\_\_\_  
 Esqueletico \_\_\_\_\_ Neurologo \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_ Urinario \_\_\_\_\_  
 Hematologico \_\_\_\_\_ Expl. General: TA 130/90 FC 80 FR 20 Temp. 37 Peso 130 Talla: pie \_\_\_\_\_  
 Pulg. \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_  
 Exploraciones: Cabeza \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_ Orofaringe \_\_\_\_\_ Tórax \_\_\_\_\_  
 Pulmones \_\_\_\_\_ Abdomen \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_ Genitales \_\_\_\_\_  
 Extremidades \_\_\_\_\_  
 Diagnostico Presuntivo: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: Szovae + Prizer  
 Estudios realizados: Plan: DT - mamografada  
 Cita: \_\_\_\_\_ Refrendo al centro \_\_\_\_\_  
 Motivo del ref: \_\_\_\_\_  
 MEDICO(A) \_\_\_\_\_

Embarazo Actual  
 Ultima Menstruación: \_\_\_\_\_  
 Fecha Probable Parto: 3/8/01  Desconocido  
 Peso Previo al embarazo \_\_\_\_\_ Lbs.  
 AntiTetánica:  Previa  No. 1  No. 2 (Ref)  Ninguna  
 Atencion Actual  
 Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ Sem Altura Uterina: \_\_\_\_\_ cm  
 FC Fetal: \_\_\_\_\_ lat/min  
 Present Feto: \_\_\_\_\_  
 Mov. Fetal: \_\_\_\_\_  
 Bacteriuria:  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Proteriuria:  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Controles: Folato:  Hierro:   
 AntiRubeola:  Previa  No Sabe  Embarazo  No  
 Examen Cervix Normal:  No  Si  
 Examen Pelvis Normal:  No  Si  
 Sensib. Gamaglobulina:  No  Si  
 Examen Odont:  Normal  No  Si  
 Ex.Papanicolau Normal:  No  Si  
 VDRL: \_\_\_\_\_  
 HIV Solicitado: \_\_\_\_\_



001-0022392-1

**SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL, R2**  
**HISTORIAL CLINICO GENERAL Y EMBARAZADA**



30/10/16

CPN: \_\_\_\_\_ AREA: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ NO.FICHA: \_\_\_\_\_  
 Nombre: Cantos Apellidos: Lynna Edad: 42  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Posición Del Hogar:  Jefe:  Conyuge:  
 Hijo  Otro Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Est. civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Unión Libre  Divorciado(a)  Viudo(a)   
 NSS Senasa: \_\_\_\_\_ Solidaridad: \_\_\_\_\_ Otras ARS: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Personales Patológicos: Enf. Antes y Actuales: \_\_\_\_\_  
 Personales no Patologicos: Hobbies:  Si  No  Deportes  Si  No  Alergias  Si  No  Alcohol   
 si  No  Cigarrillo  Si  No  Cafe  Si  No   
 Hábitat(Vivienda): \_\_\_\_\_ Paredes: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Techo: \_\_\_\_\_ No. Hab: \_\_\_\_\_  
 Servicio Sanitario: Letrina \_\_\_\_\_ Baño Exclusivo: \_\_\_\_\_ Baño Colectivo: \_\_\_\_\_ Interperie: \_\_\_\_\_  
 Instalación de Basura: Ayuntamiento: \_\_\_\_\_ La quemar: \_\_\_\_\_ Vertederos: \_\_\_\_\_  
 Instalación agua potable: Coraasan \_\_\_\_\_ Pozo \_\_\_\_\_ Camiones \_\_\_\_\_ Inapa: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Serv. Electricidad Edenorte \_\_\_\_\_ Inversor \_\_\_\_\_ No tiene \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Combustible de cocina: Gas \_\_\_\_\_ Carbón \_\_\_\_\_ Leña \_\_\_\_\_  
 Animales Domésticos: Perros \_\_\_\_\_ Gatos \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Vectores: Mosquitos  Si  No  Moscas  Si  No  Cucarachas  Si  No  Ratones  Si  No   
 No Hay  Si  No

Antecedentes Ginecobstetricos: Edad menarquia \_\_\_\_\_ Edad Primera Relación \_\_\_\_\_  
 Sexual \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual \_\_\_\_\_ Días duración \_\_\_\_\_ Edad primer embarazo \_\_\_\_\_  
 #De embarazo \_\_\_\_\_ #De partos Normal \_\_\_\_\_ #Cesárea \_\_\_\_\_  
 #De abortos \_\_\_\_\_ Nacidos vivos \_\_\_\_\_ Nacidos muertos \_\_\_\_\_ Total de hijos vivo \_\_\_\_\_  
 #De parejas \_\_\_\_\_  
 Fecha ult. PAP \_\_\_\_\_ Fecha Ult. Menstruación \_\_\_\_\_ Fecha menopausia \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta Historial: \_\_\_\_\_  
 Sistema: Cardiorrespiratorio \_\_\_\_\_ Digestivo \_\_\_\_\_ Endocrino \_\_\_\_\_  
 Esqueletico \_\_\_\_\_  
 Hematologico \_\_\_\_\_ Neurologo \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_ Urinario \_\_\_\_\_  
 Expl. General: TA 130/90 FC 80 FR 20 Temp. 36.5 Peso \_\_\_\_\_ Talla: pie \_\_\_\_\_  
 Pulg. \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_  
 Exploraciones: Cabeza \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_ Orofaringe \_\_\_\_\_ Tórax \_\_\_\_\_  
 Pulmones \_\_\_\_\_  
 Abdomen \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_  
 Extremidades \_\_\_\_\_ Genitales 3movac + Phizal  
 Diagnostico Presuntivo: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Estudios realizados: \_\_\_\_\_  
 Cita: \_\_\_\_\_ Referido al centro \_\_\_\_\_  
 Motivo del ref: \_\_\_\_\_  
 MEDICO(A) \_\_\_\_\_



