



REGISTROS CLÍNICOS Y ADMINISTRATIVOS

Manual Operativo Unidad Móvil de Salud

REGISTROS
CLÍNICOS Y ADMINISTRATIVOS
Manual Operativo Unidad Móvil de Salud

**Organización Panamericana
de la Salud / Organización
Mundial de la Salud:**

Gerardo Alfaro Canton
*Asesor Sistemas y Servicios
De Salud*

Lizbeth Parra
Oficial de Terreno

CAPRECOM:

Adriana Gómez
Coordinadora IPS

Rosalba Herández Rivera
Coordinadora Médica

Martha Inés Rivas Cuesta
Enfermera Jefe

Johanna Arroyo Caicedo
Odontóloga

Adriana Cuadros Fernández
Bacterióloga

Jhon Jairo Becerra
Auxiliar de Farmacia

**Ministerio de la Protección
Social:**

Juan Manuel Rodríguez
Dirección de Calidad

**Cooperativa de Hospitales
de Antioquia - COHAN:**

Jamel Alberto Henao
Gerente

Zoraida Andrea Ocampo
*Coordinadora
Investigación e Innovación*

Martha Cecilia Restrepo
Consultora

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, esta publicación. Las solicitudes deberán dirigirse a la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, Carrera 7 No. 74 – 21 Piso 9. Edificio Seguros Aurora, Bogotá, Colombia. E-mail@col.ops-oms.org

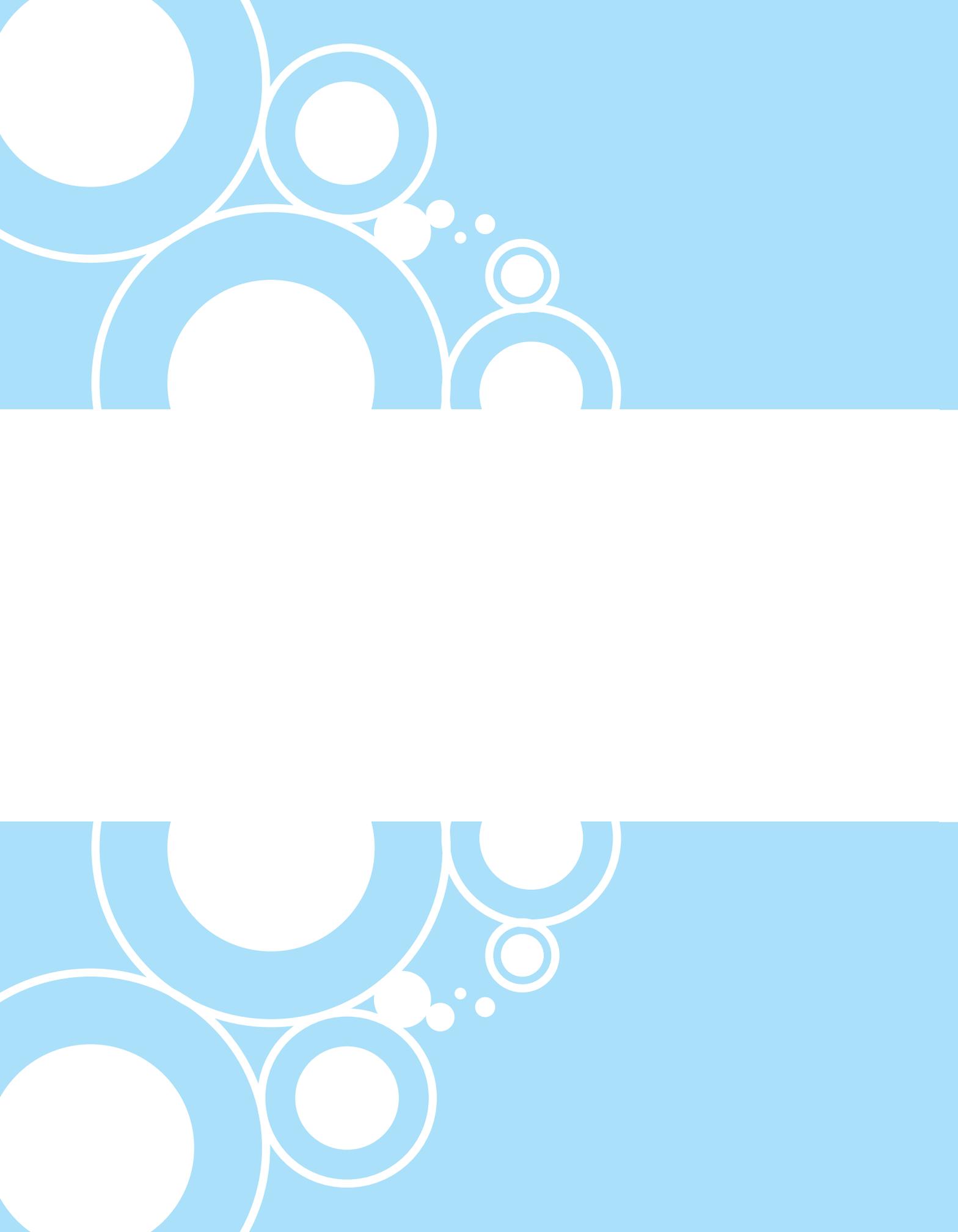
La realización de esta publicación ha sido posible gracias al apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo AECID y el Fondo de Respuesta a Emergencias de Naciones Unidas CERF.

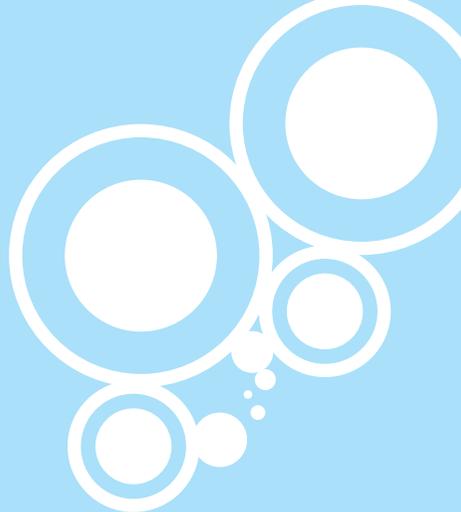
Con el apoyo de:



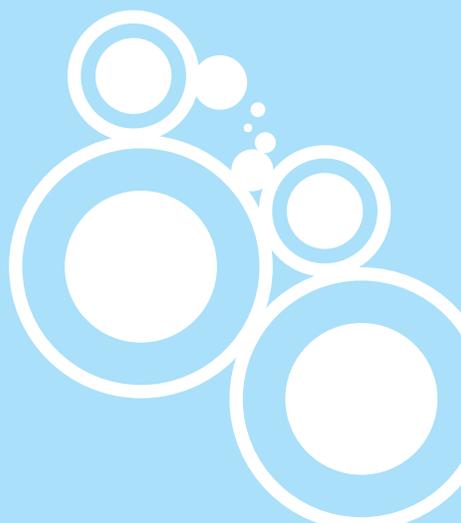
CONTENIDO

- [Guía Atención de Consulta Médica.....5](#)
- [Registros Clínicos.....21](#)
- [Registros Administrativos.....79](#)





GUÍA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA



El médico debe definir si el paciente viene para consulta de:

1. Primera vez por Enfermedad General:

Definida si el paciente no ha consultado recientemente por los síntomas que lo aquejan y por lo tanto no ha recibido tratamiento por parte del equipo médico.

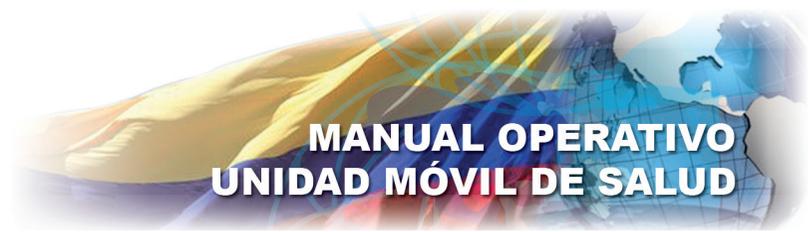
- Origen del paciente: Consulta espontánea o captado por el Gestor de Vida Sana de la comunidad.

2. Revisión Enfermedad General:

Paciente quien ya recibió atención médica, se le ordenaron medicamentos o pruebas de laboratorio y viene a revisión de los resultados o para evaluar respuesta al tratamiento.

- Origen del Paciente: Consulta médica general, consulta médica de promoción y prevención, laboratorio clínico.





MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

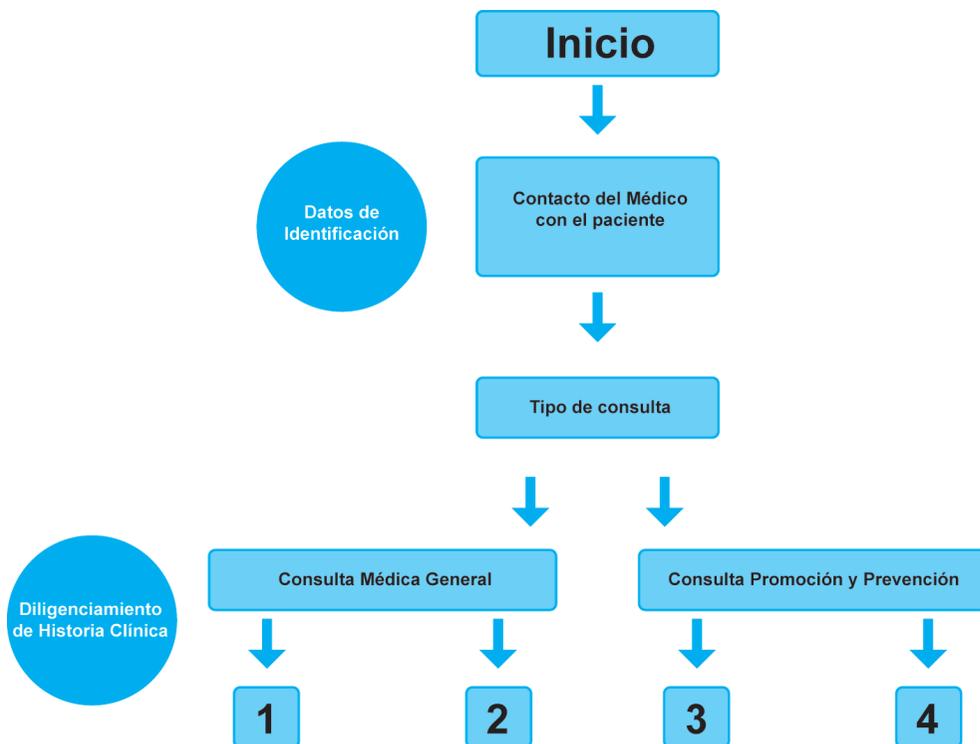
3. Consulta primera vez a Programas de Promoción y Prevención: Paciente que fue captado por alguno de los miembros del equipo de salud, o canalizado por el Gestor de Vida Sana de la comunidad, quienes detectan que pertenece a alguna de las poblaciones objeto de promoción y prevención, se le ordenaron los exámenes iniciales de ingreso y viene a la primera consulta del programa.

- Origen del paciente: Captado desde consulta médica general, por los Gestores de Vida Sana, o consulta espontáneamente.

4. Consulta de control de Promoción y Prevención: Paciente inscrito en un programa específico de promoción y prevención, a quien se le valora el estado general.

- Origen del paciente: Consulta de promoción y prevención o atención por enfermería.

Flujograma para la Clasificación del Tipo de Consulta



1. CONSULTA POR ENFERMEDAD GENERAL

A todos los pacientes se les debe diligenciar la historia clínica con la siguiente información básica y en ese orden:

A. Anamnesis

1. Identificación

- 1.1. *Nombre Completo.*
- 1.2. *Edad y Sexo.*
- 1.3. *Documento de Identidad.*
- 1.4. *Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.*

2. Motivo de Consulta: Razón por la cual el paciente acude a la consulta.

3. Enfermedad Actual: Síntomas principales, inicio, intensidad, frecuencia. Tratamientos recibidos y quien se los ordenó.

4. Revisión por sistemas: En los sistemas no relacionados con la enfermedad actual, si se indagó por síntomas presentados se podrá escribir Normal, en los relacionados debe dejar escrito en forma clara los hallazgos.

5. Antecedentes Patológicos: Quirúrgicos, médicos, traumáticos, medicamentosos e inmunizaciones. tabaquismo, consumo de medicamentos, alergias.

6. AGO: En mujeres, con la información detallada de su historia ginecológica y obstétrica; FUM, número de gestaciones, partos, nacidos vivos, abortos/óbitos y cesáreas; FUP; última citología cérvicovaginal según esquema actual 1-1-3.

7. Antecedentes patológicos en la familia: HTA, diabetes, enfermedad cardiaca, enfermedades congénitas o genéticas, neoplasias.

8. Hábitos: Tabaquismo, medicamentos.

B. Examen Físico: Se debe hacer descripción general del estado general del paciente, se deben medir peso y tallas.

1. Signos vitales, presión arterial BD, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria.

2. Examen físico completo de los distintos sistemas, en los no comprometidos con la Enfermedad Actual y si fueron revisados se puede escribir normal, en los otros se deben detallar los hallazgos.

3. Durante el examen físico se le debe dar información a las mujeres sobre la manera correcta de realizar autoexamen mamario y autoexamen testicular en hombres.

C. Diagnóstico o Impresión Diagnóstica.

- Diagnostico Principal.
- Diagnósticos Secundarios.

D. Conducta:

1. Tratamiento farmacológico: Fórmula médica con letra clara y legible, se le debe explicar bien al paciente la dosificación, las horas de consumo y eventos adversos posibles.

2. Exámenes de laboratorio.

3. Cita de revisión si se requiere.

4. Remisión a especialista. Se debe



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

diligenciar formato de remisión, con resumen de historia clínica con resultado de exámenes cuando lo tenga, diagnóstico y especialidad a la que se remite.

5. Educación al paciente sobre cuidados personales.

A todos los pacientes se les debe evaluar si es objeto de Programas de Prevención y Promoción, en caso que no esté inscrito en el programa se debe remitir a promoción y prevención para el ingreso.

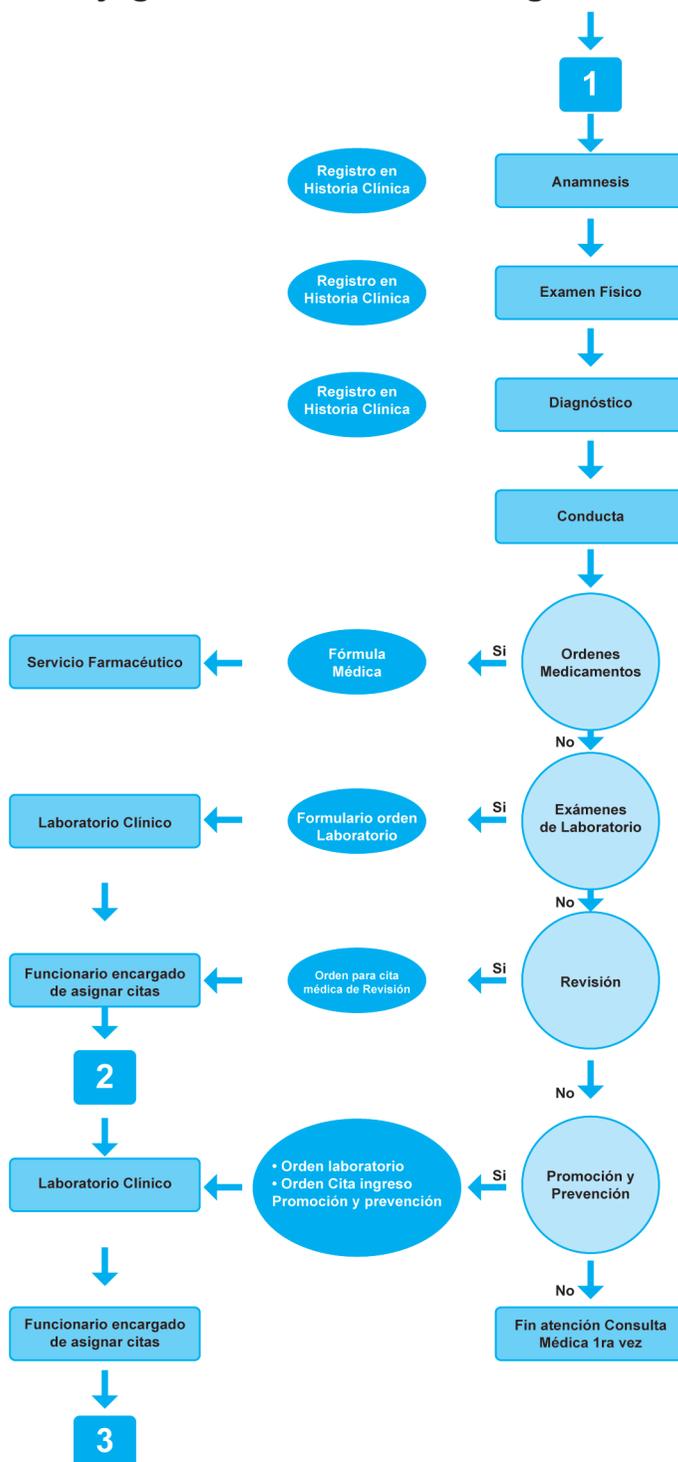
Las siguientes son las pruebas de laboratorio que debe ordenar el médico para el ingreso de los pacientes a los distintos Programas de Promoción y Prevención.

| GRUPO POBLACIONAL | PRUEBAS DIAGNÓSTICAS |
|---------------------------|--|
| Embarazadas | Prueba rápida del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida, Glicemia, Prueba rápida para sífilis (VDRL o RPR), Cuadro Hemático, Hemoclasificación, Parcial de Orina. |
| Adulto sano (quinquenios) | Perfil lipídico, Glicemia, Creatinina, Parcial de Orina, Nivel de Nitrógeno Ureico (BUN). |
| Joven (de 10 a 29 años) | Hemoglobina, Hematocrito |
| Recién nacido | Prueba rápida para sífilis (VDRL o RPR), Hemoclasificación |

Además de las pruebas para ingreso a programas, en caso que el paciente presente alguna de las siguientes sintomatologías, deberá solicitar los exámenes diagnósticos de notificación señalados en el cuadro siguiente:

| SINTOMATOLOGÍA | PRUEBAS DIAGNÓSTICAS |
|--|---|
| Fiebre persistente alta o episódica, malestar general y dolores osteomusculares. | Gota gruesa para diagnóstico de Malaria |
| Lesiones numulares en piel, de difícil tratamiento, asociado a hepato-esplenomegalia y/o lesiones nasales. | Prueba para diagnóstico de Leishmania |
| Conductas de riesgo sexual o antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual. | Prueba rápida para sífilis (VDRL o RPR) (3), Prueba rápida del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida |
| Tos persistente por más de 3 meses con pérdida de peso. | Prueba rápida para sífilis (VDRL o RPR), Hemoclasificación |

Flujograma consulta médica general



2. CONSULTA REVISIÓN:

A todos los pacientes se les debe diligenciar la historia clínica con la siguiente información básica y en ese orden:

A. Anamnesis:

1. Identificación

- 1.1. *Nombre Completo.*
- 1.2. *Edad y Sexo.*
- 1.3. *Documento de Identidad.*
- 1.4. *Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.*
- 1.5. *Estado civil.*
- 1.6. *Domicilio.*

2. Motivo de consulta: Se escribe de manera detallada cual es la causa de la revisión del paciente.

3. Enfermedad Actual: Se escribe como ha sido la evolución de los síntomas, y si hay mejoría o empeoramiento; se indaga por la adherencia al tratamiento.

