

HISTORIA CLÍNICA

ADULTO MAYOR

Nombres y Apellidos:

.....

FECHA DE NACIMIENTO:

Comunidad :

DNI :

F.F. / H.C.

EE. SS.

Logo MINSU

Ambar Casas


Logo RED

81

NTS N° 207-MINSA/DGIESP-2023
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

ANEXO N° 2

FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LA PAM

 PERU Ministerio de Salud		1			
FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LA PAM					
FECHA <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año		HORA <input type="text"/>	N° HC <input type="text"/>		
DATOS GENERALES					
Apellidos <input type="text"/>		Nombres <input type="text"/> Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Edad: <input type="text"/>			
Lugar de Nacimiento: <input type="text"/>		F Nac: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Procedencia: <input type="text"/>		Grupo sanguíneo <input type="text"/> Rh <input type="text"/>			
Grado de instrucción: <input type="text"/>		Estado civil <input type="text"/> Ocupación <input type="text"/>			
Domicilio <input type="text"/>		Teléfono <input type="text"/>			
Familiar o cuidador responsable : <input type="text"/>					
ANTECEDENTES					
ANTECEDENTES PERSONALES					
	SI	NO			
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislipidemias (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizado el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACV (Derrame Cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervención quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Aritmia, ICC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
♀ Cáncer de cervix/mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
♂ Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Descripción de antecedentes y otros: <input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
Medicamento/s de uso frecuente					
No.	Nombre	Dosis	Observaciones		
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS					
NO		SI		Cuál?	



Lo hego
Ambar Casas

ANEXO N° 4B
VACAM CORTA

VALORACIÓN CLÍNICA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR - VACAM CORTA					
I. VALORACIÓN FUNCIONAL					
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)					
KATZ	Dependiente	Independiente	DIAGNÓSTICO FUNCIONAL		
1. Lavarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIAGNÓSTICO FUNCIONAL INDEPENDIENTE (1) DEPENDIENTE PARCIAL (2) DEPENDIENTE TOTAL (3)		
2. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Uso del Servicio higiénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Movilizarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Continencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(1) Ningún ítem positivo de dependencia (2) De 1 a 5 ítems positivo de dependencia (3) 6 ítems positivos de dependencia					
II. VALORACIÓN MENTAL					
2.1. ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer) Colocar 1 punto por cada error					
¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	<input type="checkbox"/>	VALORACIÓN COGNITIVA NORMAL <input type="checkbox"/> DC LEVE <input type="checkbox"/> DC MODERADO <input type="checkbox"/> DC SEVERO <input type="checkbox"/> Nota: Colocar un punto por cada error. Nivel educativo bajo: se admite 1 error más. Nivel educativo alto: se admite un error menos. DC = Deterioro cognitivo, E= errores. - No Deterioro Cognitivo : ≤ 2 E; - Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E; - Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E; - Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E			
¿Qué día de la semana?	<input type="checkbox"/>				
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	<input type="checkbox"/>				
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	<input type="checkbox"/>				
¿Cuántos años tiene?	<input type="checkbox"/>				
¿Dónde nació?	<input type="checkbox"/>				
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	<input type="checkbox"/>				
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	<input type="checkbox"/>				
Dígame el primer apellido de su madre.	<input type="checkbox"/>				
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	<input type="checkbox"/>				
2.2. ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)					
¿Está satisfecho con su vida?	NO <input type="checkbox"/>	Colocar una marca (X), si corresponde	SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca) <input type="checkbox"/>		
¿Se siente impotente o indefenso?	SI <input type="checkbox"/>				
¿Tiene problemas de memoria?	SI <input type="checkbox"/>				
¿Siente desánimo o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI <input type="checkbox"/>		CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 o más marcas) <input type="checkbox"/>		
III. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL					
PESO:	TALLA:	IMC:			
ESTADO NUTRICIONAL	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)				
Adelgazado	Menor de 23	<input type="checkbox"/>			
Normal	23.1 a 27.9	<input type="checkbox"/>			
Sobrepeso	28 a 31.9	<input type="checkbox"/>			
Obeso	32 o más	<input type="checkbox"/>			
IV. VALORACIÓN DE FRAGILIDAD					
ESCALA DE FRAIL					
¿Está usted cansado?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PRE FRÁGIL (1 a 2 Respuestas positivas) <input type="checkbox"/>		
¿Es incapaz de subir un piso de escaleras?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
¿Es incapaz de caminar una manzana?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
¿Tiene más de cinco enfermedades?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FRÁGIL (3 a mas Respuestas positivas) <input type="checkbox"/>		
¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			