Embarazo Actual  
 Ultima Menstruación: \_\_\_\_\_  Desconocido  
 Fecha Probable Parto: \_\_\_\_\_  
 Peso Previo al embarazo \_\_\_\_\_ Lbs.  
 AntiTetanica:  Previa  No. 1  No. 2 (Ref)  Ninguna  
 Atencion Actual  
 Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ Sem Altura Uterina: \_\_\_\_\_ cm  
 FC Fetal: \_\_\_\_\_ lat/min  
 Peso: \_\_\_\_\_ Lbs. Present Feto: \_\_\_\_\_  
 P.A: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg Mov. Fetal: \_\_\_\_\_  
 AntiRubeola:  Previa  No Sabe  Embarazo  No  
 Examen Cervix Normal:  No  Si  
 Examen Pelvis Normal:  No  Si  
 Sensib. Gamaglobulina:  No  Si  
 Examen Odont. Normal:  No  Si  
 Ex.Papanicolau Normal:  No  Si  
 VDRL: \_\_\_\_\_  
 HIV Solicitado: \_\_\_\_\_  
 Bacteriuria:  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Proteriuria:  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Controles: Folato:  \_\_\_\_\_  
 Hierro:  \_\_\_\_\_

061-0024259-0

SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL, R2  
HISTORIAL CLINICO GENERAL Y EMBARAZADA



2010761

CPN: \_\_\_\_\_ AREA: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ NO. FICHA: \_\_\_\_\_  
 Nombre: Valencia Apellidos: Reyes Lengua Edad: 38  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Posición Del Hogar:  Jefe:  Conyuge:  
 Hijo  Otro Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Est. civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Unión Libre:  Divorciado(a)  Viudo(a)   
 NSS Senasa: \_\_\_\_\_ Solidaridad: \_\_\_\_\_ Otras ARS: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Personales Patológicos: Enf. Antes y Actuales: \_\_\_\_\_  
 Personales no Patologicos: Hobbies:  Si  No  Deportes  Si  No  Alergias  Si  No  Alcohol   
 si  No  Cigarrillo  Si  No  Cafe  Si  No   
 Hábitat(Vivienda): \_\_\_\_\_ Paredes: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Techo: \_\_\_\_\_ No. Hab: \_\_\_\_\_  
 Servicio Sanitario: Letrina \_\_\_\_\_ Baño Exclusivo: \_\_\_\_\_ Baño Colectivo: \_\_\_\_\_ Interperie: \_\_\_\_\_  
 Instalación de Basura: Ayuntamiento: \_\_\_\_\_ La quemar: \_\_\_\_\_ Vertederos: \_\_\_\_\_  
 Instalación agua potable: Coraasan \_\_\_\_\_ Pozo \_\_\_\_\_ Camiones \_\_\_\_\_ Inapa: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Serv. Electricidad Edenorte \_\_\_\_\_ Inversor \_\_\_\_\_ No tiene \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Combustible de cocina: Gas \_\_\_\_\_ Carbón \_\_\_\_\_ Leña \_\_\_\_\_  
 Animales Domésticos: Perros \_\_\_\_\_ Gatos \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Vectores: Mosquitos  Si  No  Moscas  Si  No  Cucarachas  Si  No  Ratones  Si  No   
 No Hay  Si  No

Antecedentes Ginecobstetricos: Edad menarquia \_\_\_\_\_ Edad Primera Relación \_\_\_\_\_  
 Sexual \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual \_\_\_\_\_ Días duración \_\_\_\_\_ Edad primer embarazo \_\_\_\_\_  
 #De embarazo \_\_\_\_\_ #De partos Normal \_\_\_\_\_ #Cesárea \_\_\_\_\_  
 #De abortos \_\_\_\_\_ Nacidos vivos \_\_\_\_\_ Nacidos muertos \_\_\_\_\_ Total de hijos vivo \_\_\_\_\_  
 #De parejas \_\_\_\_\_  
 Fecha ult. PAP \_\_\_\_\_ Fecha Ult. Menstruación \_\_\_\_\_ Fecha menopausia \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta Historial: \_\_\_\_\_  
 Sistema: Cardiorrespiratorio \_\_\_\_\_ Digestivo \_\_\_\_\_ Endocrino \_\_\_\_\_  
 Esqueletico \_\_\_\_\_ Hematologico \_\_\_\_\_ Neurologo \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_ Urinario \_\_\_\_\_  
 Expl. General: TA 120/80 FC 80 FR 20 Temp. 36.5 Peso \_\_\_\_\_ Talla: pie \_\_\_\_\_  
 Pulg. \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_  
 Exploraciones: Cabeza \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_ Orofaringe \_\_\_\_\_ Tórax \_\_\_\_\_  
 Pulmones \_\_\_\_\_ Abdomen \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_ Genitales \_\_\_\_\_  
 Extremidades \_\_\_\_\_  
 Diagnostico Presuntivo: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Estudios realizados: \_\_\_\_\_  
 Cita: \_\_\_\_\_ Referido a: centro \_\_\_\_\_  
 Motivo del ref: \_\_\_\_\_  
 MEDICO(A) \_\_\_\_\_



NO. Vacuna Covid  
(se reusa) inmunoglobulina

Embarazo Actual  
 Ultima Menstruación: \_\_\_\_\_  
 Fecha Probable Parto: \_\_\_\_\_  
 Peso Previo al embarazo \_\_\_\_\_ Lbs.  
 AntiTetánica:  Previa  No.1  No.2 (Ref)  Ninguna  
 Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ Sem  
 Altura Uterina: \_\_\_\_\_ cm  
 FC Fetal: \_\_\_\_\_ lat/min  
 Present Feto: \_\_\_\_\_  
 Mov. Fetal: \_\_\_\_\_  
 P.A: \_\_\_\_\_ mmHg  
 AntiRubeola:  Previa  No Sabe  Embarazo  No  
 Examen Cervix Normal:  No  Si  
 Examen Pelvis Normal:  No  Si  
 Sensib. Gamaglobulina:  No  Si  
 Examen Odont. Normal:  No  Si  
 Ex.Papanicolau Normal:  No  Si  
 VDRL: \_\_\_\_\_  
 HIV Solicitado: \_\_\_\_\_  
 Bacteriuria:  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Proteriuria:  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Controles: Folato:  Hierro:

30/07/07

061-00241840

# SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL, R2 HISTORIAL CLINICO GENERAL Y EMBARAZADA



CPN: \_\_\_\_\_ AREA: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ NO. FICHA: \_\_\_\_\_  
 Nombre: Jose Luis Apellidos: Platon Edad: 35  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Posición Del Hogar:  Jefe  Conyuge:  
 Hijo  Otro Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Est. civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Unión Libre  Divorciado(a)  Viudo(a)   
 NSS Senasa: \_\_\_\_\_ Solidaridad: \_\_\_\_\_ Otras ARS: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Personales Patológicos: Enf. Antes y Actuales: \_\_\_\_\_  
 Personales no Patologicos: Hobies:  Si  No  Deportes  Si  No  Alergias  Si  No  Alcohol   
 si  No  Cigarrillo  Si  No  Cafe  Si  No   
 Hábitat(Vivienda): \_\_\_\_\_ Paredes: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Techo: \_\_\_\_\_ No. Hab: \_\_\_\_\_  
 Servicio Sanitario: Letrina \_\_\_\_\_ Baño Exclusivo: \_\_\_\_\_ Baño Colectivo: \_\_\_\_\_ Interperie: \_\_\_\_\_  
 Instalación de Basura: Ayuntamiento: \_\_\_\_\_ La quemar: \_\_\_\_\_ Vertederos: \_\_\_\_\_  
 Instalación agua potable: Coraasan \_\_\_\_\_ Pozo \_\_\_\_\_ Camiones \_\_\_\_\_ Inapa: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Serv. Electricidad Edenorte \_\_\_\_\_ Inversor \_\_\_\_\_ No tiene \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Combustible de cocina: Gas \_\_\_\_\_ Carbón \_\_\_\_\_ Leña \_\_\_\_\_  
 Animales Domésticos: Perros \_\_\_\_\_ Gatos \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Vectores: Mosquitos  Si  No  Moscas  Si  No  Cucarachas  Si  No  Ratonos  Si  No   
 No Hay  Si  No

Antecedentes Ginecobstetricos: Edad menarquia \_\_\_\_\_ Edad Primera Relación \_\_\_\_\_  
 Sexual \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual \_\_\_\_\_ Días duración \_\_\_\_\_ Edad primer embarazo \_\_\_\_\_  
 #De embarazo \_\_\_\_\_ #De partos Normal \_\_\_\_\_ #Cesárea \_\_\_\_\_  
 #De abortos \_\_\_\_\_ Nacidos vivos \_\_\_\_\_ Nacidos muertos \_\_\_\_\_ Total de hijos vivo \_\_\_\_\_  
 #De parejas \_\_\_\_\_  
 Fecha ult. PAP \_\_\_\_\_ Fecha Ult. Menstruación \_\_\_\_\_ Fecha menopausia \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta Historial: \_\_\_\_\_  
 Sistema: Cardiorrespiratorio \_\_\_\_\_ Digestivo \_\_\_\_\_ Endocrino \_\_\_\_\_  
 Esqueletico \_\_\_\_\_ Hematologico \_\_\_\_\_ Neurologo \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_ Urinario \_\_\_\_\_  
 Expl. General: TA 180/80 FC \_\_\_\_\_ FR 20 Temp. 36.5 Peso \_\_\_\_\_ Talla: pie \_\_\_\_\_  
 Pulg. \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_  
 Exploraciones: Cabeza \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_ Orofaringe \_\_\_\_\_ Tórax \_\_\_\_\_  
 Pulmones \_\_\_\_\_ Abdomen \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_ Genitales \_\_\_\_\_  
 Extremidades \_\_\_\_\_  
 Diagnostico Presuntivo: \_\_\_\_\_

TA 180/80

Covid Suroccel

Plan: DT



Embarazo Actual  
 Ultima Menstruación: \_\_\_\_\_  Desconocido  
 Fecha Probable Parto: \_\_\_\_\_  
 Peso Previo al embarazo \_\_\_\_\_ Lbs.  
 Atencion Actual  
 Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ Sem Altura Uterina: \_\_\_\_\_ cm  
 FC Fetal: \_\_\_\_\_ lat/min  
 Present Feto: \_\_\_\_\_  
 P.A.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg M \_\_\_\_\_

AntiRubeola  Previa  No Sabe  Embarazo  No  
 AntiTetánica  Previa  No.1  No.2 (Ref)  Ninguna  
 Examen Cervix Normal  No  Si  
 Examen Pelvis Normal  No  Si  
 Sensib. Gamaglobulina  No  Si  
 Examen Odont. Normal  No  Si  
 Ex.Papanicolau Normal  No  Si  
 Bacteriuria  Positivo  No se Hizo  No se Hizo  
 Proteriuria  Positivo  No se Hizo  No se Hizo  
 VDRL \_\_\_\_\_  
 HIV Solicitado \_\_\_\_\_  
 Controles Folato:   
 Hierro:

001-0013910-1 30/07/01

**SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL, R2**  
**HISTORIAL CLINICO GENERAL Y EMBARAZADA**



CPN:  AREA:  ZONA:  FECHA:  NO. FICHA:

Nombre: Condulaura Apellidos: Lopez Barrios Edad:

Nacionalidad:  Fecha De Nacimiento:  Posición Del Hogar:

Hijo  Otro Escolaridad:  Ocupación:  Religión:

