

FICHA CLÍNICA PARA PERSONA ADULTA Y PERSONA MAYOR  
ADULTA/O (30 A 59 AÑOS) Y PERSONA MAYOR (60 AÑOS Y MÁS)

FECHA día   mes   año		HORA hora   min		NUMERO DE EXPEDIENTE					
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO									
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO			ÁREA DE SALUD						
DISTRITO DE SALUD			CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO CCS <input type="radio"/> PS <input type="radio"/> CS <input type="radio"/> CAP <input type="radio"/> CAIMI <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>						
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE									
NOMBRES			APELLIDOS						
DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO			DOMICILIO						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO						
TERRITORIO			SECTOR						
COMUNIDAD									
FECHA DE NACIMIENTO día   mes   año		EDAD años		SEXO F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>					
ORIENTACIÓN SEXUAL Heterosexual <input type="radio"/> Identidad _____ Bisexual <input type="radio"/> de género _____ Homosexual <input type="radio"/> Trans <input type="radio"/>		ESCOLARIDAD Analfabeta <input type="radio"/> Diversificado <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Universitaria <input type="radio"/> Básicos <input type="radio"/>		TRABAJA <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no especifique: _____					
PROFESIÓN U OFICIO O CONDICIÓN especifique: _____									
NÚMERO CUI/DPI <input style="width: 100%;" type="text"/>									
PUEBLO <input type="radio"/> Maya <input type="radio"/> Garífuna <input type="radio"/> Xinka <input type="radio"/> Mestizo <input type="radio"/> Otro		COMUNIDAD LINGÜÍSTICA _____ (ver codificación al final de la ficha)		ESTADO CIVIL soltero/a <input type="radio"/> casado/a <input type="radio"/> viudo/a <input type="radio"/>					
MIGRANTE <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no origen _____		NOMBRE DEL/LA RESPONSABLE		No. DE TELÉFONO					
PARENTESCO		No. DE CELULAR		REDES SOCIALES <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no CORREO ELECTRÓNICO					
EVALUE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO			EN CASO DE SIGNOS O SÍNTOMAS DE PELIGRO/CONDICIÓN GRAVE: tomar signos vitales, estabilizar, registrar y llenar boleta de referencia						
<table border="0"> <tr> <td style="width: 50%;">               Dificultad respiratoria <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Confusión mental <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Dolor u opresión precordial <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Dolor abdominal <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Cefalea o dolor de cabeza intenso <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no             </td> <td style="width: 50%;">               Vómitos <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Deshidratación <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Inconciencia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Hipotermia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Otra condición, especifique _____             </td> </tr> </table>			Dificultad respiratoria <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Confusión mental <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Dolor u opresión precordial <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Dolor abdominal <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Cefalea o dolor de cabeza intenso <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no	Vómitos <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Deshidratación <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Inconciencia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Hipotermia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Otra condición, especifique _____	MOTIVO DE CONSULTA _____ _____ _____				
Dificultad respiratoria <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Confusión mental <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Dolor u opresión precordial <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Dolor abdominal <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Cefalea o dolor de cabeza intenso <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no	Vómitos <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Deshidratación <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Inconciencia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Hipotermia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Otra condición, especifique _____								
REFERIDO <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		ESPECIFIQUE _____ _____							
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL									
ANTECEDENTES									
PERSONALES		MÉDICOS		PSICOSOCIALES					
Menarquia/espermarquia _____ años de edad Número de embarazos _____ Número de hijos _____ Hijos vivos _____ Número de abortos _____ FUR _____		Uso de métodos anticonceptivos <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no especifique: _____ Ciclos menstruales irregulares <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Dismenorrea <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no		<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">               TB <input checked="" type="radio"/>                Alergias <input checked="" type="radio"/>                Asma <input checked="" type="radio"/>                ITS <input checked="" type="radio"/>                ITU <input checked="" type="radio"/>                Dislipidemias <input checked="" type="radio"/>                Osteoartritis <input checked="" type="radio"/>                Cáncer de cérvix <input checked="" type="radio"/>                Cáncer de próstata <input checked="" type="radio"/>                Infarto del miocardio <input checked="" type="radio"/>                Problemas nutricionales <input checked="" type="radio"/>                Diabetes <input checked="" type="radio"/> </td> <td style="vertical-align: top;">               ECV <input checked="" type="radio"/>                Hipertensión <input checked="" type="radio"/>                Uso de medicamentos <input checked="" type="radio"/>                Discapacidad <input checked="" type="radio"/>                Intoxicaciones <input checked="" type="radio"/>                Traumas <input checked="" type="radio"/>                Cirugías <input checked="" type="radio"/>                Hospitalizaciones <input checked="" type="radio"/>                Violencia <input checked="" type="radio"/>                Caídas frecuentes <input checked="" type="radio"/>                Enfermedades vectoriales <input checked="" type="radio"/>                Otros, especifique _____             </td> </tr> </table>		TB <input checked="" type="radio"/> Alergias <input checked="" type="radio"/> Asma <input checked="" type="radio"/> ITS <input checked="" type="radio"/> ITU <input checked="" type="radio"/> Dislipidemias <input checked="" type="radio"/> Osteoartritis <input