



HISTORIA CLINICA

Código R.A. - SALUD INE 101 / 2010

A. DATOS ADMINISTRATIVOS

Sello Institucional	RESPONSABLE DE FAMILIA		No. H.C.	
	Apellido Paterno:		No. SUMI	
	Apellido Materno:			
	Nombres:			
	Fecha de nacimiento / / Sexo: M / F			
Ocupación: Productivas: _____				
Reproductivas: _____				
Gestión Comunitaria: _____				
Establecimiento	Dirección			
	Comunidad			
Red de Salud	Municipio	Provincia		

B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE / USUARIO

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:		
Fecha de nacimiento: / /	Sexo: F M	Procedencia:	Fecha de Ingreso: / /	
Idioma Hablado: _____	Idioma Materno: _____	Auto pertenencia cultural: _____		
Ocupación: Productivas: _____	Reproductivas: _____	Gestión Comunitaria: _____		
¿Quién (s) decidieron para que acuda al servicio de salud? Pareja Hijo/a (s) Otro familiar Usted mismo <input type="checkbox"/> Otro _____				
Estado civil: Soltero(a) Conviviente Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a)		Escolaridad: Sin Instrucción Básico Intermedio Medio o más		
Grupo Sanguíneo:	Factor Rh:	Otros:		

C. ANTECEDENTES PEDIATRICOS

E. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Peso RN:	Tipo de parto:	EMBARAZOS G ___ P ___ A ___ C ___						PAP		Anticoncepción		
Obs. Perinatales:		Año	Duración meses	Tipo de Parto		No. De RN(s)		Aborto	Fecha	Resultado	Inicio	Método
Lactancia: exclusiva/periódica (meses)				Vaginal	Cesarea	vivo(s)	muerto(s)					
D. VACUNAS												
		1	2	3	4	5						
BCG												
Polio												
DPT												
Pentavalente												
Sarampión												
Triple vírica												
Fiebre amarilla												
Hepatitis B												
D.T.												

F. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

G. MEDICAMENTOS EN ENF. CRONICAS

H. FACTORES DE RIESGO

PERSONAL

FAMILIAR

hospitalizaciones por	Año	Evolución	Inicio	Medicamento	Dosificación	Final	Hipertensión Arterial Sistémica		
							Diabetes		
							Sobrepeso		
							Abuso de Alcohol		
							Habito de Fumar		
							Transfusiones		
							Cirugías		
							Transtornos del SNC		

I. FACTORES DE RIESGO SOCIALES

J. OBSERVACIONES

Procedencia		Tuberculosis	
Viajes a:		Desnutrición	
Otros:		Drogas	
		Sífilis	
		Otros	

INSTRUCTIVO:

SUBJETIVO: Motivo de consulta y/o síntomas que el paciente refiere durante la anamnesis

OBJETIVO: Hallazgos del examen físico y/o resultados de exámenes de laboratorio y complementarios.

ANÁLISIS: Lista de problemas detectados: diagnóstico, signos o síntomas a seguir, resultados de laboratorio patológico, antecedentes personales.

PLAN DE ACCIÓN: Tratamientos, orientaciones, seguimientos, exámenes complementarios necesarios para cada problema.

FECHA	Subjetivo	
EDAD		
TALLA	Objetivo	
PESO		
TEMP.	Análisis	
FC		
PA	Plan de acción	
FR		
		Nombre y firma
FECHA	Subjetivo	
EDAD		
TALLA	Objetivo	
PESO		
TEMP.	Análisis	
FC		
PA	Plan de acción	
FR		
		Nombre y firma
FECHA	Subjetivo	
EDAD		
TALLA	Objetivo	
PESO		
TEMP.	Análisis	
FC		
PA	Plan de acción	
FR		
		Nombre y firma

FECHA	Subjetivo	
EDAD		
TALLA	Objetivo	
PESO		
TEMP.	Análisis	
FC		
PA	Plan de acción	
FR		
		Nombre y firma

FECHA	Subjetivo	
EDAD		
TALLA	Objetivo	
PESO		
TEMP.	Análisis	
FC		
PA	Plan de acción	
FR		
		Nombre y firma

FECHA	Subjetivo	
EDAD		
TALLA	Objetivo	
PESO		
TEMP.	Análisis	
FC		
PA	Plan de acción	
FR		
		Nombre y firma

FECHA	Subjetivo	
EDAD		
TALLA	Objetivo	
PESO		
TEMP.	Análisis	
FC		
PA	Plan de acción	
FR		
		Nombre y firma

FECHA	Subjetivo	
EDAD		
TALLA	Objetivo	
PESO		
TEMP.	Análisis	
FC		
PA	Plan de acción	
FR		
		Nombre y firma

FECHA	Subjetivo	
EDAD		
TALLA	Objetivo	
PESO		
TEMP.	Análisis	
FC		
PA	Plan de acción	
FR		
		Nombre y firma

FECHA	Subjetivo	
EDAD		
TALLA	Objetivo	
PESO		
TEMP.	Análisis	
FC		
PA	Plan de acción	
FR		
		Nombre y firma

FECHA	Subjetivo	
EDAD		
TALLA	Objetivo	
PESO		
TEMP.	Análisis	
FC		
PA	Plan de acción	
FR		
		Nombre y firma

FECHA	Subjetivo	
EDAD		
TALLA	Objetivo	
PESO		
TEMP.	Análisis	
FC		
PA	Plan de acción	
FR		
		Nombre y firma