4. Revisión por sistemas: Revisar si existen nuevos síntomas o no. Si se le ordenó tratamiento farmacológico se debe indagar sobre eventos adversos de medicamentos.

5. Revisión de exámenes de laboratorio: Se revisan resultados de los exámenes ordenados y se correlacionan con el motivo de consulta inicial para saber si confirman el diagnóstico o si por el contrario se hace un diagnóstico nuevo.

B. Examen Físico.

1. Signos vitales: Presión Arterial, pulso y temperatura.

2. Examen físico general: Se realiza examen de sistemas comprometidos y se escriben los hallazgos respecto a la primera consulta.

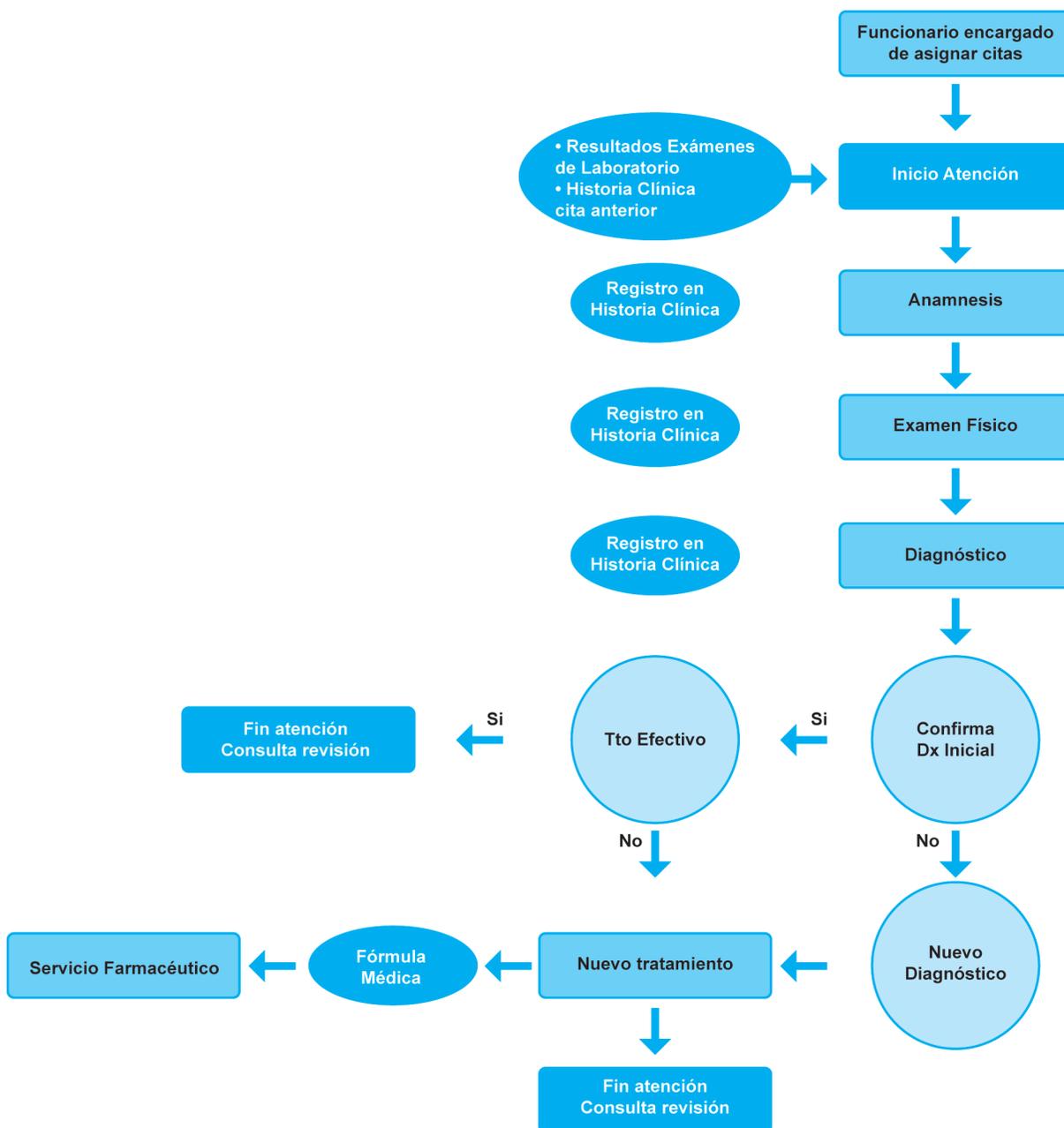
C. Diagnóstico

1. Diagnóstico Principal.
2. Diagnóstico Secundario.

D. Conducta:

1. Anotar recomendaciones generales.
- 2. Tratamiento farmacológico:** Fórmula médica con letra clara y legible, se le debe explicar bien al paciente la dosificación, las horas de consumo y eventos adversos posibles.
3. Exámenes de laboratorio.
- 4. Remisión a especialista:** Se debe diligenciar formato de remisión, con resumen de historia clínica con resultado de exámenes cuando lo tenga, diagnóstico y especialidad a la que se remite.
5. Educación al paciente sobre cuidados personales.

Flujograma de Consulta de Revisión por Medicina General



3. CONSULTA PRIMERA VEZ DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

El paciente debe llegar con la historia de ingreso al programa de promoción y prevención. La atención se hará de acuerdo al programa así:

I. Programa de Crecimiento y Desarrollo:

Además de la historia clínica convencional, se deben llenar las curvas internacionales de crecimiento NCHS.

Población Objeto: Todos los niños y niñas menores de 10 años

A. Anamnesis

1. Datos completos de identificación.
2. Antecedentes perinatales.
3. Embarazo deseado, clasificación de riesgo en el embarazo.
4. Patologías de embarazo, parto o puerperio.
5. Lugar de nacimiento, edad gestacional, APGAR, medidas antropométricas al nacer, patologías del recién nacido.

6. Alimentación: Lactancia materna exclusiva, mixta, complementaria.

7. Antecedentes familiares: Número y estado de hermanos(as): vivos y muertos antes de 5 años.

8. Patologías familiares.

9. Revisión de resultados de exámenes

paraclínicos: Tamizaje hipotiroidismo, hemoclasificación y serología de la madre en el momento del parto.

10. Revisión del estado de vacunación de acuerdo con el esquema vigente.

11. Valoración de riesgos psicosociales.

B. Examen físico completo por sistemas.

1. Revisión órganos de los sentidos (Especial énfasis en visión y audición).

2. Valoración de peso, talla, perímetros y estado nutricional.

3. Diligenciamiento y análisis de curvas de peso y talla de acuerdo al género.

4. Toma de signos vitales.

5. Valoración del desarrollo de acuerdo con la edad del niño(a) según tabla de valoración del desarrollo.

C. Diagnóstico:

1. Niño sano o diagnóstico de patología encontrada.

2. En caso de encontrar problemas de salud iniciar manejo y/o remitir.

D. Conducta

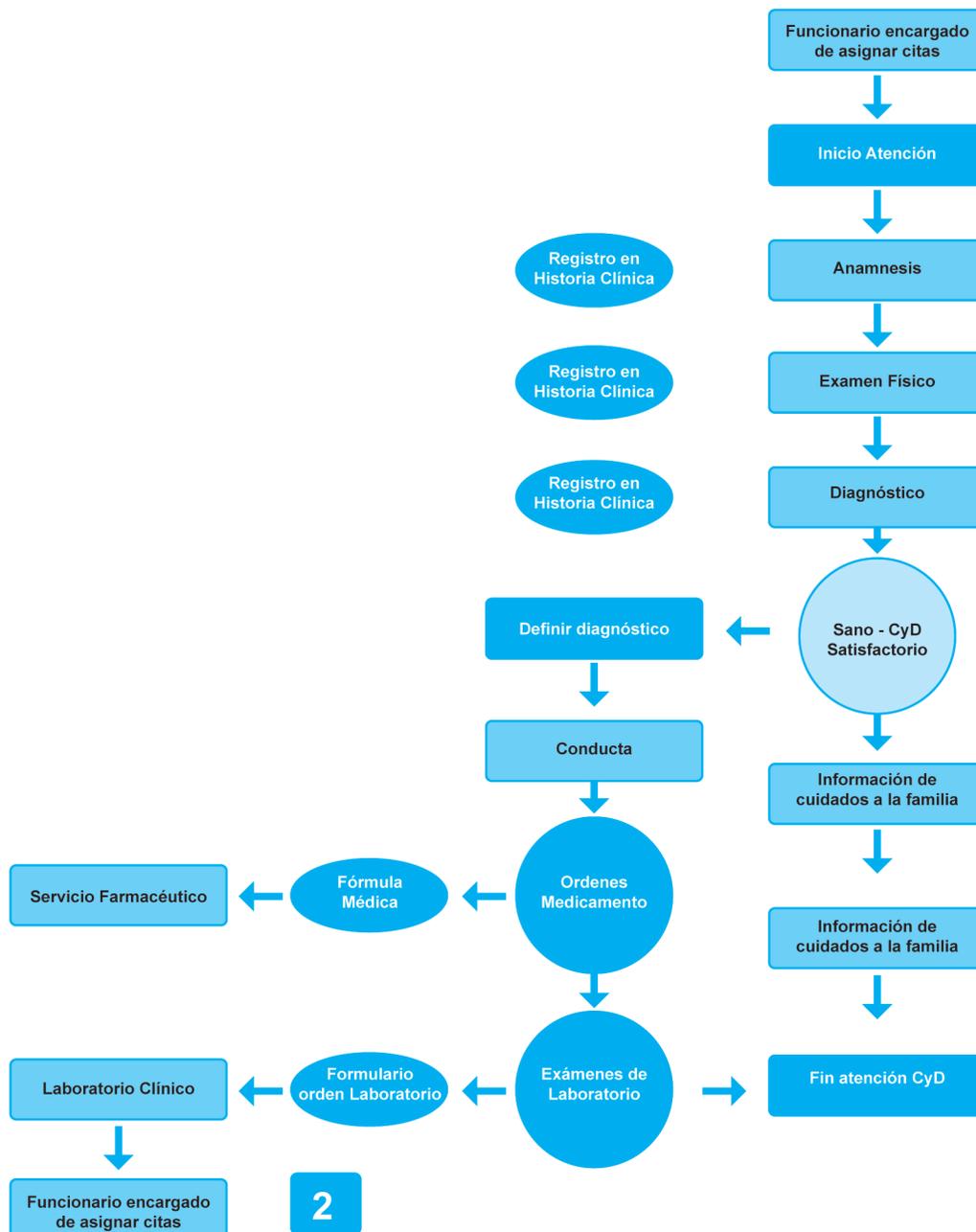
1. Tratamiento de ser necesario.

2. Si se remite a un nivel de mayor complejidad, en la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su atención

en el otro organismo de referencia. La remisión no implica la salida del niño(a) del programa de crecimiento y desarrollo y por lo tanto se le debe programar el siguiente control.

3. Brindar educación a la familia con base en la edad del niño(a) y los hallazgos.
4. Citar para el siguiente control con la enfermera.

Flujograma de Consulta de Crecimiento y Desarrollo:





MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

II. Control Prenatal: A todas las pacientes además de la historia clínica convencional se les debe llenar el formato CLAP y el carné de CPN, con todos los datos allí solicitados.

Población Objeto: Mujeres con diagnóstico de embarazo por PIE (+) o ecografía obstétrica que muestre feto vivo.

A. Anamnesis:

1. Antecedentes personales: Patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, toxicoalérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros). Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual.

2. Antecedentes obstétricos:

2.1. Gestaciones: Total de embarazos, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abrupcio, ruptura prematura de membranas, polidraminios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino.

2.2. Partos: Número de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el postparto, número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer.

2.3. Antecedentes ginecológicos: Edad de la menarquía, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o

presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA, historia y tratamientos de infertilidad.

3. Antecedentes familiares: Hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.

4. Gestación actual: Edad gestacional probable (fecha de la última regla, altura uterina y/o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cérvico vaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros.

5. Valoración de condiciones psicosociales: Tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado y o programado.

6. Otros motivos de consulta: Inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual.

B. Examen físico

1. Tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional.

2. Durante cada consulta deben corroborarse los datos de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional, con las tablas correspondientes.

3. Tomar signos vitales: Pulso, respiración, temperatura y tensión arterial después de un minuto de reposo, BD sentada y en decúbito lateral derecho.

4. Realizar examen físico completo por sistemas: Debe hacerse céfalo caudal incluida la cavidad bucal.

5. Valoración ginecológica: Realizar examen de senos y genitales que incluye valoración del cuello, toma de citología, tamaño y posición uterina y anexos, comprobar la existencia del embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.

6. Valoración obstétrica: Determinar altura uterina, número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.

C. Diagnóstico

1. Embarazo de XX número de semanas.
2. ARO o BRO.
3. Enfermedades Asociadas.

D. Conducta

1. Solicitud de exámenes paraclínicos:

1.1. Hemograma completo que incluya: Hemoglobina, hematocrito, leucograma y velocidad de sedimentación: Se debe realizar cada trimestre.

1.2. Hemoclasificación: En la primera consulta si se desconoce hemoclasificación de la madre.

- Si la madre es RH(-), se debe hemoclasificar al padre, si este es RH(-), no se solicitan más exámenes.
- Si el padre es RH(+), se solicita Coombs Indirecto a la Madre, si el

Coombs es negativo se ordena uno nuevo entre la semana 24 a 28 y en el posparto. Si el Coombs es negativo debe remitirse la gestante para manejo por especialista.

1.3. Serología: En la primera consulta y en el tercer trimestre.

1.4. Uroanálisis (uroanálisis con sedimento y densidad urinaria): Cada trimestre.

1.5. Pruebas para detección de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos (glicemia en ayunas, glucosa en suero, para detectar diabetes pregestacional): Realizar antes de la semana 20. Test de O'sullivan: de la semana 24 a la semana 28. En pacientes de alto riesgo para diabetes mellitus o con glicemia alterada, remitir para prueba de tolerancia oral a la glucosa.

1.6. Ecografía obstétrica: Una ecografía en el primer trimestre y otra en el tercero.

1.7. Prueba rápida HIV y AgsHB en la primera consulta.

1.8. Citología cervical de acuerdo con los parámetros de la norma de detección del cáncer de cuello uterino.

2. Ofrecer consejería: Educación individual a la madre, compañero y familia.

3. Administración de Toxoide tetánico y diftérico: Debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y los antecedentes de vacunación de la gestante.



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

4. Formulación de micronutrientes: Se deberá formular suplemento de Sulfato Ferroso en dosis de 60 mg de hierro elemental/día y un miligramo día de Ácido Fólico durante toda la gestación y hasta el 6° mes de lactancia. Además debe formularse calcio durante la gestación, hasta completar una ingesta mínima diaria de 1.200-1.500 mg.

5. Las usuarias con BRO, seguirán con controles por enfermería y un control por médico en cada trimestre, el último control debe ser por médico. Para las pacientes clasificadas en ARO los controles deben ser por médico.

| Signos de alarma durante el embarazo | | | | |
|--|--|--|---|--|
| Trimestre | Signo de alarma | Diagnóstico probable | Riesgo | Conducta |
| 1ro Trimestre | Disuria Poliuria, Polaquiuria | Infección Urinaria | Amenaza de Aborto | Citoquímico de Orina Tratamiento antibiótico según resultado |
| | Flujo Vagina Mal Oliente y/o abundante | Vaginosis de origen infeccioso | Amenaza de Aborto | Directo y gram de flujo vaginal, Tratamientos según resultado |
| | Sangrado Vaginal o Hemorragia | Amenaza de Aborto, o Aborto en Curso | Perdida embrionaria | Ecografía Gestacional, reposo |
| | Dolor Hipogástrico | Amenaza de Aborto, Infección Urinaria | Amenaza de Aborto Perdida Embrionaria | Examen físico Ecografía Gestacional Citoquímico de Orina Reposo |
| 2do, Trimestre Además de los anteriores | Edema de Manos y cara | Hipertensión Inducida por el Embarazo | Amenaza de Parto Prematuro Eclampsia | Reposo Presión arterial en 3 Posiciones: Proteínas en Orina |
| | Aumento de peso por encima de 2 kg por semana de gestación | Diabetes Gestacional | Macrosomía Desproporción Céfalo Pélvica Sufrimiento Fetal | Test de O'sullivan |
| 3r Trimestre Además de lo anterior | Cefalea Intensa Visión Borrosa Epigastralgia | Pre-eclampsia | Eclampsia Muerte fetal Amenaza de Parto Prematuro | Reposo Presión arterial en 3 Posiciones: Proteínas en Orina Ecografía Creatinina |
| | Edema de Manos y cara | Pre-eclampsia | Eclampsia | Reposo Presión arterial en 3 Posiciones: Proteínas en Orina Ecografía Creatinina |
| | Aumento de peso por encima de 2 Kg por semana de gestación Altura Uterina por encima de esperado para la edad Gestacional | Embarazo Gemelar Diabetes Gestacional Polihidramnios | Amenaza de parto prematuro Macrosomía Desproporción Céfalo Pélvica Sufrimiento Fetal | Ecografía Gestacional, Reposo Glicemia |
| | Disminución o ausencia de movimientos fetales | Oligohidramnios: Muerte Fetal | Sufrimiento Fetal | Ecografía Gestacional: Examen Físico Completo |
| | Salida de Líquido por vagina | Ruptura prematura de membranas | Corio-amnionitis Parto Prematuro | Hemograma y sedimentación Examen de cuello uterino Medición de PH de flujo Vaginal Ecografía Obstétrica |
| | Hemorragia Vaginal | Placenta Previa Desprendimiento de Placenta | Sufrimiento Fetal Agudo Parto Prematuro Muerte Fetal Muerte Materna | Reposo Ecografía Remisión a Especialista |

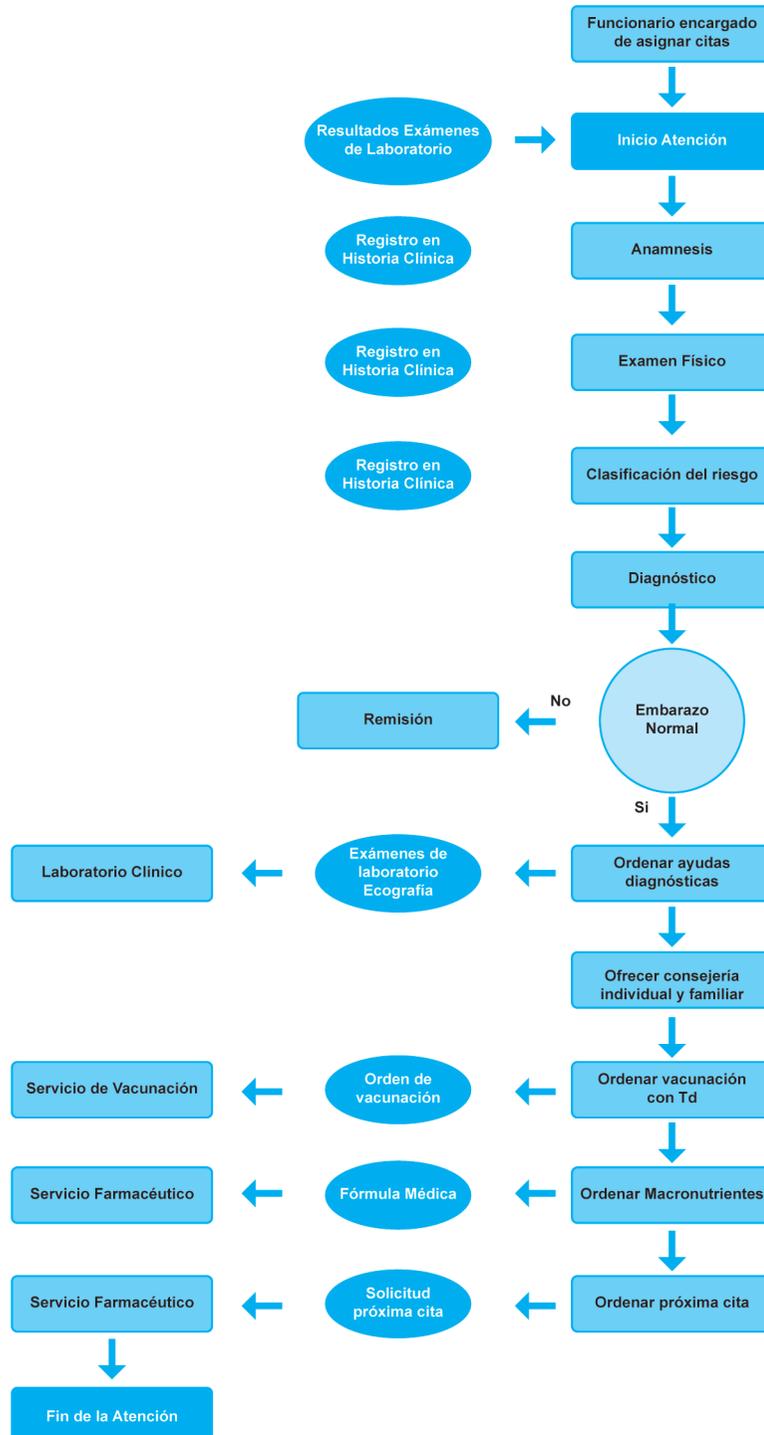
| Factores de Riesgo en el Embarazo | |
|-----------------------------------|---|
| Etapa | Factores de riesgo |
| Preconcepcional | Edad menor de 10 años o mayor de 35 años. Período intergenésico Corto. Primer parto, o más de 4 partos anteriores. Abortos espontáneos. Nacimientos anteriores con Macrosomía o bajo peso al nacer Desnutrición/Obesidad Infecciones Patologías crónicas en la madre |
| Obstétricos | Tabaquismo u otras adicciones Amenaza de Aborto Amenaza de Parto Prematuro Macrosomías Hipertensión inducida por el embarazo Desproporción Céfalopélvica |

| Factores Sociales que potencian el Riesgo |
|---|
| Pobreza, Madre Solterísimo, Embarazos no deseados, Analfabetismo |



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

Flujograma Consulta de Crecimiento y Desarrollo



III. Detección temprana alteraciones del adulto sano.

Población Objeto: Todas las personas mayores de 45 años de edad afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado. Se realiza control a partir de los 45 años de manera quinquenal (45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 y 80 años)

A. Anamnesis

1. Antecedentes Personales: Quirúrgicos, traumáticos, HTA, Diabetes Mellitus, Medicamentos, Alergias, Enfermedad Cerebro Vascular.

2. En mujeres: AGO. Con la información detallada de su historia ginecológica y obstétrica. Número: gestaciones, partos, nacidos vivos, abortos/óbitos y cesáreas; FUP. Última citología cervico-vaginal, revisar esquema el 1-1-3. FUM, determinar menopausia o pero menopausia.

3. Antecedentes familiares: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardio-cerebro-vasculares, cáncer de cuello uterino, seno, próstata, estómago o colorectal.

4. Hábitos: Tabaquismo, antecedentes de consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas, actividad física.

5. Revisión resultados de Exámenes de laboratorio: Glicemia basal, Perfil lipídico, Creatinina y Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria.

B. Examen Físico

1. Signos Vitales: Pulso, frecuencia respiratoria, presión arterial, luego de 5

minutos de reposo, tomar en BD con el paciente sentado.

2. Evaluación nutricional: Según peso y talla determinando el índice de masa corporal.

3. Examen de órganos de los sentidos, incluida la agudeza visual.

4. Auscultación cardiopulmonar.

5. Examen físico de seno: Brindando a la usuaria educación sobre cómo realizar autoexamen mamario.

6. Palpación abdominal.

7. Tacto rectal en hombres.

8. Valoración del sistema músculo - esquelético.

9. Valoración neurológica y de la esfera mental.

C. Diagnóstico

1. Principal.
2. Secundario.

D. Conducta:

1. Ante la sospecha de algunas de las enfermedades de interés en el adulto sano o de cualquier otro cuadro patológico, se deben ordenar los procedimientos requeridos para el diagnóstico definitivo y el tratamiento necesario.

2. De acuerdo con los resultados obtenidos en la valoración clínica y en los exámenes de laboratorio, se debe seguir el siguiente flujo de decisiones:

2.1. Persona mayor de 45 años sin antecedentes de riesgo, sin síntomas atribuibles a patologías crónicas, con examen físico normal (Persona Sana), debe recibir información sobre estilos de vida saludable y dar indicaciones para control por medicina general a los 5 años.

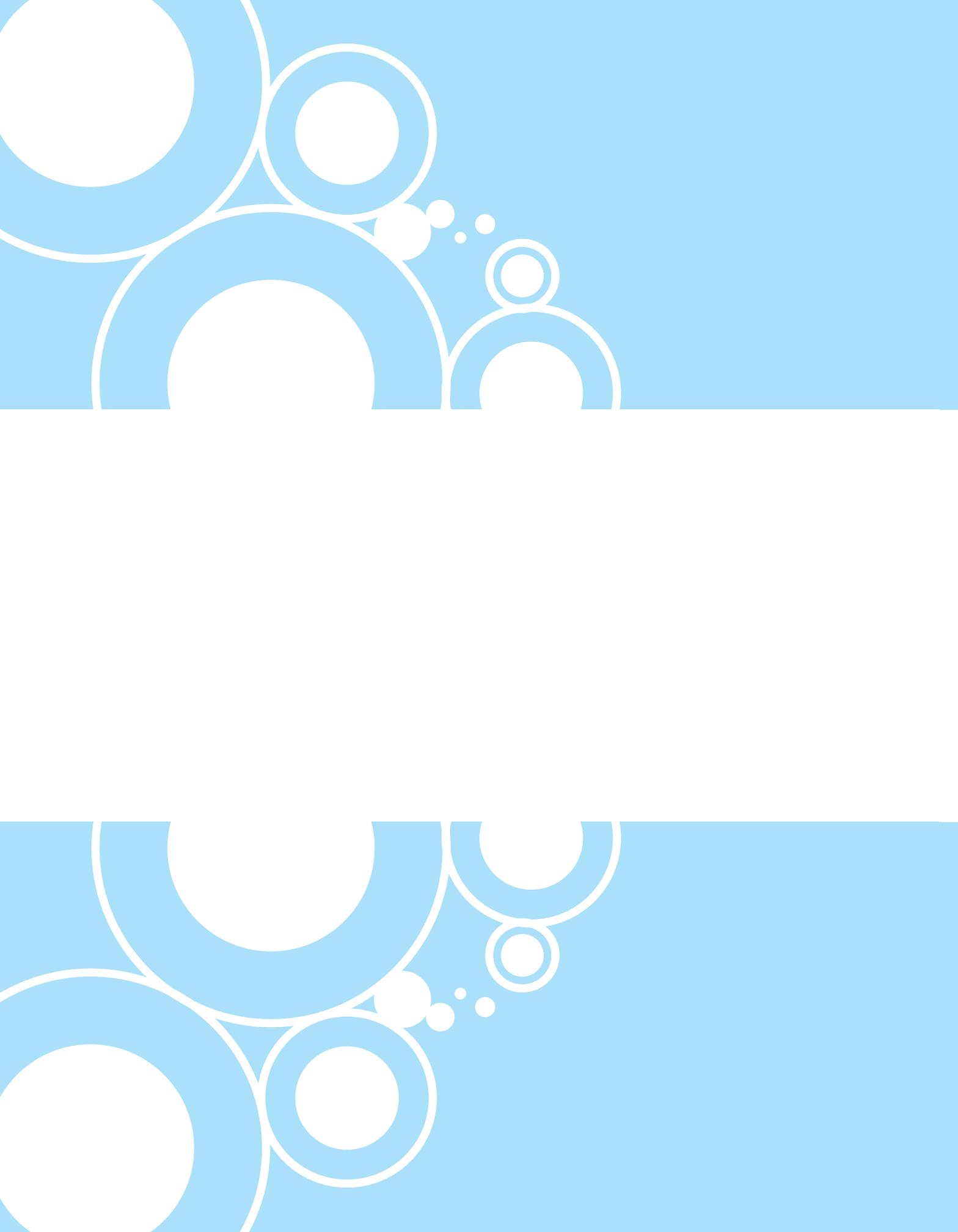
2.2. Mujeres mayores de 50 años sin mamografía de seno, deben ser remitidas para la realización del mismo.

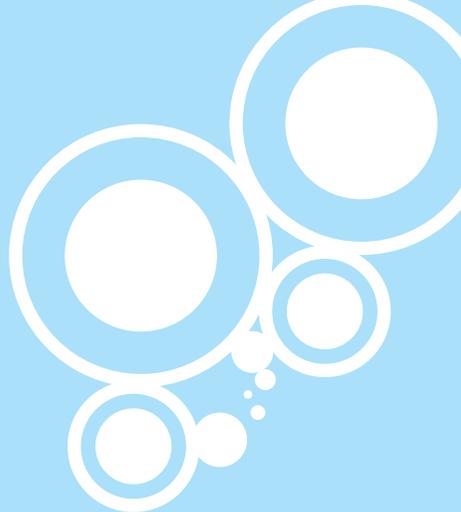
2.3. A toda mujer menor de 65 años se le debe ordenar la citología vaginal si no la tiene y continuar con los controles según el esquema 1-1-3.

2.4. Persona mayor de 45 años con factores de riesgo para enfermedades de referencia, pero sin síntomas atribuibles a las patologías antes mencionadas y con examen físico normal debe recibir educación en estilos de vida saludables y hacer un plan de intervención de los factores de riesgo específicos. Se deberá dar indicaciones para control con médico general a los cinco años.

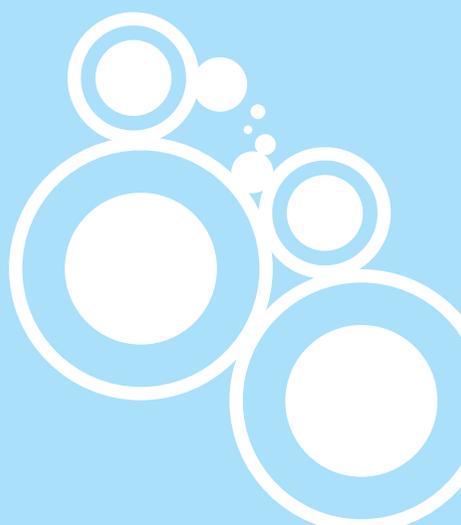
2.5. Tratamiento farmacológico:
Elaborar fórmula médica.

2.6. Brindar información sobre factores de riesgo y hábitos de vida saludable





REGISTROS CLÍNICOS





MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD



CARNÉ DE HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS

CÓDIGO: M-PSS-VMS-F16

FECHA: MAYO DE 2009

VERSIÓN: 02

NOMBRE:

No. HISTORIA CLÍNICA:

EDAD:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

| HTA | | DN | |
|-------|------|----|----------|
| FECHA | PESO | TA | GLICEMIA |
| | | | |
| FECHA | PESO | TA | GLICEMIA |
| | | | |
| FECHA | PESO | TA | GLICEMIA |
| | | | |
| FECHA | PESO | TA | GLICEMIA |
| | | | |
| FECHA | PESO | TA | GLICEMIA |
| | | | |
| FECHA | PESO | TA | GLICEMIA |
| | | | |
| FECHA | PESO | TA | GLICEMIA |
| | | | |
| FECHA | PESO | TA | GLICEMIA |
| | | | |
| FECHA | PESO | TA | GLICEMIA |
| | | | |
| FECHA | PESO | TA | GLICEMIA |
| | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|------------------|--|--|--------------|--|--|
| <p>PARA MANTENER UNA SONRISA FELIZ ¡RECUERDE!</p> | | | | <p>CARNÉ DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PROGRAMA DE SALUD ORAL</p> | | <p>CÓDIGO: M-PSS-VMS-F28 FECHA: MAYO DE 2009 VERSIÓN: 02</p> | |
| | <p>CEPILLE SUS DIENTES POR LO MENOS TRES VECES AL DÍA</p> | | | | | | |
| | <p>LIMPIE EL ESPACIO ENTRE LOS DIENTES CON SEDA O HILO DENTAL</p> | | | | | | |
| | <p>NO CONSUMA DULCES ENTRE COMIDAS NI ANTES DE ACOSTARSE</p> | <p>NOMBRE:</p> | | | | | |
| | <p>CONSULTE A SU ODONTÓLOGO POR LO MENOS DOS VECES AL AÑO</p> | <p>EDAD:</p> | | | | | |
| | <p>El servicio de Salud Oral de es calidad total</p> | <p>ENTIDAD:</p> | | | | | |
| | | <p>TELÉFONO:</p> | | | <p>H.C.:</p> | | |

| REGIONAL: | | | | | |
|-----------------------------|------|-----------|-------|------|-----------|
| CENTRO DE ATENCIÓN O ZONAL: | | | | | |
| FECHA | HORA | ACTIVIDAD | FECHA | HORA | ACTIVIDAD |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

| | | | |
|--|---|----------------------------|-----------------------|
| OBSERVACIONES |  | CARNÉ DE VACUNACIÓN | CÓDIGO: M-PSS-VMS-F21 |
| | | | FECHA: MAYO DE 2009 |
| | | | VERSIÓN: 02 |
| | | Nombre de tu bebé: _____ | |
| | | Fecha de nacimiento: _____ | |
| | | Peso: _____ Talla: _____ | |
| Este carné te ayudará a recordar las fechas de vacunación de tu bebé | Nombre del pediatra: _____ | | |

| | VACUNAS | LOTE | FECHA VENC. | OTRAS | 1 DOSIS | 2 DOSIS | 3 DOSIS | OTRO |
|-------------|------------------------|------|-------------|-----------------|---------|---------|---------|------|
| BCG R.N. | | | | HEPATITIS B | | | | |
| D.P.T. | 1 dosis: | | | HEMOPHILUS | | | | |
| | 2 dosis: | | | | | | | |
| | 3 dosis: | | | NEUMOCOCO | | | | |
| | 1 refuerzo (18 mese) | | | | | | | |
| | 2 refuerzo (5 años) | | | | | | | |
| POLIO | 1 dosis: | | | VARICELA | | | | |
| | 2 dosis: | | | HEPATITIS A | | | | |
| | 3 dosis: | | | | | | | |
| | 1 refuerzo (18 mese) | | | | | | | |
| | 2 refuerzo (5 años) | | | FIEBRE AMARILLA | | | | |
| M.M.R. | 1 dosis: | | | INFLUENZA | | | | |
| | Refuerzo (5 y 10 años) | | | | | | | |
| SARAMPIÓN | Dosis única (9 meses) | | | | | | | |

MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA DE TROMPAS

CÓDIGO: M-PSS-VMS-F24

FECHA: MAYO DE 2009

VERSIÓN: 02

| | | | |
|---|------------------|----------------|------------------|
| Fecha Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> | | Hora | Historia Clínica |
| Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres | |
| Sexo | Edad | Identificación | |

- Yo _____ con documento de identidad número _____ de _____ en pleno uso de mis facultades autorizo al equipo de salud designado por CAPRECOM IPS para que me realice la LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO (POMEROY).
- El consentimiento que antecede ha sido otorgado previa la evaluación de mi estado de salud por el médico tratante.
- Manifiesto haber sido informada por el (la) Dr. (a): _____ de manera clara y detallada sobre el propósito y naturaleza de la intervención medico-quirúrgica, así como las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que pueden producirse, y de las demás posibles alternativas al tratamiento propuesto. Se me ha dado la oportunidad de preguntar y mis preguntas han sido contestadas.
- Autorizo también, que en caso de situaciones impredecibles e irresistibles que puedan surgir durante la intervención, el cuerpo médico realice los procedimientos adicionales necesarios que considere. Así mismo autorizo al médico tratante para la administración de anestesia local de la cual se me explicaron los riesgos.
- Que conozco los riesgos de la administración de anestesia y acepto que el anesitólogo elegido utilice la anestesia que de acuerdo a mi valoración pre anestésica sea la más conveniente de acuerdo a mi condición clinico-patologica y el tipo de intervención que requiero.
- Autorizo al Dr. (a) _____ para realizar disección de los segmentos de mis trompas uterinas y enviar muestra de las mismas a estudio anatomopatológico.
- Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en uso de mis plenas facultades y en libertad de firmar voluntariamente.