V
A
C
A
M

C
O
R
T
A



Ambus Cerus
20 hojas

III. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>1. SITUACIÓN FAMILIAR</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Vive con familia, sin conflicto familiar</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Vive con cónyuge de similar edad</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)</td> </tr> </table>	Pts	1. SITUACIÓN FAMILIAR	1	Vive con familia, sin conflicto familiar	2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	3	Vive con cónyuge de similar edad	4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>2. SITUACIÓN ECONÓMICA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Dos veces el salario mínimo vital</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Un salario mínimo vital</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Ingreso irregular (menos del mínimo vital)</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Sin pensión, sin otros ingresos</td> </tr> </table>	Pts	2. SITUACIÓN ECONÓMICA	1	Dos veces el salario mínimo vital	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales	3	Un salario mínimo vital	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)	5	Sin pensión, sin otros ingresos
Pts	1. SITUACIÓN FAMILIAR																								
1	Vive con familia, sin conflicto familiar																								
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica																								
3	Vive con cónyuge de similar edad																								
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima																								
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)																								
Pts	2. SITUACIÓN ECONÓMICA																								
1	Dos veces el salario mínimo vital																								
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales																								
3	Un salario mínimo vital																								
4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)																								
5	Sin pensión, sin otros ingresos																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>3. VIVIENDA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Adecuada a las necesidades</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Vivienda semi construida o de material rústico</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda</td> </tr> </table>	Pts	3. VIVIENDA	1	Adecuada a las necesidades	2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)	3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	4	Vivienda semi construida o de material rústico	5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>4. RELACIONES SOCIALES</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Mantiene relaciones sociales en la comunidad</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Relación social sólo con familia y vecinos</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Relación social solo con la familia</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>No sale del domicilio pero recibe visitas de familia</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>No sale del domicilio y no recibe visitas</td> </tr> </table>	Pts	4. RELACIONES SOCIALES	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad	2	Relación social sólo con familia y vecinos	3	Relación social solo con la familia	4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia	5	No sale del domicilio y no recibe visitas
Pts	3. VIVIENDA																								
1	Adecuada a las necesidades																								
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)																								
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).																								
4	Vivienda semi construida o de material rústico																								
5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda																								
Pts	4. RELACIONES SOCIALES																								
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad																								
2	Relación social sólo con familia y vecinos																								
3	Relación social solo con la familia																								
4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia																								
5	No sale del domicilio y no recibe visitas																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>No necesita apoyo</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Requiere apoyo familiar o vecinal</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>No cuenta con Seguro Social</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Situación de abandono familiar</td> </tr> </table>	Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)	1	No necesita apoyo	2	Requiere apoyo familiar o vecinal	3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social	4	No cuenta con Seguro Social	5	Situación de abandono familiar	<div style="text-align: center;"> VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Buena/aceptable situación social <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px; margin-top: 5px;"></div> Existe riesgo social <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px; margin-top: 5px;"></div> Existe problema social </div> <p>5 a 9 pts : Buena/aceptable situación social, 10 a 14 pts : Existe riesgo social, ≥15 pts : Existe problema social</p> </div>												
Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)																								
1	No necesita apoyo																								
2	Requiere apoyo familiar o vecinal																								
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social																								
4	No cuenta con Seguro Social																								
5	Situación de abandono familiar																								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> APELLIDOS Y NOMBRES: N° HC </div>																									

III. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>1. SITUACIÓN FAMILIAR</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Vive con familia, sin conflicto familiar</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Vive con cónyuge de similar edad</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)</td> </tr> </table>	Pts	1. SITUACIÓN FAMILIAR	1	Vive con familia, sin conflicto familiar	2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	3	Vive con cónyuge de similar edad	4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>2. SITUACIÓN ECONÓMICA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Dos veces el salario mínimo vital</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Un salario mínimo vital</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Ingreso irregular (menos del mínimo vital)</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Sin pensión, sin otros ingresos</td> </tr> </table>	Pts	2. SITUACIÓN ECONÓMICA	1	Dos veces el salario mínimo vital	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales	3	Un salario mínimo vital	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)	5	Sin pensión, sin otros ingresos
Pts	1. SITUACIÓN FAMILIAR																								
1	Vive con familia, sin conflicto familiar																								
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica																								
3	Vive con cónyuge de similar edad																								
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima																								
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)																								
Pts	2. SITUACIÓN ECONÓMICA																								
1	Dos veces el salario mínimo vital																								
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales																								
3	Un salario mínimo vital																								
4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)																								
5	Sin pensión, sin otros ingresos																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>3. VIVIENDA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Adecuada a las necesidades</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Vivienda semi construida o de material rústico</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda</td> </tr> </table>	Pts	3. VIVIENDA	1	Adecuada a las necesidades	2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)	3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	4	Vivienda semi construida o de material rústico	5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>4. RELACIONES SOCIALES</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Mantiene relaciones sociales en la comunidad</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Relación social sólo con familia y vecinos</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Relación social solo con la familia</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>No sale del domicilio pero recibe visitas de familia</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>No sale del domicilio y no recibe visitas</td> </tr> </table>	Pts	4. RELACIONES SOCIALES	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad	2	Relación social sólo con familia y vecinos	3	Relación social solo con la familia	4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia	5	No sale del domicilio y no recibe visitas
Pts	3. VIVIENDA																								
1	Adecuada a las necesidades																								
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)																								
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).																								
4	Vivienda semi construida o de material rústico																								
5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda																								
Pts	4. RELACIONES SOCIALES																								
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad																								
2	Relación social sólo con familia y vecinos																								
3	Relación social solo con la familia																								
4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia																								
5	No sale del domicilio y no recibe visitas																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>No necesita apoyo</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Requiere apoyo familiar o vecinal</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>No cuenta con Seguro Social</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Situación de abandono familiar</td> </tr> </table>	Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)	1	No necesita apoyo	2	Requiere apoyo familiar o vecinal	3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social	4	No cuenta con Seguro Social	5	Situación de abandono familiar	<div style="text-align: center;"> VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> Buena/aceptable situación social <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px; margin-top: 5px;"></div> Existe riesgo social <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px; margin-top: 5px;"></div> Existe problema social </div> <p>5 a 9 pts : Buena/aceptable situación social, 10 a 14 pts : Existe riesgo social, ≥15 pts : Existe problema social</p> </div>												
Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)																								
1	No necesita apoyo																								
2	Requiere apoyo familiar o vecinal																								
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social																								
4	No cuenta con Seguro Social																								
5	Situación de abandono familiar																								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> APELLIDOS Y NOMBRES: N° HC </div>																									

10 hijos
Ambas Caras



78

Nombres y Apellidos:..... Fecha de Nac.:...../...../..... D.N.I.:.....

Edad:..... Dirección:..... Procedencia:.....

Ocupación:..... Nº SIS:

1). MOTIVO DE CONSULTA:

2). ANTECEDENTES

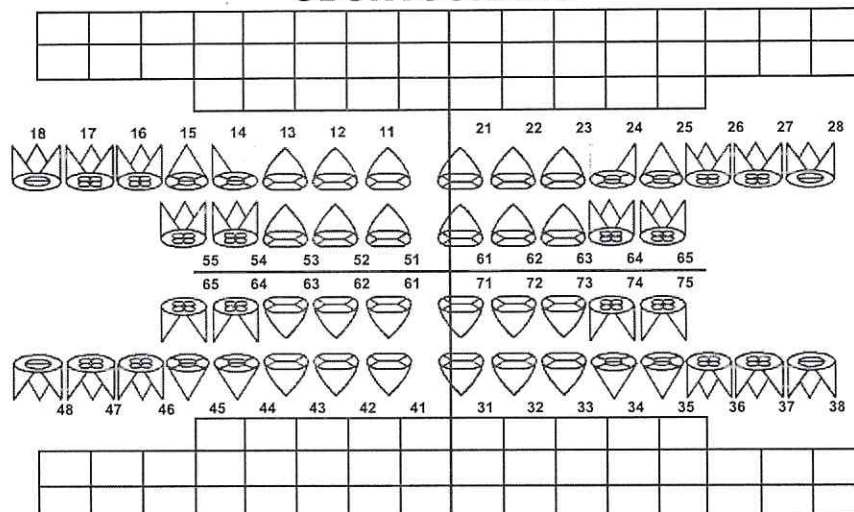
ANTECEDENTES GENERALES	NO	SI	A CUAL POR QUÉ
Complicaciones con Anestesia (general o local)			
Hemorragia por discrasias sanguíneas (púrpura)			
Hemorragia por hemofilia			
Hepatitis			
Portador de VIH - SIDA			
ETS (Sífilis, Gonorrea)			
Tuberculosis			
Diabetes			
Enfermedades Cardiovasculares			
Enfermedad Renal			
Otros			