Est. civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Unión Libre  Divorciado(a)  Viudo(a)

NSS Senasa:  Solidaridad:  Otras ARS:

Dirección:

Personales Patológicos: Enf. Antes y Actuales: \_\_\_\_\_

Personales no Patologicos: Hobies:  Si  No  Deportes  Si  No  Alergias  Si  No  Alcohol

si  No  Cigarrillo  Si  No  Cafe  Si  No

Hábitat(Vivienda): \_\_\_\_\_ Paredes: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Techo: \_\_\_\_\_ No. Hab:

Servicio Sanitario: Letrina \_\_\_\_\_ Baño Exclusivo: \_\_\_\_\_ Baño Colectivo: \_\_\_\_\_ Interperie: \_\_\_\_\_

Instalación de Basura: Ayuntamiento: \_\_\_\_\_ La queman: \_\_\_\_\_ Vertederos: \_\_\_\_\_

Instalación agua potable: Coraasan \_\_\_\_\_ Pozo \_\_\_\_\_ Camiones \_\_\_\_\_ Inapa: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Serv. Electricidad Edenorte \_\_\_\_\_ Inversor \_\_\_\_\_ No tiene \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Combustible de cocina: Gas \_\_\_\_\_ Carbón \_\_\_\_\_ Leña \_\_\_\_\_

Animales Domésticos: Perros \_\_\_\_\_ Gatos \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Vectores: Mosquitos  Si  No  Moscas  Si  No  Cucarachas  Si  No  Ratones  Si  No

No Hay  Si  No

Antecedentes Ginecobstetricos: Edad menarquia \_\_\_\_\_ Edad Primera Relación \_\_\_\_\_

Sexual \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual \_\_\_\_\_ Días duración \_\_\_\_\_ Edad primer embarazo \_\_\_\_\_

#De embarazo \_\_\_\_\_ #De partos Normal \_\_\_\_\_ #Cesárea \_\_\_\_\_

#De abortos \_\_\_\_\_ Nacidos vivos \_\_\_\_\_ Nacidos muertos \_\_\_\_\_ Total de hijos vivo \_\_\_\_\_

#De parejas \_\_\_\_\_

Fecha ult. PAP \_\_\_\_\_ Fecha Ult. Menstruación \_\_\_\_\_ Fecha menopausia \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta Historial: \_\_\_\_\_

Sistema: Cardiorrespiratorio \_\_\_\_\_ Digestivo \_\_\_\_\_ Endocrino \_\_\_\_\_

Esqueletico \_\_\_\_\_ Hematologico \_\_\_\_\_ Neurologo \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_ Urinario \_\_\_\_\_

Expl. General: TA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla: pie \_\_\_\_\_

Pulg. \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_

Exploraciones: Cabeza \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_ Orofaringe \_\_\_\_\_ Tórax \_\_\_\_\_

Pulmones \_\_\_\_\_

Abdomen \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_ Genitales \_\_\_\_\_

Extremidades \_\_\_\_\_

Diagnostico Presuntivo: Beta Pos 3

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Estudios realizados: \_\_\_\_\_

Cita: \_\_\_\_\_ Referido al centro \_\_\_\_\_

Motivo del ref: Hano DT

MEDICO(A) \_\_\_\_\_



Embarazo Actual

Ultima Menstruación:  Desconocido

Fecha Probable Parto:

Peso Previo al embarazo  Lbs.

AntiTetanica  Previa  No.1  No. 2 (Ref)  Ninguna

Atencion Actual

Edad Gestacional:  Sem Altura Uterina:  cm

FC Fetal:  lat/min

Peso:  Lbs. Present Feto:

PA:  /  mmHg Mov. Fetal:

AntiRubeola  Previa  No Sabe  Embarazo  No

Examen Cervix Normal  No  Si

Examen Pelvis Normal  No  Si

Sensib. Gamaglobulina  No  Si

Examen Odont. Normal  No  Si

Ex. Papanicolau Normal  No  Si

Bacteriuria  Positivo  No se Hizo  Negativo

Proteriuria  Positivo  No se Hizo  Negativo

VDRL

HIV Solicitado

Controles Folato:  Hierro:



402 2622434-9

SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL, R2  
HISTORIAL CLINICO GENERAL Y EMBARAZADA



CPN: \_\_\_\_\_ AREA: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ NO.FICHA: \_\_\_\_\_  
 Nombre: Luis Miguel Apellidos: Alvarez Edad: 38  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Posición Del Hogar: Jefe  
 Hijo  Otro Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Est. civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Unión Libre  Divorciado(a)  Viudo(a)  Conyuge:  
 NSS Senasa: \_\_\_\_\_ Solidaridad: \_\_\_\_\_ Otras ARS: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Personales Patológicos: Enf. Antes y Actuales: \_\_\_\_\_  
 Personales no Patologicos: Hobbies:  Si  No  Deportes  Si  No  Alergias  Si  No  Alcohol   
 si  No  Cigarrillo  Si  No  Cafe  Si  No   
 Hábitat(Vivienda): \_\_\_\_\_ Paredes: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Techo: \_\_\_\_\_ No. Hab: \_\_\_\_\_  
 Servicio Sanitario: Letrina \_\_\_\_\_ Baño Exclusivo: \_\_\_\_\_ Baño Colectivo: \_\_\_\_\_ Interperie: \_\_\_\_\_  
 Instalación de Basura: Ayuntamiento: \_\_\_\_\_ La quemam: \_\_\_\_\_ Vertederos: \_\_\_\_\_  
 Instalación agua potable: Coraasan \_\_\_\_\_ Pozo \_\_\_\_\_ Camiones \_\_\_\_\_ Inapa: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Serv. Electricidad Edenorte \_\_\_\_\_ Inversor \_\_\_\_\_ No tiene \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Combustible de cocina: Gas \_\_\_\_\_ Carbón \_\_\_\_\_ Leña \_\_\_\_\_  
 Animales Domésticos: Perros \_\_\_\_\_ Gatos \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Vectores: Mosquitos  Si  No  Moscas  Si  No  Cucarachas  Si  No  Ratones  Si  No