Firma de la persona quien da el consentimiento

Nombre: _____

Cédula de ciudadanía No. _____ de _____

Firma del medico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

Cédula o Registro Profesional No. _____ de _____



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PLANIFICACION FAMILIAR**

CÓDIGO: M-PSS-VMS-F23

FECHA: MAYO DE 2009

VERSIÓN: 02

1. Yo _____ Certifico que se me ha informado sobre los diferentes métodos de planificación que se encuentran disponibles en el plan obligatorio de salud, he recibido consejería sobre los riesgos y beneficios de cada uno de los métodos de planificación (actividad realizada por un profesional de la salud) para prepararme, confrontar con relación a mis conocimientos para decidir e iniciar bajo supervisión médica el método de planificación más seguro de acuerdo a mis intereses y condición de salud.
Hago la presente solicitud por voluntad propia, sin haber sido obligada y sin haber recibido ningún tipo de recompensa.

Firma de la persona quien da el consentimiento

Nombre: _____

Cédula de ciudadanía No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

Cédula o Registro Profesional No. _____ de _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DEL VIH

CÓDIGO: M-PSS-VMS-F17

FECHA: MAYO DE 2009

VERSIÓN: 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información para ser leída por el profesional de la salud a la gestante antes de que de su consentimiento informado para la realización de las pruebas presuntiva y diagnóstica de la infección por el VIH.

El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria que una persona da por escrito luego de la asesoría y consejería pre-prueba, autorizando que se le realice el examen diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana).

PROPÓSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA

La prueba que se le va a realizar, cuyo nombre es Elisa es para VIH se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con el VIH, mediante la terminación en sangre de los anticuerpos (defensas producidas en la sangre) contra este virus.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarlo a usted a identificar si está infectada con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (compartir agujas de jeringas, recibir transfusiones de sangre, haber recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo - sin condón o barreras orales - con secreciones vaginales, o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que ameritan como la posibilidad de prevenir la infección en el hijo que espera, usted es positiva.

INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA

El primer paso se llevara a cabo a examinar su sangre utilizando una prueba Elisa. Si esta resulta REACTIVA (positiva), se le repetirá el procedimiento de laboratorio antes de entregarle el diagnóstico y será necesario realizarle otra prueba llamada confirmatoria (examen laboratorio western blot mediante el cual se confirma la infección por el VIH). Si el resultado de esta prueba es positiva significaría que usted está infectada por el VIH y que lo puede transmitir a otras personas (si no toma las medidas de precaución adecuadas). Si el resultado es NEGATIVO significa que no hay evidencia de laboratorio, hasta el momento de que usted esta infectada.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA

Las pruebas de laboratorio son bastantes confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre,

algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso positivo significa que la prueba presuntiva ELISA fue positiva y la prueba confirmatoria fue negativa. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no los había.

También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detecta anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus esta presente, esto sucede cuando la prueba se realiza durante el periodo de ventana inmunológica, es decir cuando se hace la prueba y aun no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por lo tanto no existe aun el volumen necesario de anticuerpos que puedan ser detectadas por una prueba de ELISA.

Es posible que en las pruebas presuntivas y confirmatorias se presenten resultados indeterminados, ello significa que no hay seguridad de que la persona este realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba después del parto.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presentará síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario de una persona como consecuencia de la infección por VIH.

En caso de que su diagnóstico sea POSITIVO requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por el VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

A algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones - emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También puede ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones.

En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnóstico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud esta en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona con el fin de garantizar su derecho fundamental a la intimidad).

1. Yo _____ Certifico que:

He leído (o que me han leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones, beneficios y riesgos de la prueba.

He recibido consejería pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas antes de realizarme la prueba diagnóstica).

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Fui informada de las medidas que se tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Firma de la persona quien da el consentimiento

Nombre: _____

Cédula de ciudadanía No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

Cédula o Registro Profesional No. _____ de _____

Las consejerías pre y post prueba deben ser llevadas a cabo por el personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psico-social y realizar actividades de asesoría a las personas con temor de estar infectadas con el virus del VIH o de estar desarrollando el SIDA.

| | | |
|--|--|--|
|  | CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VASECTOMÍA | CÓDIGO: M-PSS-VMS-F25 FECHA: MAYO DE 2009 VERSIÓN: 02 |
| Fecha Día <input style="width: 40px;" type="text"/> Mes <input style="width: 40px;" type="text"/> Año <input style="width: 40px;" type="text"/> | Hora <input style="width: 40px;" type="text"/> | Historia Clínica |
| Primer apellido <input style="width: 100%;" type="text"/> | Segundo Apellido <input style="width: 100%;" type="text"/> | Nombres <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Sexo <input style="width: 100%;" type="text"/> | Edad <input style="width: 100%;" type="text"/> | Identificación <input style="width: 100%;" type="text"/> |

1. Yo _____ con documento de identidad número _____ de _____ en pleno uso de mis facultades autorizo al equipo de salud designado por CAPRECOM IPS para que me realice la RESECCIÓN Y LIGADURA DE LOS CONDUCTOS DEFERENTES (VASECTOMÍA).

2. El consentimiento que antecede ha sido otorgado previa la evaluación de mi estado de salud por el médico tratante.

3. Manifiesto haber sido informado por el (la) Dr. (a): _____ de manera clara y detallada sobre el propósito y naturaleza de la intervención médico-quirúrgica, así como las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que pueden producirse, y de las demás posibles alternativas al tratamiento propuesto. Se me ha dado la oportunidad de preguntar y mis preguntas han sido contestadas.

4. Autorizo también, que en caso de situaciones impredecibles e irresistibles que puedan surgir durante la intervención, el cuerpo médico realice los procedimientos adicionales necesarios que considere. Así mismo autorizo al médico tratante para la administración de anestesia local de la cual se me explicaron los riesgos.

5. Que conozco los riesgos de la administración de anestesia y acepto que el anesestesiólogo elegido utilice la anestesia que de acuerdo a mi valoración pre anestésica sea la más conveniente de acuerdo a mi condición clínico-patológica y el tipo de intervención que requiero.

6. Autorizo al Dr. (a) _____ para realizar disección de los segmentos de mis trompas uterinas y enviar muestra de las mismas a estudio anatomopatológico.

7. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en uso de mis plenas facultades y en libertad de firmar voluntariamente.

Firma de la persona quien da el consentimiento

Nombre: _____

Cédula de ciudadanía No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

Cédula o Registro Profesional No. _____ de _____



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD



HOJA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE CITAS

CÓDIGO: M-PSS-VMS-F03

FECHA: MAYO DE 2009

VERSIÓN: 02

| NOMBRE DEL MÉDICO | | HORA DE ATENCIÓN | FECHA | | | RÉGIMEN SUBSIDIADO | | | | |
|-------------------|------|---------------------|--------|---------|-------|--------------------|-------|--------|------|--|
| | | | DD | MM | AAAA | | | | | |
| Ord | HORA | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | ENTIDAD | Afili | Bef | Ctrol | CITAS | | |
| | | | | | | | | 1ª Vez | Otra | |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | |

Firma del Médico

| | | |
|--|--|------------------------------|
| | <h2 style="margin: 0;">HISTORIA CLÍNICA DEL JOVEN DE 10 A 29 AÑOS</h2> | CÓDIGO: M-PSS-VMS-F11 |
| | | FECHA: MAYO DE 2009 |
| | | VERSIÓN: 02 |

| | | | |
|--|--------------------------------|-------------|---------------------------------------|
| UBA | FECHA DE INGRESO DD MM AAAA | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
| APELLIDOS | | | No. DE IDENTIFICACIÓN |
| FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA | EDAD | SEXO M F | RAZA BLANCA NEGRA MESTIZA INDÍGENA |
| EMPRESA | | OCUPACIÓN | |
| MADRE O PERSONA RESPONSABLE, NOMBRE, APELLIDOS | | PROFESIÓN | ESCOLARIDAD |
| PADRE O PERSONA RESPONSABLE, NOMBRE, APELLIDOS | | PROFESIÓN | ESCOLARIDAD |

I. MOTIVO DE CONSULTA: Diagnóstico (Dx) _____

II. ENFERMEDAD ACTUAL _____

III. ANTECEDENTES PERSONALES

| | | |
|---|--|---|
| 1. VALVULOPATÍAS <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 2. CARDIOPATÍAS <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 3. TRASTOR, NEUROLÓGICOS <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 4. HIPERTENSIÓN <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 5. DIABETES <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 6. DISLIPIDEMIA <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 7. HIPOTIROIDISMO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | 8. HIPERTIROIDISMO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 9. COMA DIABÉTICO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 10. CETOACIDOSIS <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 11. HIPOGLUCEMIAS <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 12. DM GESTACIONAL <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 13. PREECLAMPSIA <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 14. TRASTORNO HORMONAL <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | 15. TRASTORNO HORMONAL <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 16. ALÉRGICOS <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 17. QUIRÚRGICOS <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 18. HOSPITALIZACIONES <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 19. TRAUMÁTICOS <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 20. OTROS <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ESPECIFIQUE: _____ |
|---|--|---|

OBSERVACIONES _____

INMUNOLÓGICOS

RECIBIÓ EL ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN HASTA LOS DIEZ AÑOS DE EDAD? SI NO

RECIBIÓ LOS REFUERZOS DE LAS VACUNAS A PARTIR DE LOS CINCO AÑOS DE EDAD? SI NO

(MARQUE CON UNA X LAS VACUNAS PENDIENTES)

RECIBIÓ OTRAS VACUNAS QUE NO ESTÁN INCLUIDAS EN EL ESQUEMA? SI NO CUALES: _____

EN CASO DE NO HABER RECIBIDO LOS REFUERZOS DE ESTAS VACUNAS, DE INSTRUCCIONES A LA MADRE O AL RESPONSABLE, PARA APLICARLAS INMEDIATAMENTE O EN LA FECHA MAS PRÓXIMA.

GINECOLÓGICOS P C A V M

MENARCA: _____ AÑOS FUR _____

ANDROLÓGICOS ESPERMARCA _____ AÑOS

FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA: DD MM AAAA PRIMER VEZ SI NO

AUTOEXAMEN DE MAMA DD MM AAAA PRIMER VEZ SI NO

CICLOS REGULADORES SI NO DISMENORREA SI NO

FLUJO PATOLÓGICO SI NO ETS SI NO

ANTICONCEPCIÓN SI NO MÉTODO _____ RELACIONES SEXUALES SI NO

RELACIONES SEXUALES SI NO EDAD INICIO _____ AÑOS HIJOS SI NO

CUANTAS PAREJAS AÑO _____ ETS SI NO

CUANTOS _____



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES: 1 = PADRES Y HERMANOS 2 = TÍOS Y PRIMOS 3 = ABUELOS

| | SI | NO | PARENTESCO | | SI | NO | PARENTESCO |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. HIPERTENSIÓN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. DIABETES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ENF. CORONARIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. ENF. MENTAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. MUERTE EN <60 AÑOS (IM O ACV) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. CÁNCER | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. DISLIPIDEMIAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. OTROS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. OBESOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CUÁL? | _____ | | |
| OBSERVACIONES | _____ | | | | | | |

V. FACTORES DE RIESGO

1. CONSUMO DE GRASA SATURADA Y COLESTEROL

| | | FACTORES DE RIESGO MAS DE 2 VECES/SEMANA C/U DE ESTOS ALIMENTOS | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| FRITOS | <input type="checkbox"/> | CARNES GORDAS | <input type="checkbox"/> | YEMA DE HUEVO | <input type="checkbox"/> | VISERAS | <input type="checkbox"/> | LECHE Y QUESO CON GRASA | <input type="checkbox"/> |
| CARNES FRITAS | <input type="checkbox"/> | COMIDAS RÁPIDAS | <input type="checkbox"/> | MANTEQUILLA O MARGARINA | <input type="checkbox"/> | CHICHARRÓN | <input type="checkbox"/> | FRITANGA | <input type="checkbox"/> |

2. CONSUMO DE FIBRA SOLUBLE Y MICRONUTRIENTES

| | | | | | |
|--------|--------------------------|----------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| FRUTAS | <input type="checkbox"/> | VERDURAS | <input type="checkbox"/> | LEGUMINOSOS | <input type="checkbox"/> |
|--------|--------------------------|----------|--------------------------|-------------|--------------------------|

1. ACTIVIDAD FÍSICA

| | | | | | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|-------|---------------------------|-------|
| SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ESPECIFIQUE HORAS/SEMANA | _____ | FACTOR > 3 HORAS / SEMANA | _____ |
|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|-------|---------------------------|-------|

2. LICOR

| | | | | | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|------------|-------|-------|-------|
| SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | FRECUENCIA | _____ | LICOR | _____ |
|----|--------------------------|----|--------------------------|------------|-------|-------|-------|

3. TABAQUISMO

| | | | | | | | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|-----------------------------------|-------|------------|---|--------|-------|
| SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | FRECUENCIA (CIGARRILLOS DÍA/AÑOS) | _____ | EX FUMADOR | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | TIEMPO | _____ |
|----|--------------------------|----|--------------------------|-----------------------------------|-------|------------|---|--------|-------|

ALGUIEN FUMA EN LA FAMILIA?

| | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|
| SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|--------------------------|

4. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (OPÍACEOS)

| | | | | | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|-------|-------|-------------|-------|
| SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | CUÁL? | _____ | VECES / DÍA | _____ |
|----|--------------------------|----|--------------------------|-------|-------|-------------|-------|

5. OTROS

| | | | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|-------------|-------|
| SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ESPECIFIQUE | _____ |
|----|--------------------------|----|--------------------------|-------------|-------|

VI. FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL

1. SOPORTE FAMILIAR

1.1. CON QUIEN VIVE?

| | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| ESPOSO (A) | <input type="checkbox"/> | MADRE | <input type="checkbox"/> | OTROS | <input type="checkbox"/> |
| HIJOS | <input type="checkbox"/> | SUEGRA (O) | <input type="checkbox"/> | CUÁL? | _____ |
| PADRE | <input type="checkbox"/> | PADRASTRO | <input type="checkbox"/> | | |
| PADRES | <input type="checkbox"/> | MADRASTRA | <input type="checkbox"/> | | |

1.2. CUANDO TIENE DIFICULTADES RECIBE APOYO POR?

| | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| ESPOSO (A) | <input type="checkbox"/> | MADRE | <input type="checkbox"/> | OTROS | <input type="checkbox"/> |
| HIJOS | <input type="checkbox"/> | SUEGRA (O) | <input type="checkbox"/> | CUÁL? | _____ |
| PADRE | <input type="checkbox"/> | PADRASTRO | <input type="checkbox"/> | | |
| SUEGRO | <input type="checkbox"/> | MADRASTRA | <input type="checkbox"/> | | |

2. EL JOVEN HA SIDO VICTIMA DE MALTRATO?

| | | | | | |
|----|--------------------------|-------|-------|-------------------------------|-------|
| SI | <input type="checkbox"/> | CUÁL? | _____ | PARENTESCO CON EL MALTRATADOR | _____ |
| NO | <input type="checkbox"/> | | | | |

3. EXPOSICIÓN A ESTRESORES

3.1. MUERTE DE UN SER QUERIDO (EN EL ÚLTIMO AÑO)

3.2. SEPARACIÓN DE LOS PADRES

3.3. EMBARAZO

3.4. EXPOSICIÓN A EVENTO TRAUMÁTICO

3.5. CAMBIO EN LA ECONOMÍA

3.6. CONFLICTO RELACIONAL

4. FACTORES PROTECTORES

4.1. QUE HACE EN SU TIEMPO LIBRE?

| | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------------|--------------------------|----------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| DEPORTE | <input type="checkbox"/> | FIESTAS | <input type="checkbox"/> | ARTE | <input type="checkbox"/> | LECTURA | <input type="checkbox"/> |
| TELEVISIÓN | <input type="checkbox"/> | JUEGOS DE BARRIO | <input type="checkbox"/> | INTERNET | <input type="checkbox"/> | JUEGOS ELECTRÓNICOS | <input type="checkbox"/> |

5. ASPECTO EMOCIONAL

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| DEPRESIÓN | <input type="checkbox"/> | ANSIEDAD | <input type="checkbox"/> |
| ANHEDONIA | <input type="checkbox"/> | MIEDO | <input type="checkbox"/> |
| PERDIDA DE INTERÉS | <input type="checkbox"/> | ANGUSTIA | <input type="checkbox"/> |
| APATÍA | <input type="checkbox"/> | NERVIOSISMO | <input type="checkbox"/> |
| IRRITABILIDAD | <input type="checkbox"/> | IRRITABILIDAD | <input type="checkbox"/> |
| BAJA ACTIVIDAD SIMPÁTICA | <input type="checkbox"/> | ALTA ACTIVIDAD SIMPÁTICA | <input type="checkbox"/> |
| PERDIDA DEL APETITO | <input type="checkbox"/> | TENSIÓN MUSCULAR | <input type="checkbox"/> |
| INHIBICIÓN PSICOMOTORA | <input type="checkbox"/> | INSOMNIO | <input type="checkbox"/> |
| PROBLEMAS COGNITIVOS (MEMORIA) | <input type="checkbox"/> | HIPERVIGILANCIA | <input type="checkbox"/> |
| PERCEPCIÓN DE PERDIDA | <input type="checkbox"/> | PERCEPCIÓN AMENAZA DE PELIGRO | <input type="checkbox"/> |
| SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD | <input type="checkbox"/> | COMPORTAMIENTO DE EVITACIÓN | <input type="checkbox"/> |

6. TRASTORNOS ALIMENTICIOS?

BULIMIA

ANOREXIA

VII. REVISIÓN POR SISTEMAS DE SIGNOS Y SÍNTOMAS GUÍAS

| | | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. CEFALEA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. PRECORDIALGIA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 9. PERDIDA DE PESO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. LIPOTIMIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. POLIDIPSIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. GANANCIA DE PESO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. VÉRTIGO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. POLIFAGIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. LESIONES EN PIEL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. CAMBIOS VISUALES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. POLIURIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OTROS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CUÁL? | _____ | | | | |