SIMBOLOGIA		
ROJO		Caries
AZUL		Obturadas
ROJO	x	Por extraer
AZUL	x	Extraídas
AZUL	/	No Erupcionada
AZUL		Prótesis
	D	Fractura Denta

ANTECEDENTES ESTOMATOLÓGICOS

Ultima vez que visitó al odontólogo	< 3 meses		3 a 6 meses		6 meses		Otros	
Tipo de tratamiento recibido	Exodoncia		Oclusión		Prevención		Otros	
Experiencia dental anterior	Agradable		Desagradable		Indiferente		Otros	
Habitos	Succión de Leche		Fech na Dentes		Muerde Labio		Otros	

ODONTOGRAMA



IHOS / CODIGO: 1,2,3						TOTAL	Fecha	CPDO	ceod	Riesgo Estomatológico	Consumo de Azúcares	Cepillado
1.6	1.1	2.6	3.6	3.1	4.6	1º control		C	c			1 x día
								P	e	Bajo	2 x día	2 x día
1.6	1.1	2.6	3.6	3.1	4.6	2º control		O	o	Moderado	4 x día	3, 4 x día
								Total	Total	Alto	Total	Total

EXAMEN CLÍNICO

EXTRAORAL	ALTERADO	INTRAORAL	NORMAL	ALTERADO
Cráneo		Surco Vestibular		
Facie		Paladar duro		
ATM		Paladar blando		
Apertura bucal		Úvula		
Cuello		Amígdalas		
Ganglios		Reborde Alveolar		
Labios		Lengua		
		Piso de Boca		
		Oclusión		
		Dientes		
		Encías		
		Mucosas		

RMO	
RMI	
RCO	
PCI	
Oberbyte	
Overjet	
Linea Media	
Diastemas	

ES AUXILIARES:

Laboratorio RX.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

PLAN DE TRATAMIENTO:

47

NTS N° 207 -Minsa/DGIESP-2023

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

3									
FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LA PAM									
CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO									
CADA CONSULTA		FECHA:						Comentario	
Fiebre en los últimos 15 días									
Tos por más de 15 días									
PERIÓDICAMENTE (Anual)		FECHA:						Comentario	
Vacunas:									
Difteria/tétanos dT									
Antinfluenza (anual)									
Antineumocócica									
otras vacunas									
Hábitos y Estilos de Vida									
(Colocar Sí o No)									
Consumo de alcohol									
Consumo de tabaco									
Actividad Física									
Salud Ocular									
Colocar Sí o No									
Salud bucal:									
(Colocar Sí o No)									
C Evaluación oral en el último año									
Otros exámenes:									
♀	Mamas								
♀	Pélvico y PAP (c/año, c/3 años)								
♀	Mamografía (c/ 2 años)								
♂	Evaluación de Próstata (tacto rectal) y/o PSA								
♂♀	Densitometría								
Laboratorio: Hemograma completo									
Básico: Glucosa									
Urea									
Creatinina									
Colesterol									
Triglicéridos									
Examen de orina									
Síndromes y Problemas Geriátricos (Colocar Sí o NO)						Comentario			
Vértigo-mareo									
Delirio									
Síncope									
Dolor crónico									
Deterioro cognitivo									
Fragilidad									
Deprivación Auditiva									
Deprivación Visual									
Insomnio									
Incontinencia urinaria									
Prostatismo (síntomas prostáticos)									
Estreñimiento									
Úlceras de presión									
Riesgo nutricional									
Dis movilidad									
Trastorno del ánimo									
Polifarmacia									
Trastorno de la Marcha y Equilibrio									
Caídas:									
Caídas en el último año									
Caídas (Número de caídas: _____)									
Fracturas									
APELLIDOS Y NOMBRE:							N° HC		
FORMATO 4									



