

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL CURSO DE VIDA ADULTO

1

Fecha:				Fecha:							
Seguro				SIS							
Otro				No Seguro							
DATOS GENERALES											
Nombres y apellidos:				Sexo: (F) (M)		Edad:					
Lugar de nacimiento:				Procedencia:							
G° de instrucción:		Fecha de nacimiento:		Gr. Sanguíneo:							
Ocupación:		Estado Civil:		Religión:							
Acompañante o Apoderado:		Edad:		DNI.:							
Dirección:				Teléfono:							
ANTECEDENTES											
PERSONALES	SI	NO	LGN.	PERSONALES	SI	NO	LGN.	FAMILIARES	SI	NO	LGN.
Tuberculosis				Consumo de tabaco				Tuberculosis			
Inf. de Transmisión Sexual				Consumo de alcohol				VIH/SIDA			
VIH-SIDA				Consumo de drogas				ITS			
Hepatitis				Hospitalización				Hepatitis			
Diabetes Mellitus				Interv. Quirúrgica				Diabetes Mellitus			
HTA				Transfusiones				HTA			
Sobrepeso				Cáncer				Infarto			
Infarto cardíaco				Cáncer de cérvix / mama				Cáncer			
Dislipidemia (colesterol)				Patología prostática				Depresión			
Enf. Renal				Discapacidad				Prob. Psiquiátricos			
Glaucoma				Riesgo ocupacional				Otros:			
Convulsiones				Violencia familiar							
Depresión				Violencia política							
Esquizofrenia				Otros:							
Otros:											
Descripción de los antecedentes y otros											
Reacción alérgica a medicamentos				Si	No						
Medicamento de Uso Frecuente				Si	No	(dosis, tiempo de uso u otra observación)					
Sexualidad		Edad de la primera relación sexual:			Número de parejas sexuales últimos 3 meses						
		Hijos vivos			RS. con personas del mismo sexo:						
Menarquia		Fecha de última regla:			R/C:						
Flujo vaginal patológico		(Si) (No)			Dismenorrea			(Si) (No)			
Embarazo		Parto		Prematuro		Aborto					
	N°	AÑO	CPN	Complicación	Parto	Peso RN	Puerperio				
Gestación											
Gestación											
Gestación											
Gestación											
Gestación											
Nombres y Apellidos del paciente:											
N° H.CL.:											

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL CURSO DE VIDA ADULTO

2

LISTA DE PROBLEMAS

Nº	PROBLEMAS CRÓNICOS	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA

PLAN DE CUIDADO INTEGRAL

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1	VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL					
2	TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR					
3	EVALUACIÓN ORAL					
4	DETERMINACIÓN DE AGUDEZA VISUAL					
5	TAMIZAJE DE HEPATITIS B					
6	TAMIZAJE DE VIH					
7	CONSEJERÍA INTEGRAL					
8	VISITA FAMILIAR INTEGRAL					
9	INMUNIZACIONES					
10	OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS					
11	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS					
12	TEMAS EDUCATIVOS					

Nombres y Apellidos del paciente:

Nº H.CL.:

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL CURSO DE VIDA ADULTO

3

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO - MUJERES

Nota: Se puede colocar Sí o Check, NO o Aspa, n(normal) o an(anormal) o valores

CADA CONSULTA (Fecha)							COMENTARIOS
Fiebre en los últimos 15 días							
Tos más de 15 días / Baciloscopia							
Secreción o lesión en los genitales							
Fecha de última regla							
PERIODICAMENTE (Fecha)							COMENTARIOS
Físico: I.M.C. / P. Ab.							
Presión arterial							
Vacuna Antitetánica (3 dosis)							
Vacuna Antihepatitis B							
Vacuna Sarampión y rubiola							
Vacuna Antiamarilla (zona de riesgo)							
Vacuna Influenza							
Vacuna contra la Covid-19							
Examen Bucal							
Caries dental							
Gingivitis							
Caries dental							
Edentulo total o parcial							
Portador de prótesis dental							
Urgencia de Tratamiento							
Examen: Visual (>40 años)							
Colesterol (>40 años)							
Glucosa							
Mamas							
Pélvico y PAP (c/año, c/ 1-2 años)							
Mamografía (>50a, c/2 años)							
Tamizaje Colon - Recto							
Psicosocial: Ansiedad							
Violencia Familiar							
Violencia Política							
Hábitos: Actividad Física							
Uso de Alcohol							
Uso de Tabaco							
Uso de otras drogas							
Sexualidad: Actividad Sexual							
Planificación familiar							
Nombres y Apellidos del paciente:							Nº H.CL.:

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL CURSO DE VIDA ADULTO

4

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO - VARON

Nota: Se puede colocar Sí o Check, NO o Aspa, n(normal) o an(anormal) o valores

CADA CONSULTA (Fecha)								COMENTARIOS
Fiebre en los últimos 15 días								
Tos más de 15 días / Baciloscopia								
Secreción o lesión en los genitales								
PERIODICAMENTE (Fecha)								COMENTARIOS
Físico:								
Índice de masa corporal / P. Ab.								
Presión Arterial								
Vacuna Antitetánica (3 dosis)								
Vacuna Antihepatitis B								
Vacuna Sarampión y rubiola								
Vacuna Antiamarilla (zona de riesgo)								
Vacuna Influenza								
Vacuna contra la Covid-19								
Examen Bucal								
Caries dental								
Gingivitis								
Caries dental								
Edentulo total o parcial								
Portador de prótesis dental								
Urgencia de Tratamiento								
Examen:								
Visual								
Colesterol (>40 años)								
Glucosa								
Próstata								
Tamizaje de Colon - Recto								
Psicosocial: Ansiedad								
Violencia Familiar								
Violencia Política								
Hábitos: Actividad Física								
Uso de Alcohol								
Uso de Tabaco								
Uso de otras drogas								
Sexualidad: Actividad Sexual								
Planificación familiar								
Nombres y Apellidos del paciente:								Nº H.CL.:

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL

CONSULTA

5

FECHA: HORA:

Edad:

Motivo de consulta:

Tiempo de Enfermedad: (Relato Cronológico)

Antecedentes (Fisiológicos, Patológicos)

Apetito: Sed: Sueño: Estado de Ánimo:

Orina: Depositiones:

Ex. Físico Tº: PA: FC: FR: Peso: Talla: IMC: P. Ab:

- General

- Regional dirigido

DIAGNÓSTICO P D CIE-10 TRATAMIENTO:

Exámenes auxiliares:

Referencia (lugar y motivo):

Próxima Cita:
Atendido por:

Firma y Sello:
(Colegio prof.)

Observación:

CONSULTA

FECHA: HORA:

Edad:

Motivo de consulta:

Tiempo de Enfermedad:

Apetito: Sed: Sueño: Estado de Ánimo:

Orina: Depositiones:

Ex. Físico Tº: PA: FC: FR: Peso: Talla: IMC: P. Ab:

DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO:

Exámenes auxiliares:

Referencia (lugar y motivo):

Próxima Cita:
Atendido por:

Firma y Sello:
(Colegio prof.)

Observación:

Nombres y Apellidos:

Nº H.C.:

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL

CONSULTA

6

FECHA: HORA:

Edad:

Motivo de consulta:

Tiempo de Enfermedad:

Apetito: Sed: Sueño: Estado de Ánimo:

Orina: Deposiciones:

Ex. Físico T°: PA: FC: FR: Peso: Talla: IMC: P. Ab:

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO:

Exámenes auxiliares:

Referencia (lugar y motivo):

Próxima Cita:

Atendido por:

Observación:

Firma y Sello:

(Colegio prof.)

CONSULTA

FECHA: HORA:

Edad:

Motivo de consulta:

Tiempo de Enfermedad:

Apetito: Sed: Sueño: Estado de Ánimo:

Orina: Deposiciones:

Ex. Físico T°: PA: FC: FR: Peso: Talla: IMC: P. Ab:

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO:

Exámenes auxiliares:

Referencia (lugar y motivo):

Próxima Cita:

Atendido por:

Observación:

Firma y Sello:

(Colegio prof.)

Nombres y Apellidos:

N° H.C.:

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL

CONSULTA

7

FECHA: HORA:

Edad:

Motivo de consulta:

Tiempo de Enfermedad:

Apetito: Sed: Sueño: Estado de Ánimo:

Orina: Depositiones:

Ex. Físico T°: PA: FC: FR: Peso: Talla: IMC: P. Ab:

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO:

Exámenes auxiliares:

Referencia (lugar y motivo):

Próxima Cita:

Atendido por:

Firma y Sello:

(Colegio prof.)

Observación:

CONSULTA

FECHA: HORA:

Edad:

Motivo de consulta:

Tiempo de Enfermedad:

Apetito: Sed: Sueño: Estado de Ánimo:

Orina: Depositiones:

Ex. Físico T°: PA: FC: FR: Peso: Talla: IMC: P. Ab:

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO:

Exámenes auxiliares:

Referencia (lugar y motivo):

Próxima Cita:

Atendido por:

Firma y Sello:

(Colegio prof.)