OBSERVACIONES: _____

VIII. EXAMEN FÍSICO: N = NORMAL A = ANORMAL

APARIENCIA

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|----------------------------|----------------------------|--------|----------------------------|----------------------------|------------|-----------------------|----|----|------|
| 1. PESO | 2. TALLA | 3. IMC p/2 | 4. CINTURA/CADERA | 5. FR. | 6. TEMP. | 7. PULSO | 8. FC. | 9. T.A. | | | | | | |
| 10. OJOS | AGUDEZA VISUAL | | FONDO DE OJO | | | | | | | | | | | |
| 11. OTORRINO | OÍDOS | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | NARIZ | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | BOCA | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | SALUD ORAL | FECHA ÚLTIMA CONSULTA | DD | MM | AAAA |
| 12. CUELLO | MASAS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | DESCRIBA | | | | TIROIDES | | | | | | |
| 13. CORAZÓN | PMI: | RúCs: | | | SOPLOS | | | | | | | | | |
| 14. PULMONES | N <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| 15. ABDOMEN | MASAS | MEGALIAS | | | SOPLOS | | | OTROS ESPECIFIQUE | | | | | | |
| 16. APARATO GENITOURINARIO | | | | | | | | | | | | | | |
| EVALÚE TANNER EN MAYORES DE 10 AÑOS | | | | | | | | | | | | | | |
| MAMAS _____ DE ACUERDO A LA VALORACIÓN DESCRIBA: _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| VELLO PÚBLICO _____ DE ACUERDO A LA VALORACIÓN DESCRIBA: _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| GENITALES _____ DE ACUERDO A LA VALORACIÓN DESCRIBA: _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. EXTREMIDADES | EDEMAS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | ESPECIFIQUE | | | | LESIONES PIEL | | | COLOR | | | |
| 18. PIEL Y FANERAS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| 19. NEUROLÓGICO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| 20. OSTEARTICULAR | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. OTROS | | | | | | | | | | | | | | |

IX. AYUDAS DIAGNOSTICAS

| FECHA | | | EXAMEN | OBSERVACIONES |
|-------|----|------|------------------|---------------|
| DD | MM | AAAA | COLESTEROL TOTAL | |
| DD | MM | AAAA | TRIGLICÉRIDOS | |
| DD | MM | AAAA | GLUCEMIA | |
| DD | MM | AAAA | HB - HCTO | |
| DD | MM | AAAA | P. ORINA | |
| DD | MM | AAAA | RAYOS X DE TÓRAX | |



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

X. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <p>JOVEN SANO</p> <p>DIAGNOSTICO _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>PLAN DE MANEJO</p> <p>PEDIATRA <input type="checkbox"/> MEDICO PROG. <input type="checkbox"/> ENFERMERA <input type="checkbox"/></p> <p>OTRO <input type="checkbox"/> CUÁL? _____</p> <p>OBSERVACIONES _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |
| <p>JOVEN CON FACTORES DE RIESGO</p> <p>DIAGNOSTICO _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>PLAN DE MANEJO</p> <p>PEDIATRA <input type="checkbox"/> MEDICO PROG. <input type="checkbox"/> ENFERMERA <input type="checkbox"/></p> <p>OTRO <input type="checkbox"/> CUÁL? _____</p> <p>OBSERVACIONES _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |
| <p>FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES</p> <p>DIAGNOSTICO _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>PLAN DE MANEJO</p> <p>PEDIATRA <input type="checkbox"/> MEDICO PROG. <input type="checkbox"/> ENFERMERA <input type="checkbox"/></p> <p>OTRO <input type="checkbox"/> CUÁL? _____</p> <p>OBSERVACIONES _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |
| <p>OTROS</p> <p>DIAGNOSTICO _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>PLAN DE MANEJO</p> <p>PEDIATRA <input type="checkbox"/> MEDICO PROG. <input type="checkbox"/> ENFERMERA <input type="checkbox"/></p> <p>OTRO <input type="checkbox"/> CUÁL? _____</p> <p>OBSERVACIONES _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |
| <p>_____</p> <p>FIRMA Y SELLO DEL MEDICO</p> | <p>_____</p> <p>NOMBRES Y APELLIDOS</p> | <p>_____</p> <p>REGISTRO MEDICO</p> |

HOJA DE RIESGO

FECHA

| | | |
|----|----|------|
| DD | MM | AAAA |
|----|----|------|

DATOS PERSONALES:

Nombre _____

Lugar y fecha de nacimiento _____

Edad _____ No. Identificación _____ Escolaridad _____

Dirección _____ Teléfono _____

ANTECEDENTES DEL ENTORNO FAMILIAR:

Dependencia económica _____

Ocupación de los padres _____

SITUACIÓN PERSONAL:

Personas con las que vive _____

Relaciones familiares _____

Relaciones interpersonales _____

Imagen corporal _____

Actividad sexual _____

Educación sexual _____

Deporte _____

Menarquías _____

Práctica anticonceptiva _____ Cuál? _____

Conocimiento de ETS _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

Patológicos _____

Quirúrgicos _____

Traumáticos _____

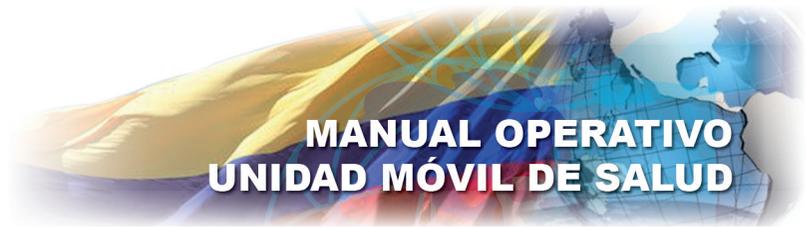
Alérgicos _____

Tóxicos _____

Cigarrillos _____

Licor _____

Experiencias con drogas _____



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

EXAMEN FÍSICO

Aspecto físico general

Talla _____ Peso _____ T.A. _____ I.M.C. _____

Examen físico por sistemas _____

ORL _____

Cuello - Tiroides _____

Cardio - Pulmonar _____

Abdomen _____

Genitales - Senos _____

Miembros Superiores _____

Miembros Inferiores _____

Examen Neurológico _____

Valoración Estadio Tanner _____

Diagnóstico _____

EXÁMENES DE LABORATORIO:

Hemoglobina _____

Hematocrito _____

Colesterol HDL _____

VDRL _____

VIH/SIDA _____

Citología Cervicouterina _____

REMISIONES _____

PLAN DE INTERVENCIÓN _____

Firma del Médico _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|---|------|------|-----------|---|-----------|-------------|---------|-----------------------|---|------------------------------|---|---|---|---|----|
|  | | HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR DE 45 AÑOS | | | | | | | | | | CODIGO: M-PSS-VMS-F14 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | FECHA: MAYO DE 2009 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | VERSIÓN: 02 | | | | | |
| UBA | | FECHA DE INGRESO | | | DIRECCIÓN | | | | | TELÉFONO | | | | | | | |
| | | DD | MM | AAAA | | | | | | | | | | | | | |
| APELLIDOS | | | | | NOMBRES | | | | | No. DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | | | EDAD | | SEXO | | | ESCOLARIDAD | | | | ESTADO CIVIL | | | | | |
| DD | MM | AAAA | | | M | F | BLANCA | NEGRA | MESTIZA | INDÍGENA | P | B | T | U | S | C | UL |
| EMPRESA | | | | | | | OCUPACIÓN | | | | | | | | | | |
| I. MOTIVO DE CONSULTA: Diagnostico (Dx) _____ _____ _____ _____ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II. ENFERMEDAD ACTUAL _____ _____ _____ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III. MEDICAMENTOS Y DOSIS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDICAMENTOS | | | | | | | DOSIS | | | | | EFECTOS ADVERSOS | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. INSUFICIENCIA CARDIACA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. DIABETES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. BEBE > 9 LIBRAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ARRITMIAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. LITIASIS RENAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. PREECLAMPSIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. VALVULOPATÍAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. HIPERURICEMIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. MANOPAUSIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ECV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. DISLIPIDEMIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. TRASTORNO HORMONAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. MIOCARDIOPATÍAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. HIPOTIROIDISMO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. PLANIFICACIÓN FAMILIAR | | |
| 6. TRASTOR. NEUROLÓGICOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. HIPERTIROIDISMO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (metodos orales no combinados) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. RETINOPATÍA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. COMA DIABÉTICO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. ALERGICOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. GLAUCOMA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. CETOACIDOSIS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. QUIRURGICOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. NEFROPATÍA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. HIPOGLUCEMIAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. HOSPITALIZACIONES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. HIPERTENSIÓN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. DM GESTACIONAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. OTROS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ESPECIFIQUE: _____

ANTECEDENTE GINECOBISTETRICOS G P C A V FUR _____ FUP _____

*TIEMPO CON MÉTODO DE PLANIFICACIÓN _____ FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA: DD MM AAAA FECHA ÚLTIMA MAMOGRAFIA DD MM AAAA

PRIMER VEZ SI NO PRIMER VEZ SI NO

OBSERVACIONES: _____

V. ANTECEDENTES FAMILIARES: 1 = PADRES Y HERMANOS 2 = TÍOS Y PRIMOS 3 = ABUELOS

| | SI | NO | PARENTESCO | | SI | NO | PARENTESCO |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. HIPERTENSIÓN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. OBESOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ECV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. DIABETES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ENF. CORONARIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ENF. MENTAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. MUERTE EN <60 AÑOS (IM O ACV) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. CÁNCER | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. DISLIPIDEMIAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. HEMATOLÓGICOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. NEFROPATÍAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. OTROS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CUÁL? _____

OBSERVACIONES _____

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES: 1 = PADRES Y HERMANOS 2 = TÍOS Y PRIMOS 3 = ABUELOS

| | SI | NO | PARENTESCO | | SI | NO | PARENTESCO |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.HIPERTENSION | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7.OBESOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.ECV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8.DIABETES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.ENF. CORONARIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9.ENF. MENTAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.MUERTE EN <60 AÑOS (M O ACV) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10.CÁNCER | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.DISLIPIDEMIAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11.HEMATOLÓGICOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.NEFROPATÍAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12.OTROS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CUÁL? _____

OBSERVACIONES _____

VII. FACTORES DE RIESGO

1.CONSUMO DE GRASA SATURADA Y COLESTEROL

Fritos CARNES GORDAS YEMA DE HUEVO VISERAS LECHE Y QUESO CON GRASA

CARNES FRITAS COMIDAS RÁPIDAS MANTEQUILLA O MARGARINA TOCINO CHICHARRON FRITANGA

2.CONSUMO DE FIBRA SOLUBLE Y MICRONUTRIENTES

FRUTAS VERDURAS LEGUMINOSOS

3.ACTIVIDAD FÍSICA SI NO ESPECIFIQUE HORAS/SEMANA _____ FACTOR > 3 HORAS / SEMANA _____

LICOR SI NO S D M LICOR _____ No. COPAS _____

TABAQUISMO SI NO FRECUENCIA (CIGARRILLOS DÍA/AÑOS) _____ EX FUMADOR SI NO TIEMPO _____

ALGUIEN FUMA EN LA FAMILIA? SI NO

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (OPIACEOS) SI NO CUÁL? _____

OTROS SI NO ESPECIFIQUE _____

VII.FACTORES DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL

1.SOPORTE FAMILIAR

11. CON QUIEN VIVE?

| | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| ESPOSO (A) | <input type="checkbox"/> | MADRE | <input type="checkbox"/> | OTROS | <input type="checkbox"/> |
| HUOS | <input type="checkbox"/> | SUEGRA (O) | <input type="checkbox"/> | CUÁL? | _____ |
| PADRE | <input type="checkbox"/> | PADRASTRO | <input type="checkbox"/> | | |
| PADRES | <input type="checkbox"/> | MADRASTRA | <input type="checkbox"/> | | |

12. CUANDO TIENE DIFICULTADES ESPOSO (A) MADRE OTROS

RECIBE APOYO POR? HUOS SUEGRA (O) CUÁL? _____

PADRE PADRASTRO

SUEGRO MADRASTRA

2.EL JOVEN HA SIDO VÍCTIMA DE MALTRATO? SI CUÁL? _____

NO PARENTESCO CON EL MALTRATADOR _____

3.EXPOSICIÓN A ESTRESORES

3.1.MUERTE DE UN SER QUERIDO (EN EL ÚLTIMO AÑO) QUIEN? _____

3.2.SEPARACIÓN DE LOS PADRES

3.3.EMBARAZO

3.4.EXPOSICIÓN A EVENTO TRAUMÁTICO CUÁL? _____

3.5.CAMBIO EN LA ECONOMÍA

3.6.CONFLICTO RELACIONAL CON QUIEN? _____

4.FACTORES PROTECTORES

4.1.QUE HACE EN SU TIEMPO LIBRE?

| | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------------|--------------------------|----------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| DEPORTE | <input type="checkbox"/> | FIESTAS | <input type="checkbox"/> | ARTE | <input type="checkbox"/> | LECTURA | <input type="checkbox"/> |
| TELEVISIÓN | <input type="checkbox"/> | JUEGOS DE BARRIO | <input type="checkbox"/> | INTERNET | <input type="checkbox"/> | JUEGOS ELECTRÓNICOS | <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES _____

| | | |
|---|------------------|----------------------------|
|  | HISTORIA CLÍNICA | CÓDIGO: M-PSS- |
| | | FECHA: MAYO DE 2009 |
| | | VERSIÓN: 02 |

| |
|----------------|
| IDENTIFICACIÓN |
|----------------|

| | | | |
|-------------------|----|----|------|
| FECHA DE APERTURA | DD | MM | AAAA |
|-------------------|----|----|------|

| | | | | | | | | | | | |
|--|----|----|------|---------------|------|---------------------|--|---------|------------------|--|--|
| 1er. APELLIDO | | | | 2do. APELLIDO | | | | NOMBRES | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | DD | MM | AAAA | EDAD | SEXO | OCUPACIÓN | | | ESTADO CIVIL | | |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA, CIUDAD | | | | | | TELÉFONO RESIDENCIA | | | TELÉFONO OFICINA | | |
| EN EMERGENCIA AVISAR A (NOMBRE Y TELÉFONO) | | | | | | | | | | | |
| MOTIVO DE LA CONSULTA | | | | | | | | | | | |
| ENFERMEDAD ACTUAL | | | | | | | | | | | |

ANTECEDENTES FAMILIARES

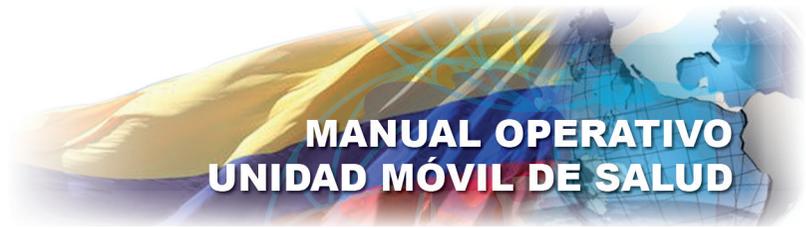
| | SI | NO | | SI | NO | OTROS |
|--------------|----|----|-------------------------|----|----|-------|
| CARDIOPATÍAS | | | ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA | | | |
| DIABETES | | | ENFISEMA | | | |
| HIPERTENSIÓN | | | CÁNCER | | | |
| ASMA | | | EPILEPSIA | | | |

ANTECEDENTES PERSONALES

| | | | |
|--------------------|-----------|-------------|---------------|
| PATOLÓGICOS | | | |
| QUIRÚRGICOS | | | |
| TRAUMÁTICOS | | | |
| GINECO - OBST. | MENARQUÍA | GRAVIDEZ | PARTOS |
| TÓXICO - ALÉRGICOS | ABORTOS | HIJOS VIVOS | PLANIFICACIÓN |

HÁBITOS Y FACTORES DE RIESGO

| | | | |
|--------------------|------------------|-----------------|-----------|
| CIGARRILLO HUMO | ALCOHOL POLVO | ESTRÉS OTROS | EJERCICIO |
|--------------------|------------------|-----------------|-----------|



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

REVISIÓN POR SISTEMAS

| ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS | POSITIVO | NEGATIVO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------|----------|----------|-------------|
| CARDIO-RESPIRATORIO | | | |
| VASCULAR | | | |
| GASTRO INTESTINAL | | | |
| GENITO-URINARIO | | | |
| ENDOCRINO | | | |
| OSTEOMUSCULAR | | | |
| NEUROLÓGICO | | | |
| PIEL Y FANERAS | | | |

EXAMEN FÍSICO

| APARIENCIA GENERAL | | | |
|-------------------------|----------|--------------------------------|-------------|
| FRECUENCIA CARDIACA | | TEMPERATURA (Si es pertinente) | |
| FRECUENCIA RESPIRATORIA | | TALLA (cm) | |
| PRESIÓN ARTERIAL | | PESO (kg) | |
| ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS | POSITIVO | NEGATIVO | DESCRIPCIÓN |
| CABEZA | | | |
| OJOS | | | |
| OÍDOS | | | |
| NARIZ | | | |
| BOCA | | | |
| CUELLO | | | |
| TÓRAX MAMA | | | |
| PULMONES | | | |
| CORAZÓN | | | |
| ABDOMEN | | | |
| GENITOURINARIO | | | |
| COLUMNA | | | |
| EXTREMIDADES | | | |
| NEUROLÓGICO | | | |
| PIEL Y FANEREAS | | | |

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

| | |
|----|--------|
| 1. | CÓDIGO |
| 2. | CÓDIGO |
| 3. | CÓDIGO |

CONDUCTA

| FARMACOLOGÍA | MEDICAMENTO | DOSIS | VÍA | TIEMPO DE TRATAMIENTO |
|--------------|-------------|----------------------|-----|-----------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| PARACLÍNICOS | | | | |
| REMISIÓN | | INTERCONSULTA | | |
| CONTROL | | INCAPACIDAD No. DÍAS | | |

