

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? Veces por sem. ¿Cuál?

Si No

¿Se inyectó alguna vez? Catarsis

Si No 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

Dispareuia Si No

Prob. Sexuales Si No

Eyacuación precoz Si No

Disfunción erectil Si No

Antecedentes familiares

	madre	padre	herm.
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ca. de colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ca. de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ca de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra enf. Oncol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Observaciones



Médico de cabecera

Fecha de apertura

• Datos personales

• Antecedentes personales

Familiograma

T.A. F.C. Peso Talla IMC. Perímetro abdominal

Examen Físico

Piel Sin lesiones significativas
 Ojos: ¿usa lentes? no si último control
 Agudeza visual OD OI
 Oídos Otoscopía normal
 Dentadura en buen estado
 Pulmones buena entrada sin ruidos agregados
 Corazón ritmo regular, sin soplos
 Abdomen blando, indoloro, sin visceromegalias
 Genitales externos normales
 Mamas sin nódulos

Hallazgos anormales

Lista de problemas

Problema	Código	Fecha inicio	Fecha resolución	Problema	Código	Fecha inicio	Fecha resolución

Cuidados preventivos

Intervención	Periodicidad / Población	Mes/año
Consejo alimentación saludable	Variable, según riesgo	
Consejo actividad física	Variable, según riesgo	
Consejo salud sexual y reproductiva	Variable, según riesgo	
Consejo anti tabáquico	Variable, según riesgo	
Consejo prevención de accidentes	Variable, según riesgo	
Vacuna doble adultos	1 dosis cada 10 años	
Vacuna hepatitis b	3 dosis (0 - 1 - 6 meses) en grupos de riesgos	
Vacuna Sarampión. Rubéola	1 dosis en personas NO inmunizadas	
Vacuna antigripal	1 dosis anual en grupos de riesgo según calendario	
Vacuna antineumocócica	1 dosis en grupos de riesgo. Evaluar revacunación	
Consej. s/consumo resp. de alcohol	Variable, según riesgo	
Examen odontológico	Anual, población general	
Agudeza visual	Anual, población general	
Tensión arterial	Variable, según el riesgo	
Índice de masa corporal (peso/talla)	Anual población general para su cálculo:	
Perímetro abdominal	Anual población general. Medición con centímetro a la altura del ombligo	
Colesterol total plasmático	Variable, según el riesgo	
Glucemia	Anual. Mayores de 45 años. Menores de 45 años IMC >29.9 y FRCV	
Riesgo cardiovascular global	Variable según riesgo. Población general mayor de 39 años sin enfermedad cardiovascular previa	
Sangre oculta en materia fecal	Anual. Mayores de 50 años	
Mamografía	Anual mujeres mayores de 50 años a 69 años	
Papanicolaou	Mujeres a partir de los 25 años, 2 controles consecutivos anuales normales, luego controles cada 3 años	

*Recomendaciones orientadas sujetas a modificaciones y actualización según guías de práctica de la autoridad sanitaria