10 hojas ambas caras

76

NTS N° 207 -Minsa/DGIESP-2023
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

COMORBILIDADES				
	SI	NO		
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Dislipidemias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervención Quirúrgica	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes	<input type="checkbox"/>
ACV (Derrame Cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fractura de cadera	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
♀ Cáncer de cervix / histero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
♂ Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Descripción de antecedentes y otros: _____				

PRINCIPALES SÍNDROMES Y PROBLEMAS GERIÁTRICOS				
	SI	NO		
Deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deprivación Neurosensorial	
Caidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auditiva <input type="checkbox"/>	
Dismovilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visual <input type="checkbox"/>	
Fragilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de la Marcha	<input type="checkbox"/>
Delirio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malnutrición	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinencia Urinaria	<input type="checkbox"/>
Trastorno del ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera por Decúbito	<input type="checkbox"/>
Polifarmacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>

V
A
C
A
M


C
O
R
T
A



no hay ambas cosas

46

NTS N° 207 -MINSA/DGIESP-2023
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

	PERU Ministerio de Salud	FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LA PAM	4
CONSULTA			
ENFERMEDAD ACTUAL			
Fecha:		Edad:	
Motivo de consulta:		Tiempo de Enfermedad:	
Apetito:		Estado de ánimo:	
Orina:		Pérdida de peso:	
Ex. Físico	Tº:	IP A:	FC:
			FR:
		Peso:	Talla:
			IMC:
Piel:			
TCSC: Edemas		Estado de los pies (pulsos pedios):	
Cabeza y Cuello:			
Cavidad oral:			
Tórax y Pulmónes:			
Aparato Cardiovascular:			
Abdomen:			
Aparato Génitourinario:		Tacto Rectal:	
Sistema Nervioso:			
Aparato Locomotor:			
DIAGNOSTICOS:			
I. FUNCIONAL : Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente Parcial <input type="checkbox"/> Dependiente Total <input type="checkbox"/>			
II. MENTAL			
2.1 Estado Cognitivo Normal <input type="checkbox"/> DC Leve <input type="checkbox"/> DC Moderado <input type="checkbox"/> DC Severo <input type="checkbox"/>			
2.2 Estado Afectivo Sin manifestaciones Depresivas <input type="checkbox"/> Con manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/>			
III. SOCIO-FAMILIAR : Buena <input type="checkbox"/> Riesgo social <input type="checkbox"/> Problema Social <input type="checkbox"/>			
IV. FÍSICO : 1.- 2.- 3.- 4.-			
CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR:			
(Al final de la primera consulta)			
INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		DEPENDIENTE TOTAL <input type="checkbox"/>	
DEPENDIENTE PARCIAL <input type="checkbox"/>			
TRATAMIENTO		Exámenes auxiliares	
		Referencia (Lugar y motivo):	
Próxima Cita:		Firma y Sello:	
Atendido por:		(Colegio prof.)	
Observación:			
APELLIDOS Y NOMBRES:			N° HC



90 hojas ambas caras



PERÚ

Ministerio
de SaludEstrategia de
Salud Ocular

E.E.S.S.: _____

PACIENTE N°: _____

FECHA: ____/____/____

HOJA DE EVALUACIÓN DE PROCEDIMIENTOS OFTALMOLÓGICOS

DATOS DEL PACIENTE

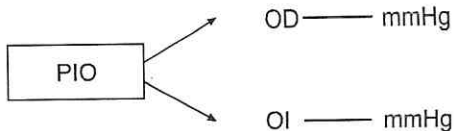
NOMBRES Y APELLIDOS: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____

1.- AGUDEZA VISUAL

OJO	S/C	C/C	AE
O.D.			
O.I.			

