

1. IDENTIFICACION GENERAL

Nombre:

Edad:

Nacionalidad:

Género:

2. HISTORIAL MEDICO PASADO

Condiciones:

Tratamiento:

3. HISTORIAL DE CIRUGIA

Tipo/Localización:

Lugar:

Año:

Complicaciones:

4. ALLERGIAS

Alimentos:

Medicamentos:

Sustancias:

5. HABITOS

Fumar:

Alcohol:

Ejercicio:

Horas de Sueño:

Sustancias/Drugs:

6. REPASO DE SISTEMAS

Cabeza:

Oídos:

Ojos:

Nariz:

Garganta:

Thorax:

Respi:

Cardio:

Abdomen:

Gastro:

Urinario:

Reproductivo:

Circulatorio:

Msk:

Piel:

Neuro:

7. MUJER

Menarche:

Embarazos:

Per Mens:

Menopausia:

8. SOCIAL

Ocupación:

Religión:

Residencia:

Estado Civil:

9. HISTORIAL FAMILIAR

Edad, Condiciones de Salud

y Causa de Muerte (si aplica) para:

Mama=

Papa=

Hermano(a)=

Tio(a)=

10. HISTORIAL MEDICO PRESENTE

Dolor:

Localización:

Síntomas Asociados:

Comienzo:

Episodios/Frecuencia:

Calidad:

Factores Agravantes:

Factores Aliviantes:

Episodio Previo:

Tx Previo:

11. DIFERENCIALES

Dxd 1:

Dxd 2:

Dxd 3:

Dxd 4:

Dxd 5:

Dxd 6:

Dxd 7:

12. SIGNOS VITALES

Pulso:

Respiraciones:

Presión Arterial:

Temperatura:

SP02:

14. HALLAZGOS FISICOS

Evaluación completa **comenzando por los pies y culminando en la cabeza.**

- Inspección:
- Auscultación:
- Palpación:
- Percusión:

–Recuerde realizar examen

Neurológico, Examen Pélvico, Examen Rectal, Etc... según indicado (consulte el Maxwell®)–

15. DIAGNOSTICO CLINICO

Dxd 1:

Dxd 2:

Dxd 3:

Dxd 4:

16. ESTUDIOS

Laboratorios:

Estudio de Imagen:

16. TRATAMIENTO(s)

Tipo, Cantidad, Ruta, Frecuencia:

17. PROGNOSIS

Metas de Cuidado:

Resultados Anticipados:

Complicaciones Potenciales &
Prevención:

18. SEGUIMIENTO

Ambulatorio:

Orientación:

Mitigación: