| ESTABLECIMIENTO | NOMBRE | APELLIDO | SEXO M | SEXO F | NUMERO DE HOJA | HISTORIA CLINICA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

**4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL**

**5 REVISION ACTUAL DE ORGANOS Y SISTEMAS**

**6 SIGNOS VITALES**

| FECHA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PESION ARTERIAL | | | | | | | | |
| PULSO X min | | | | | | | | |
| TEMPERATURA °C | | | | | | | | |

**7 EXAMEN FISICO**

| 8 DIAGNOSTICOS | CIE | PRE | DEF | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | 3 | | | |
| 2 | | | | 4 | | | |

**9 PLANES** DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICOS Y EDUCACIONALES

| FECHA PARA CONTROL | | HORA FIN | | MEDICO | | CODIGO | FIRMA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|



**CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y EF**

| FECHA (DIA/MES/AÑO) | HORA | EVOLUCION | PRESCRIPCIONES | MEDICA MENTOS |
|---|---|---|---|---|
| | | FIRMAR AL PIE DE CADA NOTA DE EVOLUCION | FIRMAR AL PIE DE CADA CONJUNTO DE PRESCRIPCIONES | REGISTRAR ADMINISTR. |

## 1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN

| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y Nº - MANZANA Y CASA) | BARRIO | PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA | ZONA (U/R) | Nº TELÉFONO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| FECHA NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | NACIONALIDAD (PAÍS) | GRUPO CULTURAL | EDAD AÑOS CUMPLIDOS | SEXO | | ESTADO CIVIL | | | | | INSTRUCCIÓN ULTIMO AÑO APROBADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | SOL | CAS | DIV | VIU | U-L | |

| FECHA DE ADMISIÓN | OCUPACIÓN | EMPRESA DONDE TRABAJA | TIPO DE SEGURO DE SALUD | REFERIDO DE: |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| EN CASO NECESARIO LLAMAR A: | PARENTESCO - AFINIDAD | DIRECCIÓN | Nº TELÉFONO |
|---|---|---|---|
| | | | |

COD= CÓDIGO U= URBANA R= RURAL M= MASCULINO F= FEMENINO SOL= SOLTERO CAS= CASADO DIV= DIVORCIADO VIU= VIUDO U-L= UNIÓN LIBRE

| | CÓDIGO |
|---|---|
| ADMISIONISTA | |

## 2 REGISTRO DE NUEVAS ADMISIONES PARA ATENCIONES DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES

| Nº | FECHA | EDAD | REFERIDO DE | PRIMERA | SUB SECUENTE | CÓDIGO ADMISIONISTA | Nº | FECHA | EDAD | REFERIDO DE | PRIMERA | SUB SECUENTE | CÓDIGO ADMISIONISTA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | 11 | | | | | | |
| 2 | | | | | | | 12 | | | | | | |
| 3 | | | | | | | 13 | | | | | | |
| 4 | | | | | | | 14 | | | | | | |
| 5 | | | | | | | 15 | | | | | | |
| 6 | | | | | | | 16 | | | | | | |
| 7 | | | | | | | 17 | | | | | | |
| 8 | | | | | | | 18 | | | | | | |
| 9 | | | | | | | 19 | | | | | | |
| 10 | | | | | | | 20 | | | | | | |

## 3 REGISTRO DE CAMBIOS

| | FECHA | ESTADO CIVIL | INSTRUCCIÓN | OCUPACIÓN | EMPRESA | TIPO DE SEGURO DE SALUD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |

| | DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y NUMERO O MANZANA Y CAS | BARRIO | ZONA | PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA | Nº TELÉFONO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |

## 4 INFORMACIÓN ADICIONAL

ESPACIO RESERVADO PARA REGISTRAR OTROS DATOS ESPECIFICOS DEL USUARIO REQUERIDOS POR LA INSTITUCIÓN QUE CONSTA EN EL ENCABEZAMIENTO