

Centro de atención

• Nombre

• Apellido

• Calle • Nro.

• Barrio

• Partido

• Localidad • Teléfono

DNI

• Fecha de nacimiento

• Nacionalidad

• Lugar de Origen

Estado civil

Soltero Separado

Unión estable Divorciado

Casado

Trabajo

Si No

Dependiente Ocasional

Cuenta propia Tipo de ocupación

Obra social

Si No

¿Cuál?

Nº

• Educación

Analfabeto

Primaria incomp.

Primaria comp.

Secundario incomp.

Secundario comp.

Terciario/univer.

• Condiciones de vida

Rancho o casilla

Vivienda móvil

Pieza de inquilinato

Lugar no apto para vivienda

3 o más pers. por cuarto

Hijo 6 a 12 años sin escolaridad

Baja capacidad subsistencia

Letrina

Cocina / calefacción

Gas natural

Agua corriente

Agua de pozo

Baño interno o descarga

Baño público

Baño afuera

Cloacas

Pozo ciego

Gas envasado

Kerosen

Electricidad

Leña o carbón

• Situación de vulnerabilidad

Maltrato familiar

Alcoholismo flia.

Adicciones flia.

Madre sola

Situación de calle

N.B.I.

• Consumo de sustancias

Tabaquismo Alcohol Drogas Actividad física Si No

¿Fuma? Desde (edad) cant.

Nunca Fumó Fumador pasivo

Dejó de fumar Fecha

¿Cuántos minutos pasan desde que se levanta hasta que prende un cigarrillo?

¿Piensa dejar de fumar?

En los próximos 6 meses

En el próximo mes

¿Cuántos días de la semana toma alcohol?

¿Cuántas unidades* de alcohol tomó en esos días?

En los últimos meses, ¿Cuántas veces tomó en un solo día más de 5 unidades de alcohol? (más de 3 si es mujer)

¿Consumió alguna vez? Si No

¿Se inyectó alguna vez? Si No

Veces por sem. ¿Cuál?

Diuresis

Catarsis

Sueño

*Unidades: cerveza (lata individual o botella pequeña/330 cc); vino (vaso de 140 cc.), licor o fernet (una medida/ 40 cc)

• Antecedentes personales

HTA

Diabetes

Enfermedad coronaria / IAM

ACV

EPOC ASMA

Alergia

Enfermedad reumática

Enf. Oncológico

TBC

VIH

Chagas

ITS

Psicopatológicos

Neumológicos

Otros

Menarca IRS

G P A C

Ritmo menstrual FUM

Fecha último PAP

MAC Si No

Dispareunia Si No

Prob. Sexuales Si No

Eyacuación precoz Si No

Disfunción eréctil Si No

• Antecedentes familiares

HTA

Cardiopatías

Diabetes

ACV

Ca. de colon

Ca. de pulmón

Ca de mama

Otra enf. Oncol.

Consumo drogas

Abuso alcohol

Depresión

Otras

madre padre herm.

Internaciones / operaciones / accidentes Si No

Indicar motivo y fecha

¿ALERGIA a medicamentos? Si No ¿Cuál?

Medicamentos (principio activo)	Presentación	Dosificación	Medicamentos (principio activo)	Presentación	Dosificación
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

Observaciones

Datos personales

Antecedentes personales

Famillograma

Médico de cabecera

• Fecha de apertura



Observaciones