checked="" type="radio"/> Cáncer de cérvix <input checked="" type="radio"/> Cáncer de próstata <input checked="" type="radio"/> Infarto del miocardio <input checked="" type="radio"/> Problemas nutricionales <input checked="" type="radio"/> Diabetes <input checked="" type="radio"/>	ECV <input checked="" type="radio"/> Hipertensión <input checked="" type="radio"/> Uso de medicamentos <input checked="" type="radio"/> Discapacidad <input checked="" type="radio"/> Intoxicaciones <input checked="" type="radio"/> Traumas <input checked="" type="radio"/> Cirugías <input checked="" type="radio"/> Hospitalizaciones <input checked="" type="radio"/> Violencia <input checked="" type="radio"/> Caídas frecuentes <input checked="" type="radio"/> Enfermedades vectoriales <input checked="" type="radio"/> Otros, especifique _____	Vive con: Familia <input type="radio"/> Privado de libertad <input type="radio"/> Conocido/amigo <input type="radio"/> Situación de calle <input type="radio"/> Institución protectora <input type="radio"/> Otro, especifique _____ Alteraciones del estado de ánimo <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Es objeto de maltrato o abuso, describa: _____ _____ _____	
TB <input checked="" type="radio"/> Alergias <input checked="" type="radio"/> Asma <input checked="" type="radio"/> ITS <input checked="" type="radio"/> ITU <input checked="" type="radio"/> Dislipidemias <input checked="" type="radio"/> Osteoartritis <input checked="" type="radio"/> Cáncer de cérvix <input checked="" type="radio"/> Cáncer de próstata <input checked="" type="radio"/> Infarto del miocardio <input checked="" type="radio"/> Problemas nutricionales <input checked="" type="radio"/> Diabetes <input checked="" type="radio"/>	ECV <input checked="" type="radio"/> Hipertensión <input checked="" type="radio"/> Uso de medicamentos <input checked="" type="radio"/> Discapacidad <input checked="" type="radio"/> Intoxicaciones <input checked="" type="radio"/> Traumas <input checked="" type="radio"/> Cirugías <input checked="" type="radio"/> Hospitalizaciones <input checked="" type="radio"/> Violencia <input checked="" type="radio"/> Caídas frecuentes <input checked="" type="radio"/> Enfermedades vectoriales <input checked="" type="radio"/> Otros, especifique _____								
ESTILOS DE VIDA		FAMILIARES		HÁBITOS					
Alimentación y actividad física Comidas por día _____ Consumo de: cereales <input type="radio"/> verduras <input type="radio"/> frutas <input type="radio"/> carnes <input type="radio"/> lacteos <input type="radio"/> agua segura <input type="radio"/> Actividad física <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Horas al día: _____ Videojuegos <input type="radio"/> Otras actividades: _____ TV <input type="radio"/> Horas de sueño al día: _____ Higiene diaria <input type="radio"/> Asiste a grupos de autoayuda <input type="radio"/> Conduce vehículo <input type="radio"/> Especifique: _____		<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">               Diabetes <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Hipertensión <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Cáncer <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Enfermedades transmisibles <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                ITS <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                TB <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Vacunación                Td <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                TdAp <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Influenza <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Otras, especifique _____             </td> <td style="vertical-align: top;">               Violencia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Problemas psicológicos <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Problemas judiciales <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Consumo sust. psicoactivas <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Demencia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Suplementación                Ácido fólico <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Sulfato ferroso <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no                Otros, especifique _____             </td> </tr> </table>		Diabetes <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Hipertensión <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Cáncer <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Enfermedades transmisibles <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no ITS <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no TB <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Vacunación Td <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no TdAp <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Influenza <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Otras, especifique _____	Violencia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Problemas psicológicos <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Problemas judiciales <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Consumo sust. psicoactivas <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Demencia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Suplementación Ácido fólico <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Sulfato ferroso <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Otros, especifique _____	Consumo de alcohol <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Consumo de tabaco <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Consumo de otras sustancias, especifique _____ _____			
Diabetes <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Hipertensión <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Cáncer <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Enfermedades transmisibles <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no ITS <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no TB <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Vacunación Td <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no TdAp <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Influenza <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Otras, especifique _____	Violencia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Problemas psicológicos <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Problemas judiciales <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Consumo sust. psicoactivas <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Demencia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Suplementación Ácido fólico <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Sulfato ferroso <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Otros, especifique _____								
HISTORIA ABUSO Y/O VIOLENCIA									
Especifique: <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no _____ _____									

**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					