

REVISIÓN POR SISTEMA

Algunos datos de la historia clínica en estado de
ambulatorio

EXAMEN FÍSICO

Signos Vitales:
TA *100/60* mmHg FC *115* Lat./min. FR *21* Res./min. T *38.5* °C

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Peso Kg Talla cm IMC CLASIFICACIÓN ANTROPOMÉTRICA Perímetro de Cintura cm

CABEZA, CUELLO

Presión en cuello
de cuello, hinchazón en la
torax, corazón, pulmones

ABDOMEN:

EXTREMIDADES

PIEL Y ANEXOS:

SISTEMA NERVIOSO:

OTROS:

EXAMEN MENTAL

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Examen físico

SOLICITUD DE AYUDA DIAGNÓSTICA:

PLAN DE MANEJO (si se ordena observación u hospitalizar, hacerlo de forma general, registrar ordenes médicas en la hoja respectiva) Referencia

- 1) *Revisión a nivel de examen físico*
- 2) *Examen físico de la historia clínica*
- 3) *Examen físico de la historia clínica*
- 4) *Examen físico de la historia clínica*
- 5) *Examen físico de la historia clínica*

EDUCACIÓN EN SALUD, SIGNOS DE ALARMAS Y RECOMENDACIONES:

 Amor por la vida 624000725-0	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Junio de 2019
	HISTORIA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CONSULTA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	CÓDIGO: SC
	Página 1 de 2	

LUGAR DE ATENCIÓN: HEAD SEDE: OTU

1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		NOMBRES		Nº. HISTORIA CLÍNICA		FECHA DE APERTURA			
<u>Durán</u>		<u>Winer</u>		<u>Alfonso Esteban</u>		<u>10962131</u>		<u>6/3/21</u>			
NACIMIENTO		EDAD		REGIMEN		SEXO		ORIENTACIÓN SEXUAL		IDENTIDAD DE GÉNERO	
<u>14/04/36</u>		<u>36</u>		<u>PPNA</u>		<u>M</u>		<u>H</u>		<u>TS</u>	
NACIONALIDAD		OCUPACIÓN		DIRECCIÓN		TELÉFONO		EAPB		ESTADO CIVIL	
<u>Colombiana</u>		<u>OCUPADA</u>		<u>OTU</u>		<u>10962131</u>		<u>-</u>		<u>S</u>	
NOMBRE ACOMPAÑANTE		PARENTESCO		TELÉFONO		PI		I		A	
<u>-</u>		<u>-</u>		<u>-</u>		<u>-</u>		<u>-</u>		<u>-</u>	
NIVEL SOCIOECONÓMICO		NIVEL EDUCATIVO		CICLO VITAL		P		I		A	
<u>-</u>		<u>-</u>		<u>-</u>		<u>-</u>		<u>-</u>		<u>-</u>	
VIOLENCIA: SI ☐ NO ☐		GRUPO POBLACIONAL		PERTENENCIA ÉTNICA		VS		VI		VA	
<u>-</u>		<u>-</u>		<u>-</u>		<u>-</u>		<u>-</u>		<u>-</u>	

REGIMEN: PPNA: Población No Asegurada; S: Subsidado; C: Contributivo; E: Especial; O: Otro. ORIENTACIÓN SEXUAL: H: Heterosexual; L: Lesbiana; G: Gay; B: Bisexual; I: Intersexual. IDENTIDAD DE GÉNERO: TRANSGENERISTA (TF: Transformista, TV: Travesti, TS: Transsexual). ESTADO CIVIL: S: soltero; C: casado; UL: unión libre; V: viudo(a). CICLO VITAL: PI: Primera Infancia; I: Infancia; A: Adolescencia; J: Juventud; AD: Adultez; V: Vejez. VIOLENCIA: VS: Violencia Sexual; VI: Violencia Intrafamiliar; VA: Violencia Armada. GRUPO POBLACIONAL: G: Gestantes; CD: Condición de Discapacidad; M: Migrantes; D: Desplazados; C: Carcelario; HC: Habitante de la Calle; DM: Desmovilizado; PI (ICBF): Población Infantil a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; MC: Madres Comunitarias; CPS: Centros Psiquiátricos; OGP: Otros Grupos Poblacionales. PERTENENCIA ÉTNICA: I: Indígena; R/G: ROM/Gitano; R: Raizal; P: Palanquero; N/A: Negro/Afro; O: Otros.

ES VÍCTIMA DE MALTRATO ACTUALMENTE SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL? - PARENTESCO DEL MALTRATADOR -

SE SIENTE EN RIESGO POR LA PERSONA QUE LO MALTRATA SI ☐ NO ☐ ¿NECESITA AYUDA? SI ☐ NO ☐

¿PLANEA EMBARAZARSE EN? Un año o menos ☐ Dos años ☐ 3 - 5 años ☐ Más de 5 años ☐ No lo ha(n) planeado ☐ No aplica ☐

Si la respuesta es un año o menos referir a CONSULTA PRECONCEPCIONAL; y si es mayor a un año referir a PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

¿PRESENTA TOS POR MÁS DE 15 DÍAS? Solicitar: Si es tos sin expectoración: Broncoscopia de Jugo gástrico ☐ O RX de tórax ☐

SI ☐ NO ☐ Si es tos con expectoración: Broncoscopia Serjada ☐

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL Y mi pulmón no funciona
desde hace poco tiempo me siento con falta de
energía me cuesta mucho caminar en los días
de lluvia cuando llueve mucho me siento con
tos por eso voy a consulta para que me ayuden.

ANTECEDENTES PERSONALES			
Antecedentes Personales Patológicos:			
Diabetes	SI	NO	Hipertensión Arterial
Enfermedades Infecciosas ¿Cuál?			Osteoarticulares
Enfermedades de transmisión sexual			Traumatismos
Quirúrgicas, ¿Cuál?			Parasitosis
Enfermedad Profesional/Accidente de Trabajo			Accidentes de Tránsito
Enfermedades Mentales o del Comportamiento ¿Cuál?			Transfusiones
Hipersensibilidad / alergias ¿Cuál?			Inmunizaciones
Otro ¿Cuál?			
Personales No Patológicos:			
Tabaquismo (cigarrillos) _____ días _____ años Alcoholismo cantidad _____ frecuencia _____ Toxicomanías (esp/día/años) _____			

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS			
Menarquia / Espermarquia:	Ciclo/Duración: X	Regular ☐ Irregular ☐	Fecha Última Menstruación:
Gestaciones:	Partos:	Cesáreas:	Abortos:
			Ectópicos:
Citología SI ☐ NO ☐	Fecha:	Resultado:	Lactancia materna actual: SI ☐ NO ☐

ANTECEDENTES FAMILIARES			
Asma	SI	NO	Hipertensión, Cardiopatías
Infectocontagiosas ¿Cuál?			Carcinomas
Hepatopatías			Nefropatías
Otro ¿Cuál?			

Versión Aprobada Public