Antecedentes Ginecobstetricos: Edad menarquia \_\_\_\_\_ Edad Primera Relación \_\_\_\_\_  
 Sexual \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual \_\_\_\_\_ Días duración \_\_\_\_\_ Edad primer embarazo \_\_\_\_\_  
 #De embarazo \_\_\_\_\_ #De partos Normal \_\_\_\_\_ #Cesárea \_\_\_\_\_  
 #De abortos \_\_\_\_\_ Nacidos vivos \_\_\_\_\_ Nacidos muertos \_\_\_\_\_ Total de hijos vivo \_\_\_\_\_  
 #De parejas \_\_\_\_\_ Fecha ult. PAP \_\_\_\_\_ Fecha Ult. Menstruación \_\_\_\_\_ Fecha menopausia \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta Historial: \_\_\_\_\_  
 Sistema: Cardiorrespiratorio \_\_\_\_\_ Digestivo \_\_\_\_\_ Endocrino \_\_\_\_\_  
 Esqueletico \_\_\_\_\_ Hematologico \_\_\_\_\_ Neurologo \_\_\_\_\_  
 Expl. General: TA 120 FC 80 FR 20 Temp. 36 Peso \_\_\_\_\_ Talla: pie \_\_\_\_\_  
 Pulg. \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_  
 Exploraciones: Cabeza \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_ Orofaringe \_\_\_\_\_ Tórax \_\_\_\_\_  
 Pulmones \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_ Genitales \_\_\_\_\_  
 Abdomen \_\_\_\_\_  
 Extremidades \_\_\_\_\_  
 Diagnostico Presuntivo: Covid (Acera)  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Estudios realizados: \_\_\_\_\_  
 Cita: \_\_\_\_\_ Referido al centro \_\_\_\_\_  
 Motivo del ref: \_\_\_\_\_  
 MEDICO(A): \_\_\_\_\_  
 Don: TS

Embarazo  
 Ultima Men \_\_\_\_\_  
 Fecha Probable Parto: \_\_\_\_\_  
 Peso Previo al embarazo \_\_\_\_\_ Lbs.  
 AntiTetanica:  Previa  No.1  No.2 (Ref)  Ninguno  
 Desonocido  AntiRubeola  Previa  No Sabe  Embarazo  No  
 Examen Cervix Normal  No  Si  
 Examen Pelvis Normal  No  Si  
 Sensib. Gamaglobulina  No  Si  
 Examen Odont. Normal  No  Si  
 Ex.Papanicolau Normal  No  Si  
 VDRL \_\_\_\_\_  
 HIV Solicitado \_\_\_\_\_  
 Atencion Actual  
 Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ Sem  
 Altura: \_\_\_\_\_ cm  
 Fetal: \_\_\_\_\_ lat/min  
 Bacteriuria  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Proteriuria  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Controles Folato:  \_\_\_\_\_  
 Hierro:  \_\_\_\_\_  
 PA: \_\_\_\_\_ mmHg

061-0018118-4 30/9/01

SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL, R2  
HISTORIAL CLINICO GENERAL Y EMBARAZADA



CPN: \_\_\_\_\_ AREA: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ NO.FICHA: \_\_\_\_\_  
 Nombre: Rafael Guzmán Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Hijo  Otro Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Posición Del Hogar:  Jefe:  Conyuge:  
 Est. civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Unión Libre:  Divorciado(a)  Viudo(a)   
 NSS Senasa: \_\_\_\_\_ Solidaridad: \_\_\_\_\_ Otras ARS: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Personales Patológicos: Enf. Antes y Actuales: \_\_\_\_\_  
 Personales no Patologicos: Hobbies:  Si  No  Deportes  Si  No  Alergias  Si  No  Alcohol   
 si  No  Cigarrillo  Si  No  Cafe  Si  No   
 Hábitat(Vivienda): Paredes: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Techo: \_\_\_\_\_ No. Hab: \_\_\_\_\_  
 Servicio Sanitario: Letrina \_\_\_\_\_ Baño Exclusivo: \_\_\_\_\_ Baño Colectivo: \_\_\_\_\_ Interperie: \_\_\_\_\_  
 Instalación de Basura: Ayuntamiento: \_\_\_\_\_ La quemar: \_\_\_\_\_ Vertederos: \_\_\_\_\_  
 Instalación agua potable: Coraasan \_\_\_\_\_ Pozo \_\_\_\_\_ Camiones \_\_\_\_\_ Inapa: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Serv. Electricidad Edenorte \_\_\_\_\_ Inversor \_\_\_\_\_ No tiene \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Combustible de cocina: Gas \_\_\_\_\_ Carbón \_\_\_\_\_ Leña \_\_\_\_\_  
 Animales Domésticos: Perros \_\_\_\_\_ Gatos \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Vectores: Mosquitos  Si  No  Moscas  Si  No  Cucarachas  Si  No  Ratones  Si  No   
 No Hay  Si  No

