Gobierno de la Provincia de Entre Ríos **Ministerio de Salud**

Ministerio de SALUD Gobierno de Entre Ríos

Historia Clínica del Adulto Ambulatoria

Número:

Centro de Atención ____ Código Efector ____ DNI ____

Nombre ____ Fecha de Nacimiento ____

Apellido ____

Calle ____ Numero ____ Nacionalidad ____

Barrio ____

Localidad ____ Teléfono ____ Lugar de Origen ____

Estado Civil

Soltero ☐ Divorciado ☐

Unión Estable ☐ Separado ☐

Casado ☐

Trabajo

Si ☐ No ☐

Dependiente ☐ Ocasional ☐

Cuenta Propia ☐ Tipo de Ocupación ____

Obra Social

Si ☐ No ☐

¿Cuál? ____

Nº ____

Educación

Analfabeto ☐

Primaria Incomp. ☐

Primaria Comp. ☐

Secundario Incomp. ☐

Secundario Comp. ☐

Terciario/Univer. ☐

Condiciones de Vida

Rancho o Casilla ☐

Vivienda móvil ☐

Pieza de inquilinato ☐

Lugar no apto para vivienda ☐

3 o mas pers. por cuarto ☐

Hijo 6 a 12 años sin escolaridad ☐

Baja capacidad subsistencia ☐

Letrina ☐

Cocina / Calefacción ☐

Gas natural ☐

Leña o carbón ☐

Agua corriente ☐

Agua de pozo ☐

Baño interno o descarga ☐

Baño público ☐

Baño afuera ☐

Cloacas ☐

Pozo ciego ☐

Gas envasado ☐

Kerosen ☐

Electricidad ☐

Situación de Vulnerabilidad

Maltrato Familiar ☐

Alcoholismo flia. ☐

Adicciones flia. ☐

Madre sola ☐

Situación de calle ☐

N.B.I. ☐

Violencia ☐

Consumo de sustancias

Tabaquismo

¿Fuma? Desde (edad) ____ cant ☐

Nunca Fumo ☐ fumador pasivo ☐

Dejo de fumar ☐ fecha ☐

Cuantos minutos pasan desde que se levanta hasta que prende un cigarrillo ☐

¿Piensa dejar de fumar? ☐

En los próximos 6 meses ☐

En el próximo mes ☐

Alcohol

¿Bebe? Si ☐ No ☐

¿Lo criticó alguien porque tomaba mucho? Si ☐ No ☐

¿Sintió ganas de disminuir la bebida? Si ☐ No ☐

¿Se sintió alguna vez culpable por tomar mucho? Si ☐ No ☐

¿Toma algo a la mañana para sentirse mejor? Si ☐ No ☐

Drogas

¿Consumió alguna vez? Si ☐ No ☐

¿Se inyectó alguna vez? Si ☐ No ☐

Actividad física

Si ☐ No ☐

Veces por sem. ____

¿Cuál? ____

Diuresis ____

Catarsis ____

Apnea del sueño ____

Antecedentes Personales

☐ HTA

☐ DBT

☐ Enfermedad coronaria / IAM

☐ ACV

☐ EPOC ASMA

☐ Alergia

☐ Enfermedad reumática

☐ Enf. Oncológico

☐ TBC

☐ HIV

☐ Chagas

☐ ETS

☐ Psicopatológicos

☐ Neurologicos

☐ Otros

Menarca ____ IRS ____

G ____ P ____ A ____ C ____

Ritmo menstrual ____ FUM ____

Fecha ultimo PAP ____

MAC Si ☐ No ☐ Cuál? ____

Prob. Sexuales Si ☐ No ☐

Dispareuia Si ☐ No ☐

Eyaculación precoz Si ☐ No ☐

Disfunción eréctil Si ☐ No ☐

Antecedentes Familiares

	Madre	Padre	Herm.
HTA			
Cardiopatías			
DBT			
ACV			
Ca. de colon			
Ca. de pulmón			
Ca. de mama			
Otra enf. Oncol.			
Consumo de Drogas			
Abuso alcohol			
Depresión			
Otras			
Violencia			

Internaciones /operaciones / accidentes Si ☐ No ☐

Indicar motivos y Fecha

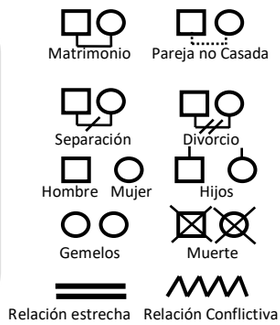
¿ALERGIA a medicamentos? Si ☐ No ☐ ¿Cual? ____

Observaciones

Medicación Actual (principio activo)	Presentación	Dosificación	Medicación Actual (principio activo)	Presentación	Dosificación
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

