

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: SP	2. Respiratorio: SP	3. Cardio Vasc: SP	4. Digestivo: SP	5. Genital: SP
6. Urinario: SP	7. Músculo Esq: SP	8. Endocrino: SP	9. Hemo Linf: SP	10. Nervioso: SP

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: SP	2. Cuello: SP	3. Tórax: SP	4. Abdomen: SP	5. Pelvis: SP	6. Extremidades: SP
----------------------	----------------------	---------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

Observaciones:

8. DIAGNÓSTICO

CIE-10	DESCRIPCIÓN	TIPO
U31.9	Administracion y Entrega de Inhaladores (Spray)	Presuntivo

9. PLANES DE TRATAMIENTO

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