2.- TONOMETRIA

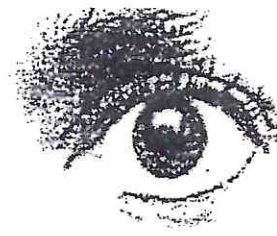
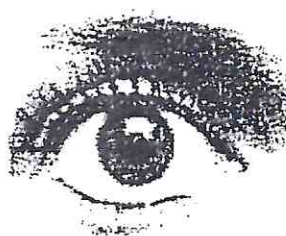


3.- EXAMEN OCULAR EXTERNO: (señale y describa si encuentra alguna alteración)

N°		OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
01	PÁRPADOS		
02	PESTAÑAS		
03	CONJUNTIVA		
04	CÓRNEA		
05	ESCLERÓTICA		
06	IRIS		
07	PUPILA		

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO



4.- REFLEJO ROJO: _____ REFLEJO LUMINOSO CORNEAL: _____

5.- DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

--

6.- PLAN DE TRABAJO:

--

7.- DATOS DEL PARTICIPANTE:

NOMBRES Y APELLIDOS:

--



E.E.S.S.: _____

PACIENTE N°: _____

FECHA: ____/____/____

HOJA DE EVALUACIÓN DE PROCEDIMIENTOS OFTALMOLÓGICOS

DATOS DEL PACIENTE

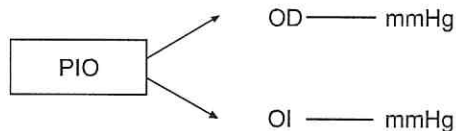
NOMBRES Y APELLIDOS: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____

1.- AGUDEZA VISUAL

OJO	S/C	C/C	AE
O.D.			
O.I.			

2.- TONOMETRIA



3.- EXAMEN OCULAR EXTERNO: (señale y describa si encuentra alguna alteración)

N°		OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
01	PÁRPADOS		
02	PESTAÑAS		
03	CONJUNTIVA		
04	CÓRNEA		
05	ESCLERÓTICA		
06	IRIS		
07	PUPILA		

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO



4.- REFLEJO ROJO: _____ REFLEJO LUMINOSO CORNEAL: _____

5.- DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

--

6.- PLAN DE TRABAJO:

--

7.- DATOS DEL PARTICIPANTE:

NOMBRES Y APELLIDOS:

--

Ficha de Tamizaje – Violencia Familiar y Maltrato Infantil

FECHA:
 DISA: ESTABLECIMIENTO: H.CL:
 SERVICIO: EMERGENCIA: ☐ PEDIATRIA: ☐ CRED: ☐ OTROS:
 NOMBRE DEL USUARIO: GRAD. INST:
 EDAD: SEXO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐

Lea al paciente:		
Debido a que la Violencia Familiar es dañina para Salud de las personas, en todos los programas estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:		
Pregunte:		
Si es adulto (a):	¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Quién?..... ¿Desde cuándo?.....
Si es padre o madre de familia:	¿Su hijo es muy desobediente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Marque con una (X), todos los indicadores de maltrato que observe:		
Físico <input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables <input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras <input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables, marca de mordeduras. <input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, otros. <input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc. <input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: Cefalea, problemas de sueño. <input type="checkbox"/> Problemas con apetito Enuresis, (niños). Psicológico <input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo. <input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.	<input type="checkbox"/> Retraimiento <input type="checkbox"/> Llanto frecuente <input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar sobresalir <input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención <input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños <input type="checkbox"/> Tartamudo <input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar <input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad <input type="checkbox"/> Ausentismo escolar <input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico <input type="checkbox"/> Aislamiento de personas <input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, alnalg	Sexuales <input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños) <input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital <input type="checkbox"/> Embarazo precoz <input type="checkbox"/> Abortos o amenaza <input type="checkbox"/> Enferm. de trans. Sexual Negligencia <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud <input type="checkbox"/> Accident. o enf. muy frecuente <input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aliño <input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo <input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre, etc.
FECHA: DERIVADO POR: FIRMA: NOMBRE DEL PROF. QUE ATENDIO EL CASO: N° DE COLEGIATURA:		

10 hojas ambas caras



CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS S.R.Q. 18

Entrevistador: N° CEL.:

Establecimiento:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente:

Fecha de Nacimiento:/...../..... Edad: Sexo: M ☐ F ☐

Dirección: D.N.I. N°:

Motivo de Consulta:

1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	SI	NO
2. ¿Tiene mal apetito?	SI	NO
3. ¿Duerme mal?	SI	NO
4. ¿Se asusta con facilidad?	SI	NO
5. ¿Sufre de temblor de manos?	SI	NO
6. ¿Se siente nervioso y tenso?	SI	NO
7. ¿Sufre de mala digestión?	SI	NO
8. ¿Es incapaz de pensar con claridad?	SI	NO
9. ¿Se siente triste?	SI	NO
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?	SI	NO
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	SI	NO
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?	SI	NO
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	SI	NO
15. ¿Ha perdido interés en las Cosas?	SI	NO
16. ¿Se siente aburrido?	SI	NO
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	SI	NO
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	SI	NO
PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1 - 18:		

10 logs

GUÍA PRACTICA CLÍNICA EN DEPRESIÓN

19. ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirle en alguna forma?	SI	NO
20. ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?	SI	NO
21. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento?	SI	NO
22. ¿Oye Voces sin saber de donde vienen, o que otras personas no pueden oír?	SI	NO
23. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimiento de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	SI	NO
24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico a su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado?	SI	NO
25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?	SI	NO
26. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?	SI	NO
27. ¿Ha estado en riñas o le han detenido estando borracho?	SI	NO
28. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?	SI	NO

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN

El cuestionario tiene varias partes. Las primeras 18 preguntas se refiere a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros, nueve o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental y por lo tanto se le considera un caso.

Las preguntas 19 al 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determinan un caso.

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 al 28 indican problemas relacionados con el consumo de alcohol; la respuesta positiva a una de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un caso.