Gobierno de la Provincia de Entre Ríos Ministerio de SALUD Gobierno de Entre Ríos **Ministerio de Salud**

Familiograma



Observaciones

Médico de cabecera _____ Fecha de apertura _____

Problema	Código	Fecha inicio	Fecha resolución

Problema	Código	Fecha inicio	Fecha resolución

Intervención	Periodicidad / Población	Mes / Año							
Consejo alimentación saludable	Variable, según riesgo								
Consejo actividad física	Variable, según riesgo								
Consejo salud sexual y reproductiva	Variable, según riesgo								
Consejo anti tabáquico	Variable, según riesgo								
Consejo prevención de accidentes	Variable, según riesgo								
Vacuna doble adultos	Cada 10 años con esquema completo								
Vacuna hepatitis B	Según calendario oficial								
Vacuna rubéola	Según calendario oficial								
Vacuna antigripal	Anual. Según normas de grupos de riesgo								
Vacuna antineumococo	Según normas msn en grupos de riesgo								
Otra	Variable según riesgo regional o campaña								
Examen odontológico	Anual, población general								
Agudeza visual	Anual, población general								
Tensión arterial	Variable, según el riesgo								
Índice de masa corporal (peso/talla)	Anual población general para su cálculo								
Perímetro abdominal	Anual población general. Medición con Centímetro a la altura del ombligo								
Colesterol total plasmático	Variable, según el riesgo								
Glucemia	Anual. Mayores de 45 años. Menores de 45 años IMC >29.9 y FRCV								
Riesgo cardiovascular global	Variable según riesgo. Población general mayor de 39 años sin enfermedad cardiovascular previa								
Sangre oculta en materia fecal	Anual. Mayores de 50 años								
Mamografía	Anual mujeres mayores de 50 años a 69 años								
Papanicolaou	Mujeres a partir de los 25 años, 2 controles consecutivos anuales normales, luego controles cada 3 años								

*Recomendaciones orientadas sujetas a modificaciones y actualización según guías de práctica de la autoridad sanitaria

Gobierno de la Provincia de Entre Ríos
Hoja de Evolución

Ministerio de SALUD Gobierno de Entre Ríos

Ministerio de Salud
Número H.C.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Apellidos y Nombres: _____ **F.N.** ___/___/___ **DNI** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fecha / /

DMT 2 ☐ **HTA** ☐ **TA Sist.** ☐ **TA Diast.** ☐ **Tabaquismo** ☐ **Col. Tot.** ☐ mg/dl **Gluc.** ☐ mg/dl **HbA1c** ☐

Peso ☐ **Talla** ☐ **IMC** ☐ **Fon. de ojo** ☐ **Exa. Pie** ☐ **Creatininemia** ☐ **HDL** ☐ **LDL** ☐ **TAGs** ☐ **Microalbuminuria** ☐

Observaciones:

Códigos de Diagnósticos				
1º				
2º				
3º				

Interconsulta:

EVOLUCIÓN DEL RCVG

RCVG Inicial ☐ **Bajo** ☐ **Alto** ☐ **Moderado** ☐ **Muy Alto**

RCVG Actual ☐ **Bajo** ☐ **Alto** ☐ **Moderado** ☐ **Muy Alto**

Fecha Prox. Visita ____/____/____

Firma y Sello del Profesional

Fecha / /

DMT 2 ☐ **HTA** ☐ **TA Sist.** ☐ **TA Diast.** ☐ **Tabaquismo** ☐ **Col. Tot.** ☐ mg/dl **Gluc.** ☐ mg/dl **HbA1c** ☐

Peso ☐ **Talla** ☐ **IMC** ☐ **Fon. de ojo** ☐ **Exa. Pie** ☐ **Creatininemia** ☐ **HDL** ☐ **LDL** ☐ **TAGs** ☐ **Microalbuminuria** ☐

Observaciones:

Códigos de Diagnósticos				
1º				
2º				
3º				

Interconsulta:

EVOLUCIÓN DEL RCVG

RCVG Inicial ☐ **Bajo** ☐ **Alto** ☐ **Moderado** ☐ **Muy Alto**

RCVG Actual ☐ **Bajo** ☐ **Alto** ☐ **Moderado** ☐ **Muy Alto**

Fecha Prox. Visita ____/____/____

Firma y Sello del Profesional

Fecha / /

DMT 2 ☐ **HTA** ☐ **TA Sist.** ☐ **TA Diast.** ☐ **Tabaquismo** ☐ **Col. Tot.** ☐ mg/dl **Gluc.** ☐ mg/dl **HbA1c** ☐

