

|   |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
|---|---|----------------------------|-------------|---------------------------|----------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------|----------------------------|--|
| <b>A. DATOS DEL PACIENTE</b>                    |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| Paciente:                                       | Calderon Nolose Ana                             |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| Cédula:   | 0120120123                                      | Edad/Sexo:                 | 2a 3m / F   |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| <b>1. MOTIVO DE CONSULTA</b>                    |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
|   |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| <b>2. ANTECEDENTES PERSONALES</b>               |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
|   |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| Alergias:                                       |   |                            |             | Cirugías:                 |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| Vacunas:  |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| <b>3. ANTECEDENTES FAMILIARES</b>               |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| <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       |                            |  |
| <b>Observaciones:</b>                           |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| <b>4. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL</b>          |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
|   |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| <b>5. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS</b> |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| 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>  |            |                            |  |
| <b>Observaciones:</b>                           |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| <b>6. SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRÍA</b>        |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| PA  | FC  | FR                         | Temp °C     | SatO2                     | Peso Kg        | Talla m                  | IMC          |                          |            |                            |  |
|   |   |                            |             |                           |                |                          | 0.00         |                          |            |                            |  |
| <b>7. EXAMEN FÍSICO REGIONAL</b>                |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| 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> |  |
| <b>Observaciones:</b>                           |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| <b>8. DIAGNÓSTICO</b>                           |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| CIE-10  | DESCRIPCIÓN                                     |                            |             |                           |                |                          |              |                          | TIPO       |                            |  |
| T34.0   | Congelamiento con Necrosis Tisular de la Cabeza |                            |             |                           |                |                          |              |                          | Presuntivo |                            |  |
| <b>9. PLANES DE TRATAMIENTO</b>                 |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
|   |   |                            |             |                           |                |                          |              |                          |            |                            |  |
| Próxima Cita:                                   |   |                            |             |                           | Signos Alarma: |                          |              |                          |            |                            |  |