ANEXO 2

VALORES CONTENIDOS EN EL ENCABECERIO DE LA TABLA DE VALORACIÓN
NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES

Puntaje MINI IMC Talla (m)	CLASIFICACIÓN									
	PESO (kg)									
	Delgadez					Normal		Sobrepeso		Obesidad
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	< 19	>= 19	< 21	>= 21	23	> 23 *	< 28	>= 28	< 32	>= 32
1,30	32,0	32,1	35,3	35,4	38,9	38,9	47,2	47,3	53,9	54,0
1,31	32,5	32,6	35,9	36,0	39,4	39,5	47,9	48,0	54,8	54,9
1,32	33,0	33,1	36,4	36,5	40,0	40,1	48,6	48,7	55,6	55,7
1,33	33,5	33,6	37,0	37,1	40,6	40,7	49,4	49,5	56,5	56,6
1,34	34,0	34,1	37,6	37,7	41,2	41,3	50,1	50,2	57,3	57,4
1,35	34,5	34,6	38,1	38,2	41,9	42,0	50,9	51,0	58,2	58,3
1,36	35,0	35,1	38,7	38,8	42,5	42,6	51,6	51,7	59,0	59,1
1,37	35,5	35,6	39,3	39,4	43,1	43,2	52,4	52,5	59,9	60,0
1,38	36,0	36,1	39,8	39,9	43,8	43,9	53,2	53,3	60,8	60,9
1,39	36,6	36,7	40,4	40,5	44,4	44,5	53,9	54,0	61,7	61,8
1,40	37,1	37,2	41,0	41,1	45,0	45,1	54,7	54,8	62,6	62,7
1,41	37,6	37,7	41,6	41,7	45,7	45,8	55,5	55,6	63,5	63,6
1,42	38,2	38,3	42,2	42,3	46,4	46,4	56,3	56,4	64,4	64,5
1,43	38,7	38,8	42,8	42,9	47,0	47,1	57,1	57,2	65,3	65,4
1,44	39,2	39,3	43,4	43,5	47,6	47,7	57,9	58,0	66,2	66,3
1,45	39,8	39,9	44,0	44,1	48,3	48,4	58,7	58,8	67,1	67,2
1,46	40,4	40,5	44,6	44,7	49,0	49,1	59,5	59,6	68,1	68,2
1,47	40,9	41,0	45,2	45,3	49,7	49,8	60,4	60,5	69,0	69,1
1,48	41,5	41,6	45,8	45,9	50,3	50,4	61,2	61,3	69,9	70,0
1,49	42,0	42,1	46,5	46,6	51,0	51,1	62,0	62,1	70,9	71,0
1,50	42,6	42,7	47,1	47,2	51,7	51,8	62,9	63,0	71,9	72,0
1,51	43,2	43,3	47,7	47,8	52,4	52,5	63,7	63,8	72,8	72,9
1,52	43,7	43,8	48,4	48,5	53,1	53,2	64,5	64,6	73,8	73,9
1,53	44,3	44,4	49,0	49,1	53,8	53,9	65,4	65,5	74,8	74,9
1,54	44,9	45,0	49,7	49,8	54,5	54,6	66,3	66,4	75,7	75,8
1,55	45,5	45,6	50,3	50,4	55,2	55,3	67,1	67,2	76,7	76,8
1,56	46,1	46,2	51,0	51,1	55,9	56,0	68,0	68,1	77,7	77,8
1,57	46,7	46,8	51,6	51,7	56,6	56,7	68,9	69,0	78,7	78,8
1,58	47,3	47,4	52,3	52,4	57,4	57,5	69,7	69,8	79,7	79,8
1,59	47,9	48,0	52,9	53,0	58,1	58,2	70,6	70,7	80,7	80,8
1,60	48,5	48,6	53,6	53,7	58,8	58,9	71,5	71,6	81,8	81,9
1,61	49,1	49,2	54,3	54,4	59,6	59,7	72,4	72,5	82,8	82,9
1,62	49,7	49,8	55,0	55,1	60,3	60,4	73,3	73,4	83,8	83,9
1,63	50,3	50,4	55,6	55,7	61,1	61,2	74,2	74,3	84,9	85,0
1,64	51,0	51,1	56,3	56,4	61,8	61,9	75,2	75,3	85,9	86,0
1,65	51,6	51,7	57,0	57,1	62,6	62,7	76,1	76,2	87,0	87,1
1,66	52,2	52,3	57,7	57,8	63,3	63,4	77,0	77,1	88,0	88,1
1,67	52,8	52,9	58,4	58,5	64,1	64,2	77,9	78,0	89,1	89,2
1,68	53,5	53,6	59,1	59,2	64,9	65,0	78,9	79,0	90,2	90,3
1,69	54,1	54,2	59,8	59,9	65,6	65,7	79,8	79,9	91,2	91,3
1,70	54,8	54,9	60,5	60,6	66,4	66,5	80,8	80,9	92,3	92,4
1,71	55,4	55,5	61,3	61,4	67,2	67,3	81,7	81,8	93,4	93,5
1,72	56,1	56,2	62,0	62,1	68,0	68,1	82,7	82,8	94,5	94,6
1,73	56,7	56,8	62,7	62,8	68,8	68,9	83,7	83,8	95,6	95,7
1,74	57,4	57,5	63,4	63,5	69,6	69,7	84,6	84,7	96,7	96,8
1,75	58,0	58,1	64,2	64,3	70,4	70,5	85,6	85,7	97,9	98,0
1,76	58,7	58,8	64,9	65,0	71,2	71,3	86,6	86,7	99,0	99,1
1,77	59,4	59,5	65,6	65,7	72,0	72,1	87,6	87,7	100,1	100,2
1,78	60,0	60,1	66,4	66,5	72,8	72,9	88,6	88,7	101,2	101,3
1,79	60,7	60,8	67,1	67,2	73,6	73,7	89,6	89,7	102,4	102,5
1,80	61,4	61,5	67,9	68,0	74,5	74,6	90,6	90,7	103,5	103,6
1,81	62,1	62,2	68,6	68,7	75,3	75,4	91,6	91,7	104,7	104,8
1,82	62,8	62,9	69,4	69,5	76,1	76,2	92,6	92,7	105,8	105,9
1,83	63,5	63,6	70,2	70,3	77,0	77,1	93,6	93,7	107,0	107,1
1,84	64,2	64,3	70,9	71,0	77,8	77,9	94,6	94,7	108,2	108,3
1,85	64,9	65,0	71,7	71,8	78,7	78,8	95,7	95,8	109,4	109,5

<: menor >: mayor ≥: mayor o igual

Valores de peso considerados con el primer decimal (sin redondear)

* >23: Valores de peso con el primer decimal correspondiente al IMC 23 + 0,1

1 hoja

RESULTADOS DE LABORATORIO

PEGAR AQUI

3 hojas ambas caras

EDAD _____ FECHA _____

FECHA:

ODONTOGRAMA

[illegible]

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

[illegible][illegible]

Especificaciones: _____

Observaciones: _____