Antecedentes Ginecobstetricos: Edad menarquia \_\_\_\_\_ Edad Primera Relación \_\_\_\_\_  
 Sexual \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual \_\_\_\_\_ Días duración \_\_\_\_\_ Edad primer embarazo \_\_\_\_\_  
 #De embarazo \_\_\_\_\_ #De partos Normal \_\_\_\_\_ #Cesárea \_\_\_\_\_  
 #De abortos \_\_\_\_\_ Nacidos vivos \_\_\_\_\_ Nacidos muertos \_\_\_\_\_ Total de hijos vivo \_\_\_\_\_  
 #De parejas \_\_\_\_\_  
 Fecha ult. PAP \_\_\_\_\_ Fecha Ult. Menstruación \_\_\_\_\_ Fecha menopausia \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta Historial: \_\_\_\_\_  
 Sistema: Cardiorrespiratorio \_\_\_\_\_ Digestivo \_\_\_\_\_ Endocrino \_\_\_\_\_  
 Esqueletico \_\_\_\_\_ Hematologico \_\_\_\_\_ Neurologo \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_ Urinario \_\_\_\_\_  
 Expl. General: TA 120/80 EC 20 FR 80 Temp. 36.5 Peso \_\_\_\_\_ Talla: pie \_\_\_\_\_  
 Pulg. \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_  
 Exploraciones: Cabeza \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_ Orofaringe \_\_\_\_\_ Tórax \_\_\_\_\_  
 Pulmones \_\_\_\_\_ Abdomen \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_ Genitales \_\_\_\_\_  
 Extremidades \_\_\_\_\_

Diagnostico Presuntivo: se reasy. (de vacunación)  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Estudios realizados: \_\_\_\_\_  
 Cita: \_\_\_\_\_ Referido al centro \_\_\_\_\_  
 Motivo del ref. Dans DX  
 MEDIC(A) \_\_\_\_\_

Embarazo Actual: Última Menstruación: \_\_\_\_\_  Desconocido  
 Fecha Probable Parto: \_\_\_\_\_  
 Peso Previo al embarazo \_\_\_\_\_ Lbs.  
 Atención Actual: Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ Sem  
 Altura Utra: \_\_\_\_\_ cm  
 FCal: \_\_\_\_\_ lat/min  
 Peso: \_\_\_\_\_ Lbs.  
 P.A: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
 Presen: \_\_\_\_\_  
 Mcal: \_\_\_\_\_  
 AntiTetánica  Previa  No.1  No.2 (Ref)  Ningun  
 AntiRubeola  Previa  No Sabe  Embarazo  No  
 Examen Cervix Normal  No  Si  
 Examen Pelvis Normal  No  Si  
 Sensib. Gamaglobulina  No  Si  
 Examen Odont. Normal  No  Si  
 Ex.Papanicolau Normal  No  Si  
 VDRL \_\_\_\_\_  
 HIV Solicitado \_\_\_\_\_  
 Bacteriuria  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Proteriuria  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Controles: Folato:  Hierro:



061-00242319

SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL, R2  
HISTORIAL CLINICO GENERAL Y EMBARAZADA



CPN: \_\_\_\_\_ AREA: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ NO.FICHA: \_\_\_\_\_  
Nombre: Ramen Apellidos: Montana Vargas Edad: 36  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Posición Del Hogar:  Jefe:  Conyuge:  
 Hijo  Otro Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Est. civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Unión Libre:  Divorciado(a):  Viudo(a):   
NSS Senasa: \_\_\_\_\_ Solidaridad: \_\_\_\_\_ Otras ARS: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Personales Patológicos: Enf. Antes y Actuales: \_\_\_\_\_  
Personales no Patologicos: Hobbies:  Si  No  Deportes  Si  No  Alergias  Si  No  Alcohol   
 si  No  Cigarrillo  Si  No  Cafe  Si  No   
Hábitat(Vivienda): Paredes: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Techo: \_\_\_\_\_ No. Hab: \_\_\_\_\_  
Servicio Sanitario: Letrina \_\_\_\_\_ Baño Exclusivo: \_\_\_\_\_ Baño Colectivo: \_\_\_\_\_ Interperie: \_\_\_\_\_  
Instalación de Basura: Ayuntamiento \_\_\_\_\_ La quemar: \_\_\_\_\_ Vertederos: \_\_\_\_\_  
Instalación agua potable: Coraasan \_\_\_\_\_ Pozo \_\_\_\_\_ Camiones \_\_\_\_\_ Inapa: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
Serv. Electricidad Edenorte \_\_\_\_\_ Inversor \_\_\_\_\_ No tiene \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
Combustible de cocina: Gas \_\_\_\_\_ Carbón \_\_\_\_\_ Leña \_\_\_\_\_  
Animales Domésticos: Perros \_\_\_\_\_ Gatos \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
Vectores: Mosquitos  Si  No  Moscas  Si  No  Cucarachas  Si  No  Ratones  Si  No   
No Hay  Si  No

Antecedentes Ginecobstetricos: Edad menarquia \_\_\_\_\_ Edad Primera Relación \_\_\_\_\_  
Sexual \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual \_\_\_\_\_ Días duración \_\_\_\_\_ Edad primer embarazo \_\_\_\_\_  
#De embarazo \_\_\_\_\_ #De partos Normal \_\_\_\_\_ #Cesárea \_\_\_\_\_  
#De abortos \_\_\_\_\_ Nacidos vivos \_\_\_\_\_ Nacidos muertos \_\_\_\_\_ Total de hijos vivo \_\_\_\_\_  
#De parejas \_\_\_\_\_ Nacidos vivos \_\_\_\_\_  
Fecha ult. PAP \_\_\_\_\_ Fecha Ult. Menstruación \_\_\_\_\_ Fecha menopausia \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta Historial: \_\_\_\_\_  
Sistema: Cardiorrespiratorio \_\_\_\_\_ Digestivo \_\_\_\_\_ Endocrino \_\_\_\_\_  
Esqueletico \_\_\_\_\_ Neurologo \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_ Urinario \_\_\_\_\_  
Hematologico \_\_\_\_\_ Expl. General: TA 120/80 FC 80 FR 20 Temp. 36 Peso \_\_\_\_\_ Talla: pie \_\_\_\_\_  
Pulg. \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_  
Exploraciones: Cabeza \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_ Orofaringe \_\_\_\_\_ Tórax \_\_\_\_\_  
Pulmones \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_ Genitales \_\_\_\_\_  
Abdomen \_\_\_\_\_  
Extremidades \_\_\_\_\_

