

SIGNOS VITALES

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| Temperatura C° <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> grados | Frecuencia Cardiaca _____ por min. | P/A _____ mmHg | Frecuencia Respiratoria _____ por min. | ASPECTO GENERAL Normal <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> no Describir _____ |
| PESO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg | PESO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Lb | TALLA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm | CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm | IMC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

ESTADO NUTRICIONAL

Bajo peso Sobrepeso

Peso normal Obesidad

EXAMEN FÍSICO

| SITIO ANATÓMICO | NORMAL | SITIO ANATÓMICO | NORMAL | SITIO ANATÓMICO | NORMAL | SITIO ANATÓMICO | NORMAL | OTROS HALLAZGOS |
|-------------------------|--|-------------------|--|-----------------|--|-----------------|--|-----------------|
| Piel, faneras y mucosas | si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> | Salud buco dental | si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> | Abdomen | si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> | Extremidades | si <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> | Especifique: |
| Cabeza | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Cuello y tiroides | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Genitourinario | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Neurológicos | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | |
| Ojos | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Torax | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Columna | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Pies | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | |
| Oídos | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Cardiopulmonar | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Cadera | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | | | |

DESCRIBA HALLAZGOS ANORMALES

EN CASO DE VIOLENCIA

FECHA DE NOTIFICACIÓN HORA DE NOTIFICACIÓN

día mes año hora min

NÚMERO DE CASO _____

IMPRESIÓN CLÍNICA, CONDUCTA Y TRATAMIENTO

| IMPRESIÓN CLÍNICA (DIAGNÓSTICO) | CIE-10 | TRATAMIENTO | IMPRESIÓN CLÍNICA (DIAGNÓSTICO) | CIE-10 | TRATAMIENTO |
|---------------------------------|--------|-------------|---------------------------------|--------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

OTROS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

LABORATORIOS A REALIZAR SEGÚN NORMAS, RESULTADOS Y OTROS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (DESCRIBIR)

ORIENTACIÓN INTEGRAL

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:

CÓDIGOS SEGÚN COMUNIDAD LINGÜÍSTICA

| | | | | | | | | |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| Cod 1 Achi' | Cod 2 Akateka | Cod 3 Awakateka | Cod 4 Ch'orti' | Cod 5 Chalchiteka | Cod 6 Chuj | Cod 7 Itzá | Cod 8 Ixil | Cod 9 Jakalteca |
| Cod 10 Kaqchikel | Cod 11 K'iche' | Cod 12 Mam | Cod 13 Mopan | Cod 14 Poqomam | Cod 15 Pocomchi' | Cod 16 Q'anjob'al | Cod 17 Q'eqchi' | Cod 18 Sakapulteka |
| Cod 19 Sipakapensa | Cod 20 Tektiteka | Cod 21 Tz'utujil | Cod 22 Uspanteka | | | | | |