Peso ☐ **Talla** ☐ **IMC** ☐ **Fon. de ojo** ☐ **Exa. Pie** ☐ **Creatininemia** ☐ **HDL** ☐ **LDL** ☐ **TAGs** ☐ **Microalbuminuria** ☐

Observaciones:

Códigos de Diagnósticos				
1º				
2º				
3º				

Interconsulta:

EVOLUCIÓN DEL RCVG

RCVG Inicial ☐ **Bajo** ☐ **Alto** ☐ **Moderado** ☐ **Muy Alto**

RCVG Actual ☐ **Bajo** ☐ **Alto** ☐ **Moderado** ☐ **Muy Alto**

Fecha Prox. Visita / /

Firma y Sello del Profesional

Fecha / /

DMT 2 ☐ **HTA** ☐ **TA Sist.** ☐ **TA Diast.** ☐ **Tabaquismo** ☐ **Col. Tot.** ☐ mg/dl **Gluc.** ☐ mg/dl **HbA1c** ☐

Peso ☐ **Talla** ☐ **IMC** ☐ **Fon. de ojo** ☐ **Exa. Pie** ☐ **Creatininemia** ☐ **HDL** ☐ **LDL** ☐ **TAGs** ☐ **Microalbuminuria** ☐

Observaciones:

Códigos de Diagnósticos				
1º				
2º				
3º				

Interconsulta:

EVOLUCIÓN DEL RCVG

RCVG Inicial ☐ **Bajo** ☐ **Alto** ☐ **Moderado** ☐ **Muy Alto**

RCVG Actual ☐ **Bajo** ☐ **Alto** ☐ **Moderado** ☐ **Muy Alto**

Fecha Prox. Visita ____/____/____

Firma y Sello del Profesional

Fecha / /

DMT 2 ☐ HTA ☐ TA Sist. ____ TA Diast. ____ Tabaquismo ☐ Col. Tot. ____ mg/dl Gluc. ____ mg/dl HbA1c ____

Peso ____ Talla ____ IMC ____ Fon. de ojo ☐ Exa. Pie ☐ Creatininemia ____ HDL ____ LDL ____ TAGs ____ Microalbuminuria ____

Observaciones: _____

Códigos de Diagnósticos				
1º				
2º				
3º				

Interconsulta: _____

EVOLUCIÓN DEL RCVG

RCVG Inicial ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ Muy Alto

RCVG Actual ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ Muy Alto

Fecha Prox. Visita ____/____/____

Firma y Sello del Profesional

Fecha / /

DMT 2 ☐ HTA ☐ TA Sist. ____ TA Diast. ____ Tabaquismo ☐ Col. Tot. ____ mg/dl Gluc. ____ mg/dl HbA1c ____

Peso ____ Talla ____ IMC ____ Fon. de ojo ☐ Exa. Pie ☐ Creatininemia ____ HDL ____ LDL ____ TAGs ____ Microalbuminuria ____

Observaciones: _____

Códigos de Diagnósticos				
1º				
2º				
3º				

Interconsulta: _____

EVOLUCIÓN DEL RCVG

RCVG Inicial ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ Muy Alto

RCVG Actual ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ Muy Alto

Fecha Prox. Visita ____/____/____

Firma y Sello del Profesional

Fecha / /

DMT 2 ☐ HTA ☐ TA Sist. ____ TA Diast. ____ Tabaquismo ☐ Col. Tot. ____ mg/dl Gluc. ____ mg/dl HbA1c ____

Peso ____ Talla ____ IMC ____ Fon. de ojo ☐ Exa. Pie ☐ Creatininemia ____ HDL ____ LDL ____ TAGs ____ Microalbuminuria ____

Observaciones: _____

Códigos de Diagnósticos				
1º				
2º				
3º				

Interconsulta: _____

EVOLUCIÓN DEL RCVG

RCVG Inicial ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ Muy Alto

RCVG Actual ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ Muy Alto

Fecha Prox. Visita ____/____/____

Firma y Sello del Profesional

Fecha / /

DMT 2 ☐ HTA ☐ TA Sist. ____ TA Diast. ____ Tabaquismo ☐ Col. Tot. ____ mg/dl Gluc. ____ mg/dl HbA1c ____

Peso ____ Talla ____ IMC ____ Fon. de ojo ☐ Exa. Pie ☐ Creatininemia ____ HDL ____ LDL ____ TAGs ____ Microalbuminuria ____

Observaciones: _____

Códigos de Diagnósticos				
1º				
2º				
3º				

Interconsulta: _____

EVOLUCIÓN DEL RCVG

RCVG Inicial ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ Muy Alto

RCVG Actual ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ Muy Alto

Fecha Prox. Visita ____/____/____

Firma y Sello del Profesional