Diagnostico Presuntivo: Ulcera de Corazón  
Medicamentos: N/A  
Estudios realizados: DX  
Cita: \_\_\_\_\_ Referto al centro \_\_\_\_\_  
Motivo del ref: \_\_\_\_\_  
MEDICO(A) \_\_\_\_\_



Embarazo Actual  
Ultima Menstruación: \_\_\_\_\_ Desconocido   
Fecha Probable Parto: \_\_\_\_\_  
Peso Previo al embarazo \_\_\_\_\_ Lbs.  
Atencion Actual  
AntiTetánica:  Previa  No.1  No.2 (Ref)  Ninguna  
AntiRubeola:  Previa  No Sabe  No  Embarazo  No  
Examen Cervix Normal:  No  Si  
Examen Pelvis Normal:  No  Si  
Sensib. Gamaglobulina:  No  Si  
Examen Odont. Normal:  No  Si  
Ex.Papanicolau Normal:  No  Si  
VDRL: \_\_\_\_\_  
HIV Solicitado: \_\_\_\_\_  
Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ Sem  
Altura Uterina: \_\_\_\_\_ cm  
FC Fetal: \_\_\_\_\_ at/min  
Bacteriuria:  Positivo  No se Hizo  Negativo  
Proteriuria:  Positivo  No se Hizo  Negativo  
Present Feto: \_\_\_\_\_  
Mov. Fetal: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ Lbs.  
P.A: \_\_\_\_\_ mmHg  
Controles Folato:   
Hierro:

001-0031408-4

30/10/2021



SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL, R2  
HISTORIAL CLINICO GENERAL Y EMBARAZADA

CPN: \_\_\_\_\_ AREA: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ NO.FICHA: \_\_\_\_\_  
 Nombre: Randy Apellidos: Martinez Elena Edad: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Posición Del Hogar:  Jefe:  Conyuge:  
 Hijo  Otro Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Est. civil:  Casado(a):  Soltero(a):  Unión Libre:  Divorciado(a):  Viudo(a):   
 NSS Senasa: \_\_\_\_\_ Solidaridad: \_\_\_\_\_ Otras ARS: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Personales Patológicos: Enf. Antes y Actuales: \_\_\_\_\_  
 Personales no Patologicos: Hobbies:  Si  No  Deportes  Si  No  Alergias  Si  No  Alcohol   
 si  No  Cigarrillo  Si  No  Cafe  Si  No   
 Hábitat(Vivienda): \_\_\_\_\_ Paredes: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Techo: \_\_\_\_\_ No. Hab: \_\_\_\_\_  
 Servicio Sanitario: Letrina \_\_\_\_\_ Baño Exclusivo: \_\_\_\_\_ Baño Colectivo: \_\_\_\_\_ Interperie: \_\_\_\_\_  
 Instalación de Basura: Ayuntamiento: \_\_\_\_\_ La quemar: \_\_\_\_\_ Vertederos: \_\_\_\_\_  
 Instalación agua potable: Coraasan \_\_\_\_\_ Pozo \_\_\_\_\_ Camiones \_\_\_\_\_ Inapa: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Serv. Electricidad Edenorte \_\_\_\_\_ Inversor \_\_\_\_\_ No tiene \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Combustible de cocina: Gas \_\_\_\_\_ Carbón \_\_\_\_\_ Leña \_\_\_\_\_  
 Animales Domésticos: Perros \_\_\_\_\_ Gatos \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Vectores: Mosquitos  Si  No  Moscas  Si  No  Cucarachas  Si  No  Ratones  Si  No

Antecedentes Ginecobstetricos: Edad menarquia \_\_\_\_\_ Edad Primera Relación \_\_\_\_\_  
 Sexual \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual \_\_\_\_\_ Días duración \_\_\_\_\_ Edad primer embarazo \_\_\_\_\_  
 #De embarazo \_\_\_\_\_ #De partos Normal \_\_\_\_\_ #Cesárea \_\_\_\_\_  
 #De abortos \_\_\_\_\_ Nacidos vivos \_\_\_\_\_ Nacidos muertos \_\_\_\_\_ Total de hijos vivo \_\_\_\_\_  
 #De parejas \_\_\_\_\_  
 Fecha ult. PAP \_\_\_\_\_ Fecha Ult. Menstruación \_\_\_\_\_ Fecha menopausia \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta Historial: \_\_\_\_\_  
 Sistema: Cardiorrespiratorio \_\_\_\_\_ Digestivo \_\_\_\_\_ Endocrino \_\_\_\_\_  
 Esqueletico \_\_\_\_\_ Neurologo \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_ Urinario \_\_\_\_\_  
 Hematologico \_\_\_\_\_ Expl. General: TA 100/80 FC 70 FR 20 Temp. 36 Peso \_\_\_\_\_ Talla: pie \_\_\_\_\_  
 Pulg. \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_  
 Exploraciones: Cabeza \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_ Orofaringe \_\_\_\_\_ Tórax \_\_\_\_\_  
 Pulmones \_\_\_\_\_ Abdomen \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_ Genitales \_\_\_\_\_  
 Extremidades \_\_\_\_\_

Diagnostico Presuntivo: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Estudios realizados: Vacunado de Covid  
 Cita: \_\_\_\_\_ Referido al centro Plano: DT  
 Motivo del ref: \_\_\_\_\_  
 MEDICO(A) \_\_\_\_\_