NOMBRE O SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

FIRMA

|  | HISTORIA CLÍNICA DE LA GESTANTE | CODIGO: M-PSS-VMS-F18 FECHA: MAYO DE 2009 VERSIÓN: 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|----------|--|-----------------------|--|-------------------|--|---|--|---|--|------------------------------|--|----------|--|----------------------------|--|--|--|--------------------|--|-----------------------|--|--|--|----------|--|---------------------------------|--|--------------------|--|--------------------|--|---|--------------------|--|------------|--|--|--|---|--|------------------|--|--------------------------------|--|---|--|
| VIGILANCIA A LA POBLACIÓN GESTANTE DE CAPRECOM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la usuaria _____ Edad _____ (Fecha de Nacimiento) DD MM AAAA Dirección _____ Teléfono _____ Departamento _____ Municipio _____ IPS que le atiende el CPN _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; font-weight: bold;">FACTORES DE RIESGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Obesidad</td><td></td></tr> <tr><td>Hemorragias Genitales</td><td></td></tr> <tr><td>Embarazo Múltiple</td><td></td></tr> <tr><td>Gestante menor de 20 ó mayor de 35 años</td><td></td></tr> <tr><td>Embarazos prolongados por mas de 42 semanas</td><td></td></tr> <tr><td>Estatura inferior a 1,50 mts</td><td></td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td></td></tr> <tr><td>Falta de crecimiento fetal</td><td></td></tr> <tr><td>Madre o hermana con antecedentes de preeclampsia</td><td></td></tr> <tr><td>Infección urinaria</td><td></td></tr> <tr><td>Anemia - desnutrición</td><td></td></tr> <tr><td>Antecedentes de aborto y parto prematuro</td><td></td></tr> <tr><td>Fumadora</td><td></td></tr> <tr><td>Actividad sexual sin protección</td><td></td></tr> <tr><td>Farmacodependencia</td><td></td></tr> <tr><td>Consumo de alcohol</td><td></td></tr> </tbody> </table> | FACTORES DE RIESGO | | Obesidad | | Hemorragias Genitales | | Embarazo Múltiple | | Gestante menor de 20 ó mayor de 35 años | | Embarazos prolongados por mas de 42 semanas | | Estatura inferior a 1,50 mts | | Diabetes | | Falta de crecimiento fetal | | Madre o hermana con antecedentes de preeclampsia | | Infección urinaria | | Anemia - desnutrición | | Antecedentes de aborto y parto prematuro | | Fumadora | | Actividad sexual sin protección | | Farmacodependencia | | Consumo de alcohol | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; font-weight: bold;">SÍNTOMAS DE ALARMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Hemorragia</td><td></td></tr> <tr><td>Preeclamsia: Tensión arterial alta, dolor de cabeza, hinchazón, visión borrosa</td><td></td></tr> <tr><td>Sepsis: Fiebre alta, escalofríos, cambios en el color en el olor del sangrado genital</td><td></td></tr> <tr><td>Flujos vaginales</td><td></td></tr> <tr><td>Ruptura prematura de membranas</td><td></td></tr> <tr><td>Disminución ó ausencia de movimientos fetales</td><td></td></tr> </tbody> </table> | SÍNTOMAS DE ALARMA | | Hemorragia | | Preeclamsia: Tensión arterial alta, dolor de cabeza, hinchazón, visión borrosa | | Sepsis: Fiebre alta, escalofríos, cambios en el color en el olor del sangrado genital | | Flujos vaginales | | Ruptura prematura de membranas | | Disminución ó ausencia de movimientos fetales | |
| FACTORES DE RIESGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obesidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hemorragias Genitales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Embarazo Múltiple | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestante menor de 20 ó mayor de 35 años | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Embarazos prolongados por mas de 42 semanas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estatura inferior a 1,50 mts | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diabetes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Falta de crecimiento fetal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Madre o hermana con antecedentes de preeclampsia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Infección urinaria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anemia - desnutrición | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antecedentes de aborto y parto prematuro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fumadora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actividad sexual sin protección | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Farmacodependencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consumo de alcohol | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SÍNTOMAS DE ALARMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hemorragia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preeclamsia: Tensión arterial alta, dolor de cabeza, hinchazón, visión borrosa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sepsis: Fiebre alta, escalofríos, cambios en el color en el olor del sangrado genital | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Flujos vaginales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ruptura prematura de membranas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Disminución ó ausencia de movimientos fetales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GESTOR DE VIDA SANA _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DD MM AAAA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Para recordar: algunos factores de riesgo son inevitables, pero todos se pueden controlar. Esto quiere decir que si todos somos conscientes de los cuidados que deben tener las mujeres embarazadas y la importancia de un control medico y digno, podremos prevenir muchos problemas y garantizar su derecho a la vida.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE LAS GESTANTES

CAPRECOM ARS _____ MUNICIPIO _____

1. CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

Nombre de la paciente _____ No. HC _____

Fecha de nacimiento Edad _____ Años

Dirección _____ Teléfono _____

Estado civil _____ Nivel educativo Primaria Secundaria Bachillero

Vivienda: Tipo _____ Tamaño _____ Número de ocupantes _____

Condiciones sanitarias: Tipo de baño _____ Fuente de agua _____

Electricidad o fuente de calefacción e iluminación _____

instalaciones de cocina _____

Sabe leer SI NO Sabe escribir SI NO

Recursos económicos Empleado _____ Asalariada _____ o Temporal _____

Tipo de trabajo _____ Posición de la paciente _____ El esposo _____

Responda las siguientes preguntas marcando con una "X" en la casilla correspondiente

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

| | SI | NO |
|---|----|----|
| 1. Un intervalo de menos de dos años desde el último parto | | |
| 2. Tiene ya cuatro hijos o más | | |
| 3. Ha tenido un parto difícil o mediante cesárea | | |
| 4. Ha tenido ya un hijo prematuro o algún hijo con un peso al nacer inferior a 2000 grs | | |
| 5. Ha sufrido algún aborto espontáneo o haber dado a luz un niño muerto | | |
| 6. Antecedentes de tres o más abortos espontáneos consecutivos | | |
| 7. Peso al nacer del último bebe menor a 2500 gr o mayor de 4500 gr | | |
| 8. Peso al nacer del último bebe mayor a 4500 gr | | |
| 9. Tuvo una internación por hipertensión o preeclampsia/ eclampsia en el último embarazo | | |
| 10. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomías, resección del tabique, conización, cesáreas, cerclaje cervical) | | |

EMBARAZO ACTUAL

| | SI | NO |
|--|----|----|
| 11. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple | | |
| 12. Pesa menos de 35 kg | | |
| 13. Menor de 15 años | | |
| 14. Mayor de 35 años | | |
| 15. Iso inmunización RH (-) en el embarazo actual o en anteriores | | |
| 16. Hemorragia vaginal | | |
| 17. Masa pélvica | | |
| 18. Presión arterial diastólica de 90 mmHg, O mas durante el registro del dato | | |

HISTORIA CLINICA GENERAL

| | SI | NO |
|--|----|----|
| 19. Diabetes Mellitus e insulino dependiente | | |
| 20. Neuropatías | | |
| 21. Cardiopatías | | |
| 22. Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol) | | |
| 23. Consumo de tabaco (fumar o masticar) o uso de otras sustancias nocivas | | |
| 24. Ha padecido infibulación o excisión genital | | |
| 25. Antecedentes médicos de importancia | | |

Especificar _____

Una respuesta SI en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir una "X" EN CUALQUIER CASILLA) SIGNIFICA QUE LA MATERNA DEBE SER REMITIDA AL ESPECIALISTA para su respectiva evaluación

Fecha Nombre _____ Firma _____

MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

CLAP/SMR (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

LISTADO DE CÓDIGOS

Historia Clínica Perinatal

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

| PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP) | | PATOLOGÍA NEONATAL | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| 50 GESTACION MULTIPLE | 030 | 50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS | P22.0 |
| 51 HIPERTENSION PREVIA | O10.0 | 51 SINDROMES ASPIRATIVOS | P24 |
| 01 Hipertensión previa esencial complicando EPP | O10.0 | 52 APEÑAS POR PREMATUREZ | P28.3-P28.4 |
| 02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP | O10.4 | 53 OTROS SDR | Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27 |
| 52 PRECLAMPSIA | O13, O14 | 01 Ductus arterioso persistente | Q25.0 |
| 04 Hipertensión transitoria del embarazo | O16 | 02 Persistencia de la circulación fetal | P29.3 |
| 05 Preclampsia leve | O13 | 03 Neumonía congénita | P23 |
| 06 Preclampsia severa y moderada | O14 | 04 Neumotorax y enfisema intersticial | P25 |
| 53 Hipertensión previa con proteinuria sobregregada | O11 | 05 Taquipnea transitoria | P22.1 |
| 54 ECLAMPSIA | O15 | 06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal | P27 |
| 55 CARDIOPATIA | Z86.7 | HEMORRAGIAS | |
| 56 DIABETES | O24 | 07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido | P53 |
| 57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa | O24.0 | 55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal | P26 |
| 58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa | O24.1 | 56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia) | P61 |
| 59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo | O24.4 | HIPERBILIRUBINEMIAS | |
| 07 Test de tolerancia a la glucosa anormal | R73.0 | 08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh | P55.0 |
| 60 INFECCION URINARIA | O23.0-O23.4 | 09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO | P55.1 |
| 08 Bacteriuria asintomática del embarazo | R82.7 | 10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino | P59.0 |
| 61 OTRAS INFECCIONES | O98,B06,B50-B54,A60 | 58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59) | P60-P61 |
| 62 Infecciones del tracto genital en el embarazo | O23.5 | 11 Policitemia neonatal | P61.1 |
| 09 Sifilis complicando EPP | O98.6 | 12 Anemia congénita | P61.3 |
| 10 Gonorrea complicando EPP | O98.2 | 79 Anemia falciforme | D57.0-D57.2 y D57.8 |
| 11 Malaria | B50-B54 | 13 Otras afecciones hematológicas | (P35-P39,A09,G00,A54.3) |
| 12 Infección herpética anogenital (herpes simplex) | A60 | INFECCIONES | |
| 63 Hepatitis viral | O98.4 | 14 Diarrea | G00 |
| 64 TBC complicando EPP | O98.0 | 15 Meningitis | P38 |
| 80 Rubéola complicando EPP | B06.0, B06.8 y B06.9 | 16 Onfalitis | P39.1, A54.3 |
| 65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP | O98.8 | 17 Conjuntivitis | P39.4, I00 |
| 77 Chagas | O98.6 | 59 Infecciones de la piel del recién nacido | P38 |
| 78 Toxoplasmosis | P05 | 18 Septicemia | (resto del P35-P39) |
| 66 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO | O60 | 20 Enterocolitis necrotizante (ECN) | P77 |
| 67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO) | O34.3 | 49 Tétanos neonatal | A33 |
| 13 Incompetencia cervical | O64, O65, O69 | 60 Sifilis congénita | A50 |
| 68 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA | O64 | 61 Enfermedades congénitas virales | P35 |
| 14 Parto obstructivo por malposición y anomalía de la presentación del feto | O65 | 68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC) | P35.5 |
| 69 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA | O66 | 69 Citomegalovirus (CMV) | P35.1 |
| 15 Parto obstructivo debido a anomalía pélvica materna | O20 | 70 Toxoplasmosis congénita | P37.1 |
| 16 Otros partos obstructivos por causa fetal | O01 | 39 HIV positivo | R74 |
| 69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE | O02.1, O03 | 80 Chagas | B57 |
| 17 Mola hidatiforme | O00 | 19 Otras infecciones del periodo perinatal | (resto de P60-P61) |
| 18 Aborto espontáneo y aborto retenido | O06, O04 | NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES) | |
| 19 Embarazo ectópico | O20.0 | 33 Hidrocefalia adquirida | G91 |
| 20 Aborto inducido y terapéutico | O20.0 | 34 Leucomalacia periventricular y cerebral | P91.1,P91.2 |
| 21 Amenaza de aborto | O44.1 | 35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico | P10,P11,P14 |
| 70 HEMORRAGIA DEL 2º Y 3º TRIMESTRE | O45 | 36 Hemorragia intracranéa no traumática | P62 |
| 22 Placenta previa con hemorragia | O46.0 | 37 Convulsiones | P90 |
| 23 Desprendimiento prematuro de placenta | O71.0, O71.1 | 71 Encefalopatía Hipóxico Isquémica | P71 |
| 24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación | O71.3 | 38 Otras afecciones del estado cerebral | P91 |
| 25 Ruptura uterina antes o durante el parto | O69.0 | METABOLICA/NUTRICIONAL | |
| 26 Laceración obstétrica del cuello del útero | O50 | 43 Síndrome de "hijo de diabética" | P70.0, P70.1 |
| 17 ANEMIA | O51 | 45 Hipoglucemia | P70.3, P70.4, E16.2 |
| 27 Anemia por deficiencia de hierro | D57.0-D57.2 y D57.8 | 46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales | P75-P78 |
| 79 Anemia falciforme | O42 | 60 OTRAS PATOLOGIAS RN | |
| 72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS | O41.1 | 41 Hernia inguinal | H35 |
| 28 Infección del saco amniótico y membranas | O85, O86 | 65 Síndrome de daño por frío | P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8) |
| 73 INFECCION PUERPERAL | O85 | | |
| 29 Sepsis puerperal | O91 | | |
| 30 Infección mamaria asociada al nacimiento | O72.0, O72.2 | | |
| 74 HEMORRAGIA POSTPARTO | O72.0, O72.2 | | |
| 31 Placenta retenida | O72.0, O72.2 | | |
| 32 Útero atónico | O72.0, O72.3 | | |
| 33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado | (resto de O00-O99) | | |
| 34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado | O26.8, O99.8 (condiciones en N00-N39) | | |
| 75 OTRAS PATOLOGIAS MATERNAS | F10-F19 | | |
| 35 Placenta previa sin hemorragia | O68 | | |
| 36 Hiperemesis gravídica | O40 | | |
| 37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión | O41.0 | | |
| 38 Dependencia de drogas | O69 | | |
| 39 Sufrimiento fetal | O68 | | |
| 40 Polihidramnios | O90.0 | | |
| 41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas) | O90.1 | | |
| 42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical | B20-B24 | | |
| 43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio | R75 | | |
| 44 Embolismo obstétrico | C50 | | |
| 45 Falla de cierre de la herida de cesárea | C53 | | |
| 46 Falla de cierre de la episiotomía | C50 | | |
| 47 SIDA | C53 | | |
| 76 HIV positivo | C50 | | |
| 48 Neoplasia maligna del cuello uterino | C53 | | |
| 49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria | C50 | | |
| INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION | | ANOMALIAS CONGENITAS | |
| 01 Cesárea previa | 15 Posición transversa | 120 Anencefalia | Q00.0 |
| 02 Sufrimiento fetal agudo | 16 Ruptura prematura de membranas | 121 Espina bífida/Meningocele | Q05, Q07.0 |
| 03 Desproporción cefalo-pélvica | 17 Infección ovular (sospechada o confirmada) | 122 Hidranencefalia | Q04.3 |
| 04 Alteración de la contractilidad | 18 Placenta Previa | 123 Hidrocefalia | Q03 |
| 05 Parto prolongado | 19 Abrujo placentae | 124 Microcefalia | Q02 |
| 06 Fracaso de la inducción | 20 Ruptura uterina | 125 Hidroencefalia | Q04.2 |
| 07 Desenceno detenido de la presentación | 21 Preclampsia y eclampsia | 126 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central | Q04, Q06 |
| 08 Embarazo múltiple | 22 Herpes anogenital | 127 Tronco arterioso | Q20.0 |
| 09 R.C.I.U. | 23 Condilomatosis genital | 128 Trasposición grandes vasos | Q20.3 |
| 10 Parto de pretérmino | 24 Otros antihipertensivos | 129 Tetralogía de Fallot | Q21.3 |
| 11 Parto de posttérmino | 25 Sangre y derivados | 131 Ventrículo único | Q20.4 |
| 12 Presentación podálica | 26 Madre exhausta | 132 Doble tracto de salida de vent. derecho | Q20.1 |
| 13 Posición posterior | 27 Otras | 133 Canal atrio-vent. completo | Q21.2 |
| | | 134 Atresia pulmonar | Q22.0 |
| | | 135 Atresia tricuspíde | Q22.4 |
| | | 136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo | Q23.4 |
| | | 137 Coartación de aorta | Q25.1 |
| | | 138 Retorno venoso pulmonar anómalo total | Q26.2 |
| | | 139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias | Q24, 28, 34 |
| | | 140 Paladar hendido | Q25 |
| | | 141 Fístula traqueo-esofágica | Q39.1 |
| | | 142 Atresia esofágica | Q39.0, Q39.1 |
| | | 143 Atresia de colon o recto | Q42.0, Q42.1, Q42.8, 42.9 |
| | | 144 Año imperforado | Q42.3 |
| | | 145 Onfalocoele | Q79.2 |
| | | 146 Gastroquisis | Q79.3 |
| | | 147 Atresia duodenal | Q41.0 |
| | | 148 Atresia yeyunal | Q41.1 |
| | | 149 Atresia ileal | Q41.2 |
| | | 150 Otras anomalías gastrointestinales | Q40, 43, 45 |
| | | 151 Genitales malformados | C50-56 |
| | | 152 Agenesia Renal bilateral | Q60.1 |
| | | 153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos | Q61.1-61.9 |
| | | 154 Hidromielosis congénita | Q62.0 |
| | | 155 Estrofia de la vejiga | Q54 |
| | | 156 Otras anomalías nefrouriñarias | Q63, 64 |
| | | 157 Trisomía 13 | Q91.4, Q91.5, Q91.6 |
| | | 158 Trisomía 18 | Q91.0, Q91.1, Q91.2 |
| | | 159 Síndrome de Down | Q90 |
| | | 160 Otras anomalías cromosómicas | Q92, 97-99 |
| | | 162 Labio hendido | Q36 |
| | | 161 Polidactilia | Q69 |
| | | 162 Sindactilia | Q70 |
| | | 163 Displasia esquelética | Q77-79 |
| | | 164 Pes equinovarus / taloalvarus (Pie Bot) | Q66.8 |
| | | 165 Hernia Diafragmática | Q79.0 |
| | | 166 Hidrops fetal | P56, P63.2 |
| | | 167 Oligoamnios severo | P51.2 |
| | | 168 Otras anomalías musculoesqueléticas | Q68, 74, 75, 79 |
| | | 169 Anomalías tegumentarias | Q82, 84 |
| MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO | | | |
| 01 Lidocaina o similar | 16 Inhibidores de Prostaglandinas | | |
| 02 Aminas simpatomiméticas | 17 Antagonistas del calcio | | |
| 03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-ox. nitroso) | 18 Sulfato de magnesio | | |
| 04 Barbitúricos | 19 Hidralazina | | |
| 05 Relajantes musculares | 20 Beta bloqueantes | | |
| 06 Diazepóxidos | 21 Otros antihipertensivos | | |
| 07 Meperidina | 22 Sangre y derivados | | |
| 08 Espasmolíticos | 23 Heparina | | |
| 09 Oxitocina | 24 Corticoides | | |
| 10 Prostaglandinas | 25 Cardiotónicos | | |
| 11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas) | 26 Diuréticos | | |
| 12 Aminoglucósidos (gentamicina-amykacina) | 27 Amniotina | | |
| 13 Eritromicina | 28 Insulina | 31 Antiretrovirales | |
| 14 Metronidazol | 29 Difenilhidantoina | 32 Sulfadoxina-Pirimetamina | |
| 15 Betamiméticos | 30 Otros | 33 Cloroquinas | |

HOPESRNP - 12/08



HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

FECHA: **MAYO DE 2009**

VERSIÓN: **02**

1. No. de C.C. del cotizante

I. IDENTIFICACIÓN

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|---------|------------------|------------|--|---|---------|---|--------------------------------|---------|-------------------------|----------------------|--|--|
| 2. Primer Apellido | | | Segundo Apellido | | | Nombres | | | 3. Fecha de apertura | | | | | |
| | | | | | | | | | 4. No. C.C.ó T.I. del paciente | | | | | |
| 5. Fecha de Nacimiento | | 6. Edad | | 8. Vinculo | | 9. Ocupación | | | 10. Estado civil | | 11. Teléfono residencia | | | |
| A | M | D | | | | A | B | P | 12. Dirección actual | | | 13. Ciudad | | |
| | | | M | F | | | | | 14. Regional | | | | | |
| 15. Estrato | | | 16. Zona | | | 17. Entidad afiliadora | | | 18. Dirección oficina | | | 19. Teléfono oficina | | |
| 1 | 2 | 3 | Rural | | | | | | | | | | | |
| 4 | 5 | 6 | Urbana | | | | 20. IPS | | | 21. POS | | POS-S | | |
| | | | Indígena | | | | | | | | | | | |
| 22. PLAN COMPLEMENTARIO | | | | | | 23. En emergencia avisar a: (Nombre y Teléfono) | | | | | | | | |
| A | | | B | | | C | | | D | | | E | | |

II. ANAMNESIS

24. MOTIVO DE LA CONSULTA

25. ANTECEDENTES

a. PATOLÓGICOS FAMILIARES

CÓDIGO: M-PSS-

| b. PERSONALES | | SI | ESPECIFIQUE | | | SI | ESPECIFIQUE |
|----------------------------|--|----|-------------|--------------------------|--|----|-------------|
| 26. Tratamiento médico | | | | 34. Cardio-respiratorio | | | |
| 27. Ingestión medicamentos | | | | 35. Diabetes | | | |
| 28. Reacciones alérgicas | | | | 36. Fiebre reumática | | | |
| 29. Problemas coagulación | | | | 37. Tensión arterial | | | |
| 30. Irradiaciones | | | | 38. Embarazo | | | |
| 31. Trastornos emocionales | | | | 39. Enfermedades virales | | | |
| 32. Sinusitis | | | | 39a. Hepatitis | | | |
| 33. Prueba de SIDA | | | | 40. Otras patologías | | | |

41. OBSERVACIONES

42. SIGNOS VITALES: TEMPERATURA: _____ PULSO: _____ RESPIRACIÓN: _____

III. EXAMEN FÍSICO ESTOMATOLÓGICO

| 43. LABIOS | SI | 44. MEJILLAS | SI | 45. PISO DE BOCA | SI | 46. LENGUA | SI |
|-------------------------|----|--------------|----|------------------|----|-----------------------|----|
| Herpes | | Tumoración | | Ábsceso | | Anquiloglosia | |
| Ovellis angular | | Úlcera | | Mucocele | | Frenillo hipertrófico | |
| Mucocele | | Leucoplasia | | Úlcera | | Hipertrofia papilar | |
| Úlcera | | Añas | | Ránula | | Úlcera | |
| Costra | | Herpes | | Hegmón | | Liquen plano | |
| Fisurado | | Hiperplasia | | Tumoración | | Saburral | |
| Frenillos hipertróficos | | Tumefacción | | Leucoplasia | | Geográfica | |
| Tumoración | | Otros | | Otros | | Fisura adquirida | |
| Otros | | | | | | Leucoplasia | |
| | | | | | | Candidiasis | |

47. OBSERVACIONES: (Signos y síntomas)



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

| | | | | | | | |
|--------------------|----|----------------------|----|-----------------|----|------------------------------|----|
| 48. MAXILARES | SI | 49. A. T. M. | SI | 50. PALADAR | SI | 51. RELACIÓN ARCOS DENTARIOS | SI |
| Macrognasia | | Anquilosis | | Fisurado | | Sobremordida horizontal | |
| Micrognasia | | Subluxación condilar | | Úlcera | | Sobremordida vertical | |
| Torus palatino | | Luxación condilar | | Fístula | | Desviación línea media | |
| Torus mandibular | | Disfunción dolorosa | | Hiperplasia | | Laterognatismo | |
| Granuloma | | Ruidos | | Tumoración | | Otros | |
| Cambios de volumen | | Limitación apertura | | Lesiones tejido | | | |
| Fractura | | Desviación apertura | | Otros | | | |
| Otros | | Otros | | | | | |
| 52. HÁBITOS ORALES | SI | 53. GLAND SALIVALES | SI | 54. ADENOPATIAS | SI | 55. NEUROMUSCULAR | SI |
| Respiración bucal | | Tumoración | | | | Espasmo | |
| Succión digital | | Sialoliliasis | | | | Trismos | |
| Quelosislagia | | Tumefacción | | | | Parestesias | |
| Lengua protáclil | | Estenosis | | | | Dolor | |
| Otros | | Otros | | | | Atroñas | |
| | | | | | | Otros | |

56. OBSERVACIONES: (Signos y síntomas)

IV. EXAMEN PERIODONTAL

| | | | | | | | |
|----------------------------|----|-----------------|----|---------------------|----|----------------|----|
| 57. DATOS BÁSICOS | SI | DATOS BÁSICOS | SI | DATOS BÁSICOS | SI | DATOS BÁSICOS | SI |
| Cambio de color y contorno | | Hiporplasia | | Retracción gingival | | Fístula | |
| Gingivitis marginal | | a. Generalizada | | Periodontitis | | Policorantitis | |
| Gingivitis difusa | | b. Localizada | | Úlcera | | Úlcera | |

58. OBSERVACIONES:

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 59. MOVILIDAD Grado 1, 2, 3 60. Bolsa mm | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 60. MOVILIDAD Grado 1, 2, 3 Bolsa mm | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

| | | | | | | | |
|------------------------|-----------|-----------|--|---------------------|----------|--|--|
| 61. ÍNDICE PLACA (0-3) | | | | 62. ÍNDICE C.O.P.S. | | | |
| Sup. Der. | Sup. Ant. | Sup. Izq. | | Sanos | Curados | | |
| Inf. Der. | Inf. Ant. | Inf. Izq. | | Cariados | Perdidos | | |
| Totales | | | | Totales | | | |

63. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

V. EXAMEN ENDODÓNTICO

| | | | |
|------------------------------------|-------|----------------------|-------|
| Dientes | _____ | Pruebas de Vitalidad | _____ |
| Fístula | _____ | Retratamiento | _____ |
| Movilidad | _____ | Fracturas | _____ |
| Observaciones y Ayudas adicionales | | | |

64. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

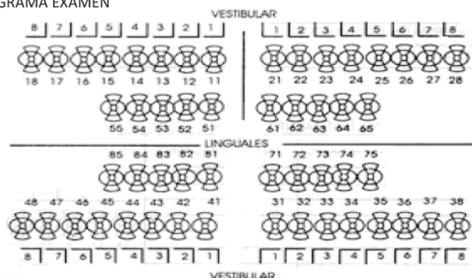
VI. EXAMEN DENTAL

| COLOR | TAMAÑO | FORMA | POSICIÓN |
|-----------------|-------------|------------|-----------|
| Esmalte moteado | Macrodoncia | Mórula | Rotación |
| Pigmentación | Microdoncia | Hudchinson | Versión |
| Hipoplasia | Otros | Otros | Migración |
| Otros | | | Incluidos |
| | | | Retenidos |
| | | | Otros |
| DESARROLLO | TRAUMA | ERUPCIÓN | |
| Anodoncias | Abrasión | Gemación | |
| Agencias | Atrisi3n | Fusi3n | |
| Supernumerarios | Fracturas | Otros | |
| Otros | Otros | | |

65. OBSERVACIONES

| SIMB | CONVENCIONES | COLOR |
|---|-------------------------------|-------|
|  | Caries o recurrencia | Negro |
|  | Obturado | Azul |
|  | Corona Completa | Azul |
|  | Pr3tesis existente | Azul |
|  | Extracci3n indicada | Negro |
|  | Necesita endodoncia | Rojo |
|  | Con tratamientos de conductos | Azul |

66. ODONTOGRAMA EXAMEN



VII. AYUDAS DIAGNOSTICAS

| 67. RADIOGRAFÍA | DIENTE O ZONA | LECTURA |
|-----------------|---------------|---------|
| | | |
| | | |

68. EXÁMENES DE LABORATORIO Y PATOLOGÍA

VIII. DIAGNOSTICO

69. PRESUNTIVO

| 70. DEFINITIVOS | CÓDIGO | CÓDIGO |
|-----------------|--------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

IX. PLAN DE TRATAMIENTO

| 71. ATENCIÓN EN: | Ses Aprox | 72. PLAN DE TRATAMIENTO |
|--------------------------|-----------|-------------------------|
| Prevención | | |
| Periodoncia | | |
| Endodoncia | | |
| Operatoria | | |
| Cirugía Oral | | |
| Cirugía Maxilofacial | | |
| Ortopedia Maxilar | | |
| Ortodoncia | | |
| Rehabilitación | | |
| Remisiones | | |
| 73. OBSERVACIONES | | |
| | | |
| | | |
| 74. FIRMA DEL ODONTÓLOGO | | 77. FIRMA DEL PACIENTE |
| 75. NOMBRE | | C.C. No. |
| 76. R.O. | | |

X. SECUENCIA DEL TRATAMIENTO

| 78. PROCEDIMIENTO TENTATIVO | DIENTE - CUADRANTE | 79. ODONTOGRAMA EVOLUCIÓN |
|-----------------------------|--------------------|---|
| | | <p> VESTIBULAR 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 LINGUALES 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 VESTIBULAR 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 </p> |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Nota: Usar las convenciones anteriormente descritas



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

| | | |
|--|--|------------------------------|
| | HISTORIA CLÍNICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL | CÓDIGO: M-PSS-MVS-F27 |
| | | FECHA: MAYO DE 2009 |
| | | VERSIÓN: 02 |

| |
|------------------------------|
| 1. No. de C.C. del cotizante |
|------------------------------|

I. IDENTIFICACIÓN

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|---|------------------|---|------------|---|--------------|----------------------|--------------------------------|------------------|------------|-------------------------|--------------|--|
| 2. Primer Apellido | | | Segundo Apellido | | | Nombres | | | 3. Fecha de apertura | | | | | |
| | | | | | | | | | 4. No. C.C.o.T.I. del paciente | | | | | |
| 5. Fecha de Nacimiento | | | 6. Edad | | 8. Vinculo | | 9. Ocupación | | | 10. Estado civil | | 11. Teléfono residencia | | |
| A | M | D | 7. Sexo | | A | B | P | 12. Dirección actual | | | 13. Ciudad | | 14. Regional | |
| | | | M | F | | | | | | | | | | |
| 15. Estrato | | | 16. Zona | | | 17. Entidad afiliadora | | | 18. Dirección oficina | | | 19. Teléfono oficina | | |
| 1 | 2 | 3 | Rural | | | | | | | | | | | |
| 4 | 5 | 6 | Urbana | | | 20. IPS | | | | | | | | |
| Indígena | | | | | | | | | | | | | | |
| 22. PLAN COMPLEMENTARIO | | | | | | 23. En emergencia avisar a: (Nombre y Teléfono) | | | | | | | | |
| A | | | B | | | C | | | D | | | E | | |

II. ANTECEDENTES

| | SI | | NO | |
|---|-----------------------|---|-----------------------|----|
| A. MEDIDAS DE PREVENCIÓN | | | | |
| Le han aplicado flúor | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Le han colocado sellantes | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Ha asistido a charlas de prevención | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Conoce las técnicas de cepillado | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| B. HÁBITOS | | | | |
| Toma biberón de día y noche | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Dieta rica en azúcares y harinas | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Se cepilla por lo menos dos veces al día | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Asiste periódicamente al odontólogo (por lo menos una vez al año) | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Tiene horario de comidas | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Fuma | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Consume bebidas alcohólicas | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Suele morder objetos | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| C. ANÁLISIS INTRAORAL | | | | |
| Mal posiciones dentarias | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Formas atípicas retentivas | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Alteraciones periodontales | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Dos o mas obturaciones O - P | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Dientes perdidos | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Apariencia blanda tizosa en el esmalte | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |
| Tiene prótesis | <input type="radio"/> | 1 | <input type="radio"/> | -1 |

III. EXAMEN

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

| | |
|---|---|
| <p>Fecha: _____ Diente: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> <p>Valor detectado: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 15px;"></div> </div> <p>Valor detectado: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> <p>Diente: _____ Valor total detectado _____ índice: Valor total detectado/Valor total posible * 100 _____ Índice de higiene oral _____</p> </p></p></p> | <p>Fecha: _____ Diente: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> <p>Valor detectado: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 15px;"></div> </div> <p>Valor detectado: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> <p>Diente: _____ Valor total detectado _____ índice: Valor total detectado/Valor total posible * 100 _____ Índice de higiene oral _____</p> </p></p></p> |
| <p>Fecha: _____ Diente: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> <p>Valor detectado: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 15px;"></div> </div> <p>Valor detectado: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> <p>Diente: _____ Valor total detectado _____ índice: Valor total detectado/Valor total posible * 100 _____ Índice de higiene oral _____</p> </p></p></p> | <p>Fecha: _____ Diente: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> <p>Valor detectado: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 15px;"></div> </div> <p>Valor detectado: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div> <p>Diente: _____ Valor total detectado _____ índice: Valor total detectado/Valor total posible * 100 _____ Índice de higiene oral _____</p> </p></p></p> |

IV. ACCIÓN PREVENTIVA

| | | |
|--|---|----------------------------|
| <p>Plan</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Fecha primera cita de control</p> <p>_____</p> <p>Identificación del odontólogo</p> <p>_____</p> | <p>Intervalos de control</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |
| <p>_____</p> <p>NOMBRES Y APELLIDOS</p> | <p>_____</p> <p>FIRMA</p> | <p>_____</p> <p>CÓDIGO</p> |



HISTORIA CLÍNICA DEL MENOR DE 10 AÑOS

CÓDIGO: M-PSS-VMS-F05

FECHA: MAYO DE 2009

VERSIÓN: 02

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

VALORACIÓN INICIAL

IDENTIFICACIÓN

Nombre _____
 Lugar de nacimiento _____
 Dirección _____
 Teléfono _____

FECHA

Fecha de nacimiento
 Edad _____
 Ciudad _____

ANTECEDENTES PERINATALES

Maternos

G _____ P _____ V _____ A _____ M _____ Edad _____

Embarazo

Normal

Patología presentada _____

Parto

Vaginal Eutócico _____ Vaginal Intervenido _____ Cesárea _____

Observaciones _____

Peso _____ Talla _____ PC _____ APGAR _____

Patología del recién nacido: (Descripción y/o Tratamiento)

Respiratoria _____
 Neurológica _____
 Ictericia _____
 Malformaciones Congénitas _____
 Infecciosa _____
 Trauma _____
 Prematurez _____
 Otras _____

ANTECEDENTES FAMILIARES (Descripción y/o parentesco)

| | |
|---|-------------------------------|
| Asma _____ | Alergias _____ |
| Epilepsia _____ | Convulsión Febril _____ |
| Diabetes _____ | Hipo-Hipertiroidismo _____ |
| Enf. Metabólicas _____ | Malformación Congénita _____ |
| Enf. Cardiovasculares _____ | Adicciones _____ |
| Inmunodeficiencias _____ | Enf. Infectocontagiosas _____ |
| Hijos muertos antes de los 5 años _____ | Otras _____ |

ANTECEDENTES PERSONALES

Laboratorio:
 Examen Hipotiroidismo (TSH) SI _____ NO _____ Hemoclasificación SI _____ NO _____

Patológicos:

Hospitalarios _____
 Quirúrgicos _____
 Otros _____
 Vacunas: _____

ALIMENTARIOS

Seno _____ Fórmula de inicio _____ Formula de transición _____
 Leche entera _____ Alimentación complementaria _____

ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO (EAD-1)

| Rango Edad | ÍTEM | A MOTRICIDAD GRUESA | Anote Edad en meses para cada evaluación | | | | | Rango Edad | ÍTEM | B MOTRICIDAD FINO ADAPTIVA | Anote Edad en meses para cada evaluación | | | | |
|---------------|------|--|--|--|--|--|---------------|------------|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| > 1 | 0 | Patea vigorosamente | | | | | > 1 | 0 | Sigue movimiento horizontal y vertical del objeto. | | | | | | |
| 1 a 3 | 1 | Levanta la cabeza en prona. | | | | | 1 a 3 | 1 | Abre y mira sus manos | | | | | | |
| | 2 | Levanta la cabeza y pecho en prona. | | | | | | 2 | Sostiene objeto en la mano | | | | | | |
| | 3 | Sostiene cabeza al levantamiento de los brazos | | | | | | 3 | Se lleva objeto a la boca | | | | | | |
| 4 a 6 | 4 | Control de cabeza sentado | | | | | 4 a 6 | 4 | Agarra objetos voluntariamente | | | | | | |
| | 5 | Se voltea de un lado a otro | | | | | | 5 | Sostiene un objeto en cada mano | | | | | | |
| | 6 | Intenta sentarse solo | | | | | | 6 | Pasa objeto de una mano a otra | | | | | | |
| 7 a 9 | 7 | Se sostiene sentado con ayuda | | | | | 7 a 9 | 7 | Manipula varios objetos a la vez | | | | | | |
| | 8 | Se arrastra en posición pronal | | | | | | 8 | Agarra objeto pequeño con los dedos | | | | | | |
| | 9 | Se sienta por si solo | | | | | | 9 | Agarra cubo con pulgar e índice | | | | | | |
| 10 a 12 | 10 | Gatea bien | | | | | 10 a 12 | 10 | Meta y saca objetos en caja | | | | | | |
| | 11 | Se agarra y sostiene de pie | | | | | | 11 | Agarra tercer objeto sin soltar otros | | | | | | |
| | 12 | Se para solo | | | | | | 12 | Busca objetos escondidos | | | | | | |
| 13 a 18 | 13 | Da pasitos solo | | | | | 13 a 18 | 13 | Hace torre de tres cubos | | | | | | |
| | 14 | Camina solo bien | | | | | | 14 | Pasa hojas de un libro | | | | | | |
| | 15 | Corre | | | | | | 15 | Anticipa salida del objeto | | | | | | |
| 19 a 24 | 16 | Patea la pelota | | | | | 19 a 24 | 16 | Tapa bien la caja | | | | | | |
| | 17 | Lanza la pelota con las manos | | | | | | 17 | Hace garabatos circulares | | | | | | |
| | 18 | Salta en los dos pies | | | | | | 18 | Hace torre de 5 o mas cubos | | | | | | |
| 25 a 36 | 19 | Se empina en ambos pies | | | | | 25 a 36 | 19 | Ensarta seis o mas cuentas | | | | | | |
| | 20 | Se levanta sin usar las manos | | | | | | 20 | Copia línea horizontal y vertical | | | | | | |
| | 21 | Camina hacia atrás | | | | | | 21 | Separa objetos grandes y pequeños | | | | | | |
| 37 a 48 | 22 | Camina en punta de pies | | | | | 37 a 48 | 22 | Figura humana rudimentaria | | | | | | |
| | 23 | Se para en un solo pie | | | | | | 23 | Corta papel con las tijeras | | | | | | |
| | 24 | Lanza y agarra la pelota | | | | | | 24 | Copia cuadrado y circulo | | | | | | |
| 49 a 60 | 25 | Camina en línea recta | | | | | 49 a 60 | 25 | Dibuja figura humana II | | | | | | |
| | 26 | Tres o mas pasos en un pie | | | | | | 26 | Agrupar por color y forma | | | | | | |
| | 27 | Hace rebotar y agarra la pelota | | | | | | 27 | Dibuja escalera (imita) | | | | | | |
| 61 a 72 | 28 | Salta a pies juntillas cuerda a 25 cms. | | | | | 61 a 72 | 28 | Agrupar por color-forma y tamaño | | | | | | |
| | 29 | Hace "caballitos" alternando los pies | | | | | | 29 | Reconstruye escalera 10 cubos | | | | | | |
| | 30 | Salta desde 60 cms. de altura | | | | | | 30 | | | | | | | |



