

## A. DATOS DEL PACIENTE

|           |                     |            |           |
|-----------|---------------------|------------|-----------|
| Paciente: | Calderon Nolose Ana |            |           |
| Cédula:   | 0120120123          | Edad/Sexo: | 2a 3m / F |

## 1. MOTIVO DE CONSULTA

## 2. ANTECEDENTES PERSONALES

|           |  |           |  |
|-----------|--|-----------|--|
| Alergias: |  | Cirugías: |  |
| Vacunas:  |  |           |  |

## 3. ANTECEDENTES FAMILIARES

|                          |              |                          |             |                          |             |                          |              |                          |        |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Cardiopatía  | <input type="checkbox"/> | Diabetes    | <input type="checkbox"/> | Enf.C.Vasc. | <input type="checkbox"/> | Hipertensión | <input type="checkbox"/> | Cáncer |
| <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | Enf. Mental | <input type="checkbox"/> | Infecciosa  | <input type="checkbox"/> | Malformación | <input type="checkbox"/> | Otro   |

## Observaciones:

## 4. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

## 5. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

|                        |                            |                           |                         |                         |
|------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. Sentidos: <b>SP</b> | 2. Respiratorio: <b>SP</b> | 3. Cardio Vasc: <b>SP</b> | 4. Digestivo: <b>SP</b> | 5. Genital: <b>SP</b>   |
| 6. Urinario: <b>SP</b> | 7. Músculo Esq: <b>SP</b>  | 8. Endocrino: <b>SP</b>   | 9. Hemo Linf: <b>SP</b> | 10. Nervioso: <b>SP</b> |

## Observaciones:

## 6. SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRÍA

| PA | FC | FR | Temp °C | SatO2 | Peso Kg | Talla m | IMC  |
|----|----|----|---------|-------|---------|---------|------|
|    |    |    |         |       |         |         | 0.00 |

## 7. EXAMEN FÍSICO REGIONAL

|                      |                      |                     |                       |                      |                            |
|----------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|
| 1. Cabeza: <b>SP</b> | 2. Cuello: <b>SP</b> | 3. Tórax: <b>SP</b> | 4. Abdomen: <b>SP</b> | 5. Pelvis: <b>SP</b> | 6. Extremidades: <b>SP</b> |
|----------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|

## Observaciones:

## 8. DIAGNÓSTICO

| CIE-10 | DESCRIPCIÓN  | TIPO       |
|--------|--|------------|
| V95.4  | Accidente de Nave Espacial, con Ocupante Lesionado | Presuntivo |

## 9. PLANES DE TRATAMIENTO

|               |  |                |  |
|---------------|--|----------------|--|
| Próxima Cita: |  | Signos Alarma: |  |
|---------------|--|----------------|--|