Embarazo Actual  
 Ultima Menstruación: \_\_\_\_\_  
 Fecha Probable Parto: \_\_\_\_\_  
 Peso Previo al embarazo: \_\_\_\_\_ Lbs \_\_\_\_\_  
 AntiTetanica:  Previa  No. 1  No. 2 (Ref)  Ninguna  
 AntiRubeola:  Previa  Embarazo  No Sabe  No  
 Examen Cervix Normal:  No  Si  
 Examen Pelvis Normal:  No  Si  
 Sensib. Gamaglobulina:  No  Si  
 Examen Odont. Normal:  No  Si  
 Ex.Papanicolau Normal:  No  Si  
 VDRL: \_\_\_\_\_  
 HIV Solicitado: \_\_\_\_\_  
 Bacteriuria:  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Proteriuria:  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Controles Folato:    
 Hierro:    
 Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ Sem \_\_\_\_\_ Altura Uterina: \_\_\_\_\_ cm  
 FC Fetal: \_\_\_\_\_ lat/min  
 Present Feto: \_\_\_\_\_  
 Mov. Feral: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_ Lbs. P.A.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

SERVICIO REGIONAL DE SALUD NORCENTRAL, R2  
HISTORIAL CLINICO GENERAL Y EMBARAZADA

30/08/21



CPN: \_\_\_\_\_ AREA: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ NO.FICHA: \_\_\_\_\_  
 Nombre: Frankelin Apellidos: Dalez Casarino Edad: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: 11/10/93 Posición Del Hogar:  Jefe:  Conyuge:  
 Hijo  Otro Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Est. civil:  Casado(a):  Soltero(a):  Unión Libre:  Divorciado(a):  Viudo(a):   
 NSS Senasa: \_\_\_\_\_ Solidaridad: \_\_\_\_\_ Otras ARS: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Personales Patológicos: Enf. Antes y Actuales: \_\_\_\_\_  
 Personales no Patologicos: Hobbies:  Si  No  Deportes  Si  No  Alergias  Si  No  Alcohol  si  No  Cigarrillo  Si  No  Cafe  Si  No   
 Hábitat(Vivienda): \_\_\_\_\_ Paredes: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Techo: \_\_\_\_\_ No. Hab: \_\_\_\_\_  
 Servicio Sanitario: Letrina \_\_\_\_\_ Baño Exclusivo: \_\_\_\_\_ Baño Colectivo: \_\_\_\_\_ Interperie: \_\_\_\_\_  
 Instalación de Basura: Ayuntamiento: \_\_\_\_\_ La quemar: \_\_\_\_\_ Vertederos: \_\_\_\_\_  
 Instalación agua potable: Coraasan \_\_\_\_\_ Pozo \_\_\_\_\_ Camiones \_\_\_\_\_ Inapa: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Serv. Electricidad Edenorte \_\_\_\_\_ Inversor \_\_\_\_\_ No tiene \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Combustible de cocina: Gas \_\_\_\_\_ Carbón \_\_\_\_\_ Leña \_\_\_\_\_  
 Animales Domésticos: Perros \_\_\_\_\_ Gatos \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Vectores: Mosquitos  Si  No  Moscas  Si  No  Cucarachas  Si  No  Ratones  Si  No  No Hay  Si  No

Antecedentes Ginecobstetricos: Edad menarquia \_\_\_\_\_ Edad Primera Relación \_\_\_\_\_  
 Sexual \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual \_\_\_\_\_ Días duración \_\_\_\_\_ Edad primer embarazo \_\_\_\_\_  
 #De embarazo \_\_\_\_\_ #De partos Normal \_\_\_\_\_ #Cesárea \_\_\_\_\_  
 #De abortos \_\_\_\_\_ Nacidos vivos \_\_\_\_\_ Nacidos muertos \_\_\_\_\_ Total de hijos vivo \_\_\_\_\_  
 #De parejas \_\_\_\_\_  
 Fecha ult. PAP \_\_\_\_\_ Fecha Ult. Menstruación \_\_\_\_\_ Fecha menopausia \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta Historial: \_\_\_\_\_  
 Sistema: Cardiorrespiratorio \_\_\_\_\_ Digestivo \_\_\_\_\_ Endocrino \_\_\_\_\_  
 Esqueletico \_\_\_\_\_ Neurologo \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_ Urinario \_\_\_\_\_  
 Hematologico \_\_\_\_\_ Expl. General: TA 120/80 FC 80 FR 20 Temp. 36.5 Peso \_\_\_\_\_ Talla: pie \_\_\_\_\_  
 Pulg. \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_  
 Exploraciones: Cabeza \_\_\_\_\_ Ojos \_\_\_\_\_ Nariz \_\_\_\_\_ Orofaringe \_\_\_\_\_ Tórax \_\_\_\_\_  
 Pulmones \_\_\_\_\_ Abdomen \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_ Genitales \_\_\_\_\_  
 Extremidades \_\_\_\_\_

vacunado de Covid.  
Juan DT



Diagnostico Presuntivo: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Estudios realizados: \_\_\_\_\_  
 Cita: \_\_\_\_\_  
 Motivo del ref: \_\_\_\_\_ Referido al centro \_\_\_\_\_  
 MEDICO(A) \_\_\_\_\_

Embarazo Actual  
 Ultima Menstruación: 30/08  Desconocido  
 Fecha Probable Parto: \_\_\_\_\_  
 Peso Previo al embarazo \_\_\_\_\_ Lbs.  
 AntiTetánica  Previa  No.1  No.2 (Ref)  Ninguna  
 AntiRubeola  Previa  No Sabe  Embarazo  No  
 Examen Cervix Normal  No  Si  
 Examen Pelvis Normal  No  Si  
 Sensib. Gamaglobulina  No  Si  
 Examen Odont. Normal  No  Si  
 Ex.Papanicolau Normal  No  Si  
 VDRL \_\_\_\_\_  
 HIV Solicitado \_\_\_\_\_  
 Atención Actual  
 Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ Sem Altura Uterina: \_\_\_\_\_ cm  
 FC Fetal: \_\_\_\_\_ lat/min  
 Present Feto: \_\_\_\_\_  
 Mov. Fetal: \_\_\_\_\_  
 Bacteriuria  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Proteruria  Positivo  No se Hizo  Negativo  
 Controles Folato:  Hierro:







Ayuntamiento  
**VERAGUA**

Cambia!

Zinatec

NEUMOXOL