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO (EAD-1)

| Rango Edad | ÍTEM | C AUDICIÓN LENGUAJE | Anote Edad en meses para cada evaluación | | | | | Rango Edad | ÍTEM | D PERSONAL SOCIAL | Anote Edad en meses para cada evaluación | | | | |
|---------------|------|---|--|--|--|--|---------------|------------|--|----------------------|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| > 1 | 0 | Se sobresalta con ruido | | | | | > 1 | 0 | Sigue movimiento del rostro | | | | | | |
| 1 a 3 | 1 | Busca sonido con la mirada | | | | | 1 a 3 | 1 | Reconoce a la madre | | | | | | |
| | 2 | Dos sonidos guturales diferentes | | | | | | 2 | Sonríe al acariciarlo | | | | | | |
| | 3 | Balbusea con las personas | | | | | | 3 | Se voltea cuando se le habla | | | | | | |
| 4 a 6 | 4 | 4 o más sonidos diferentes | | | | | 4 a 6 | 4 | Coge manos del examinador | | | | | | |
| | 5 | Ríe a "carcajadas" | | | | | | 5 | Acepta y coge juguete | | | | | | |
| | 6 | Reacciona cuando se le llama | | | | | | 6 | Pone atención a la conversación | | | | | | |
| 7 a 9 | 7 | Pronuncia 3 o más sílabas | | | | | 7 a 9 | 7 | Ayuda a sostener taza para beber | | | | | | |
| | 8 | Hace sonar la campana | | | | | | 8 | Reacciona a imagen en el espejo | | | | | | |
| | 9 | Una palabra clara | | | | | | 9 | Imita aplausos | | | | | | |
| 10 a 12 | 10 | Niega con la cabeza | | | | | 10 a 12 | 10 | Entrega juguete al examinador | | | | | | |
| | 11 | Llama a la madre o acompañante | | | | | | 11 | Pide un juguete u objeto | | | | | | |
| | 12 | Entiende orden sencilla | | | | | | 12 | Bebe en taza solo | | | | | | |
| 13 a 18 | 13 | Reconoce 3 objetos | | | | | 13 a 18 | 13 | Señala una prenda de vestir | | | | | | |
| | 14 | Combina dos palabras | | | | | | 14 | Señala dos partes del cuerpo | | | | | | |
| | 15 | Reconoce seis objetos | | | | | | 15 | Avisa higiene personal | | | | | | |
| 19 a 24 | 16 | Nombra cinco objetos | | | | | 19 a 24 | 16 | Señala 5 partes del cuerpo | | | | | | |
| | 17 | Usa frases de tres palabras | | | | | | 17 | Trata de contar experiencias | | | | | | |
| | 18 | Más de 20 palabras claras | | | | | | 18 | Control diurno de la orina | | | | | | |
| 25 a 36 | 19 | Dice su nombre completo | | | | | 25 a 36 | 19 | Diferencia niño-niña | | | | | | |
| | 20 | Conoce: alto, bajo, grande, pequeño | | | | | | 20 | Dice nombre papá y mamá | | | | | | |
| | 21 | Usa oraciones completas | | | | | | 21 | Se baña solo manos y cara | | | | | | |
| 37 a 48 | 22 | Define por uso cinco objetos | | | | | 37 a 48 | 22 | Puede desvestirse solo | | | | | | |
| | 23 | Repite tres dígitos | | | | | | 23 | Comparte juego con otros niños | | | | | | |
| | 24 | Describe bien el dibujo | | | | | | 24 | Tiene amigo especial | | | | | | |
| 49 a 60 | 25 | Cuenta dedos de las manos | | | | | 49 a 60 | 25 | Puede vestirse y desvestirse solo | | | | | | |
| | 26 | Distingue: adelante, atrás, arriba, abajo | | | | | | 26 | Sabe cuantos años tiene | | | | | | |
| | 27 | Nombra 4-5 colores | | | | | | 27 | Organiza juegos | | | | | | |
| 61 a 72 | 28 | Expresa opiniones | | | | | 61 a 72 | 28 | Hace "mandados" | | | | | | |
| | 29 | Conoce izquierda y derecha | | | | | | 29 | Conoce nombre vereda-barrio o pueblo de residencia | | | | | | |
| | 30 | Conoce días de la semana | | | | | | 30 | Comenta vida familiar | | | | | | |



**PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA
DE CÁNCER DE TESTÍCULO**

CÓDIGO: M-PSS-VMS-F13

FECHA: MAYO DE 2009

VERSIÓN: 02

FECHA

DD

MM

AAAA

HC

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombres

Edad

EXAMEN FÍSICO DE TESTÍCULOS

HALLAZGOS:

CONDUCTA:

PACIENTE

FIRMA DEL MEDICO



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD



PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA

CÓDIGO: M-PSS-VMS-F12

FECHA: MAYO DE 2009

VERSIÓN: 02

FECHA

DD

MM

AAAA

HC

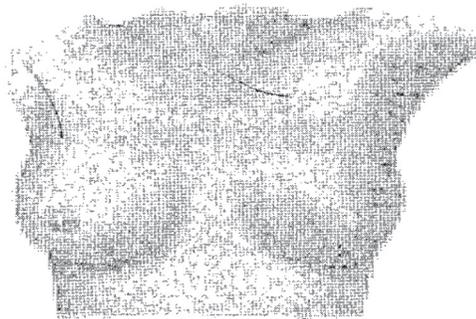
Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombres

Edad

EXAMEN FÍSICO DE LAS MAMAS



HALLAZGOS:

CONDUCTA:

PACIENTE

FIRMA DEL MEDICO



REGISTRO DE ASISTENCIA A TALLERES

CODIGO: M-PSS-VMS-F04
FECHA: MAYO DE 2009
VERSION: 02

FECHA DE TALLER: DD / MM / AAAA

NOMBRE DEL TALLER: _____

NOMBRE DEL TALLERISTA: _____

PROFESION: _____

| No. Orden | NOMBRE DE USUARIO | TIPO DE DOCUMENTOS | NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | DIRECCION | TELEFONO | GENERO | | EDAD | CONDICION | | | | | GRUPO DE RIESGO | | | | | OBSERVACIONES | | |
|-----------|-------------------|--------------------|----------------------------------|-----------|----------|--------|---|------|-----------|-------|------|-------|------|-----------------|------|-------|------|-------|---------------|------|--|
| | | | | | | F | M | | Amplio | Medio | Alto | Medio | Alto | Medio | Alto | Medio | Alto | Medio | | Alto | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| | | |
|---|---|------------------------------|
|  | HOJA DE SEGUIMIENTO PLANIFICACIÓN FAMILIAR | CÓDIGO: M-PSS-VMS-F22 |
| | | FECHA: MAYO DE 2009 |
| | | VERSIÓN: 02 |

NOMBRE: _____ SEXO:

| | |
|----------|-----------|
| FEMENINO | MASCULINO |
| SI | NO |

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ TELÉFONOS: _____

DIRECCIÓN: _____

OCUPACIÓN: _____

ANTECEDENTES

- Familiares
- Farmacológicos
- Patológicos

| | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Obesidad | <input type="checkbox"/> | Varices | <input type="checkbox"/> | Hemorragia | <input type="checkbox"/> |
| H.T.A. | | Diabetes | | Cefaleas | |
| Malestares digestivos | <input type="text"/> | | | | |

- Quirúrgicos
- Traumáticos
- Toxico - alérgicos
- Gineco-Obstétricos

| | | | | | |
|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| Menarquía | <input type="checkbox"/> | Gravidez | <input type="checkbox"/> | Partos | <input type="checkbox"/> |
| Abortos | | Hijos vivos | | | |
| F.U.R. | | CICLOS | <input type="text"/> | | |

Manifestaciones premenstruales _____

Manifestaciones menstruales _____

Presencia de flujos vaginales No.

Ultima citología vaginal Resultado

Tratamiento

Tumores útero - cervicales Cual?

Planificación Anovulatorios Método de Barrera

Manifiesta cambio de método _____
Por que? _____

EXAMEN FÍSICO

General _____

Genito Urinario _____

| | | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|------|------------------------------|
|  | SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS | | | CÓDIGO: M-PSS-VMS-F07 |
| | | | | FECHA: MAYO DE 2009 |
| | | | | VERSIÓN: 02 |
| Fecha de Solicitud | DD | MM | AAAA | |
| Número de Identificación del Usuario | <input type="text"/> | | | |
| Nombres y Apellidos del Usuario | <input type="text"/> | | | |
| Sexo: | Hombre <input type="checkbox"/> | Mujer <input type="checkbox"/> | Edad | <input type="text"/> |
| Diagnóstico | <input type="text"/> | | | |
| Descripción del Examen | <input type="text"/> | | | |
| | <input type="text"/> | | | |
| Firma del Medico | <input type="text"/> | | | |
| Código Medico | <input type="text"/> | | | |



MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD

| | | |
|---|--------------------------------|------------------------------|
|  | URGENCIAS ODONTOLÓGICAS | CÓDIGO: M-PSS-PDS-F03 |
| | | FECHA: MAYO DE 2009 |
| | | VERSIÓN: 02 |

| |
|------------------------------|
| 1. No. de C.C. del cotizante |
|------------------------------|

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|---|------------------|------------|------------------------|---|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|
| IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | |
| 2. Primer Apellido | | | Segundo Apellido | | | Nombres | | | 3. Fecha de apertura | | |
| 5. Fecha de Nacimiento | | | 6. Edad | 8. Vinculo | | 9. Ocupación | | | 10. Estado civil | | 11. Teléfono residencia |
| A | M | D | 7. Sexo | A | B | P | 12. Dirección actual | | | 13. Ciudad | 14. Regional |
| 15. Estrato | | | 16. Zona | | 17. Entidad afiliadora | | | 18. Dirección oficina | | 19. Teléfono oficina | |
| 1 | 2 | 3 | Rural | | | | | | | | |
| 4 | 5 | 6 | Urbana | 20. IPS | | | | | 21. POS | POS-S | |
| Indigena | | | | | | | | | | | |
| 22. PLAN COMPLEMENTARIO | | | | | | 23. En emergencia avisar a: (Nombre y Teléfono) | | | | | |
| A | B | C | D | E | | | | | | | |

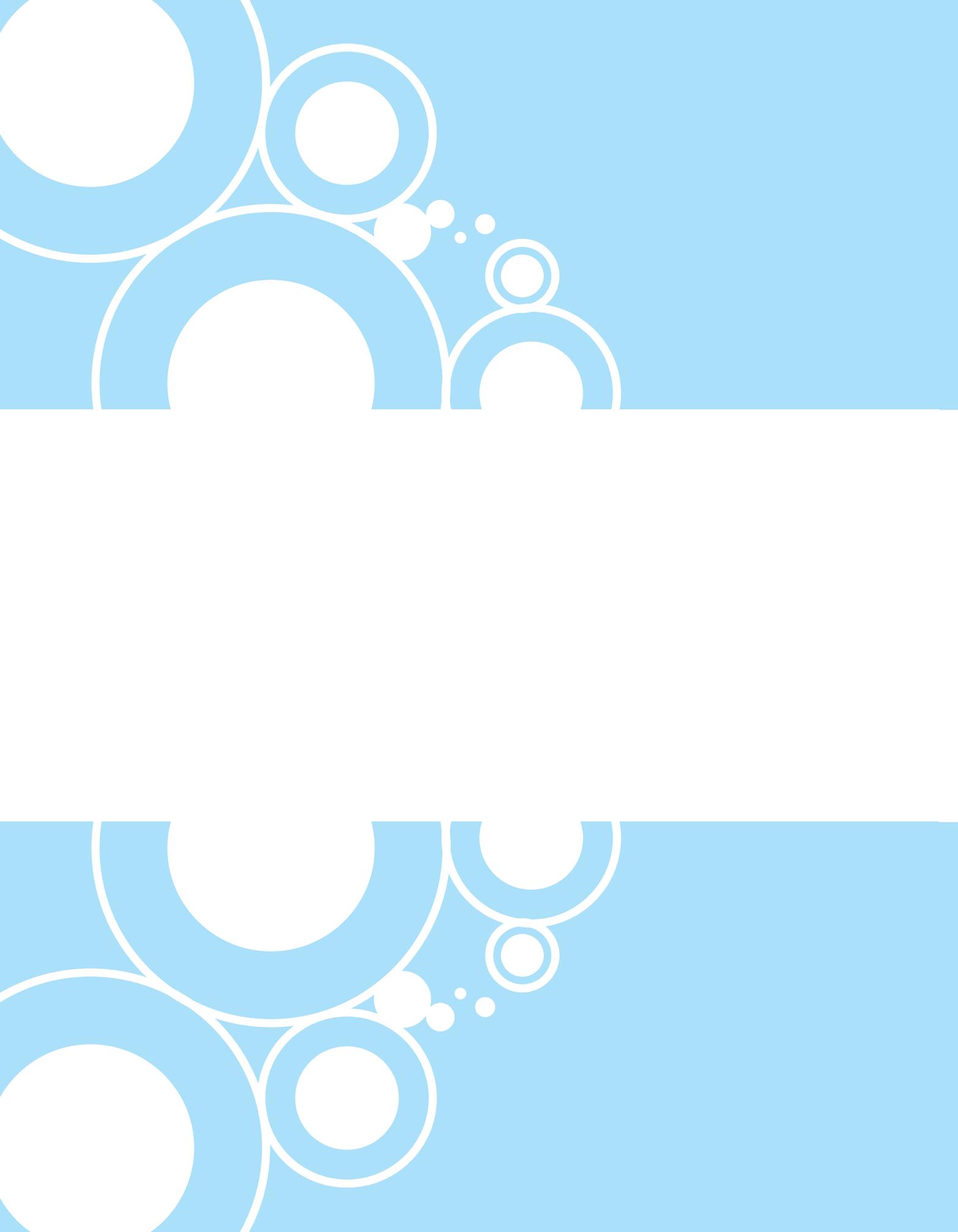
En caso de no estar afiliado a CAPRECOM EPS, nombre de la EPS a la que pertenece:

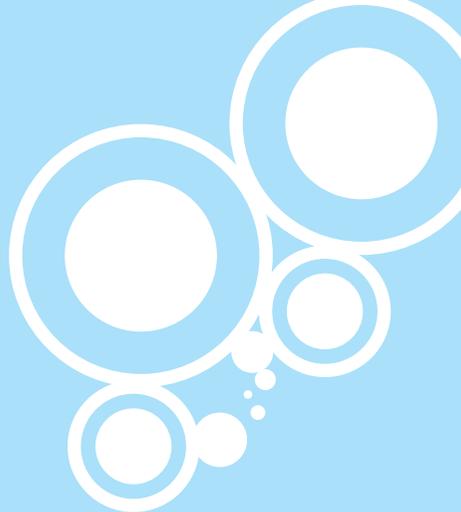
MOTIVO DE LA URGENCIA:

TRATAMIENTO EJECUTADO:

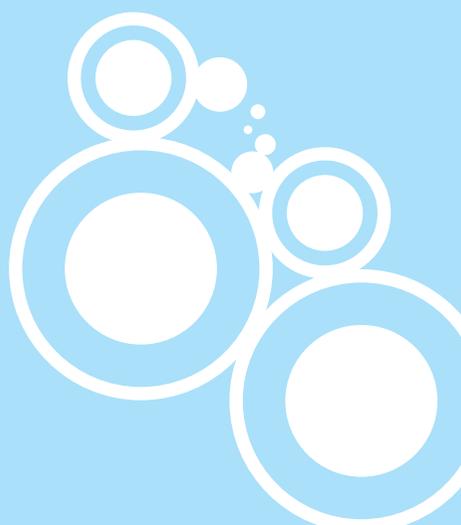
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ODONTÓLOGO





REGISTROS ADMINISTRATIVOS





MANUAL OPERATIVO UNIDAD MÓVIL DE SALUD



Bogotá D.C. _____ de _____

Señores
SUBDIRECCIÓN IPS
CAPRECOM
Ciudad

Respetados señores:

Dando cumplimiento con lo establecido en el Artículo 1° de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de la Protección Social, la cual determina el carácter privado, obligatorio y de reserva de la Historia Clínica. Yo _____ identificado con Cédula de Ciudadanía No. _____ expedida en _____, dando cumplimiento a lo expuesto para tal efecto en la Resolución enunciada. Autorizo mediante la presente a Caprecom para que se me facilite mi historia clínica o de la persona a quien represento, para la toma de copia de la misma y para todos aquellos fines que de acuerdo con la Ley resulten procedentes.

Atentamente,

| | |
|------------------|--|
| Firma: | |
| Nombre: | |
| C.C.: | |
| Teléfono: | |

Trazos Visuales

Calle 42 No. 70 - 117 Of. 202 Medellín - Colombia

Teléfono: 411 2827

Diagramación, diseño e impresión