Observación:

Nombres y Apellidos:

N° H.C.:

CONSULTA								8
FECHA:		HORA:		Edad:				
Motivo de consulta:								
Tiempo de Enfermedad:								
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de Ánimo:		
Orina:		Deposiciones:						
Ex. Físico	Tº:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:	
							P. Ab:	
DIAGNÓSTICO				TRATAMIENTO:				
				Exámenes auxiliares:				
				Referencia (lugar y motivo):				
Próxima Cita:				Firma y Sello:				
Atendido por:				(Colegio prof.)				
Observación:								

CONSULTA									
FECHA:		HORA:		Edad:					
Motivo de consulta:									
Tiempo de Enfermedad:									
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de Ánimo:			
Orina:		Deposiciones:							
Ex. Físico	Tº:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:	P. Ab:	
DIAGNÓSTICO					TRATAMIENTO:				
					Exámenes auxiliares:				
					Referencia (lugar y motivo):				
Próxima Cita:					Firma y Sello:				
Atendido por:					(Colegio prof.)				
Observación:									
Nombres y Apellidos:					Nº H.C.:				

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO

HOJA DE EVALUACION DE PROCEDIMIENTOS OFTALMOLOGICOS DATOS DEL PACIENTE

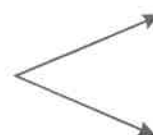
FECHA: / /

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

ANTECEDENTES: _____

1. AGUDEZ VISUAL:

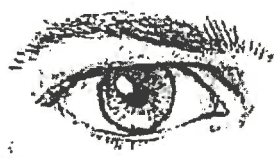
OJO:	S/C	C/C	AE
O.D			
O.I			



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

2.1. EXAMEN EXTERNO DEL OJO

OJO DERECHO



OJO IZQUIERDO

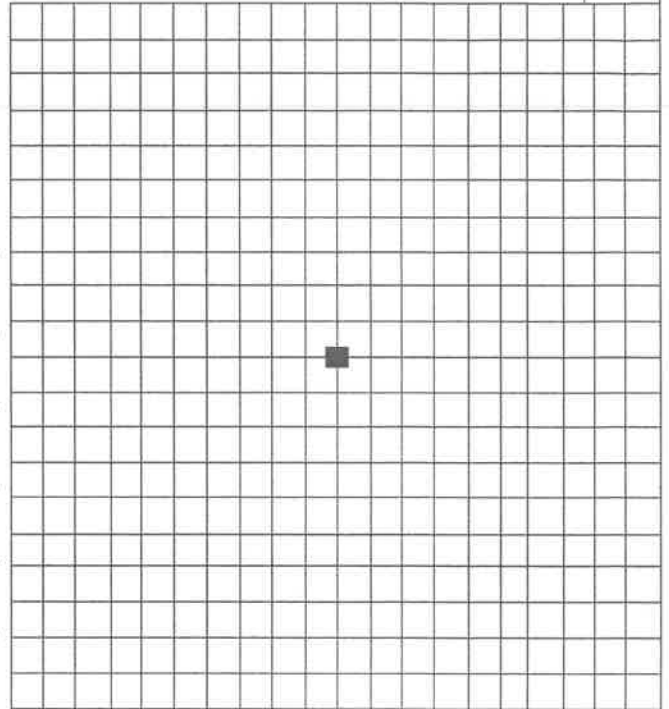
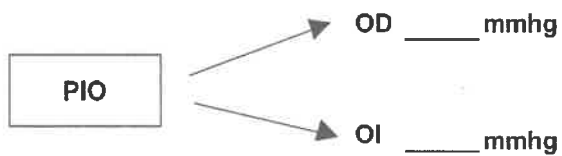


N°		OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
01	PÁRPADOS		
02	PESTAÑAS		
03	CONJUNTIVA		
04	ESCLERÓTICA		
05	CÓRNEA		
06	IRIS		
07	PUPILA		

2.2 REFLEJO LUMINOSO CORNEAL: _____

2.3 REFLEJO ROJO: _____

4. TEST DE AMSLER**ANOTACIÓN:**

**5. - TONOMETRÍA****6. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO**

7. PLAN DE TRABAJO:

8. DATOS DEL PROFESIONAL QUE ATENDIÓ:

NOMBRES Y APELLIDOS _____

FIRMA Y SELLO _____

FICHA DE EVALUACIÓN ODONTO-ESTOMATOLÓGICA

NOMBRES Y APELLIDOS:				Gestante:	SI	NO	H. CL:
D.N.I.:				Edad Paciente:			Fecha:
DIRECCIÓN:				Ocupación:			Edad Gestacional:
Peso:				Talla:			F.P.P.:
PA:				Apoderado:			SIS
Menor de Edad:				SI			NO
Antecedentes Familiares y/o Personales:				Celular:			

INTRAORAL

Labios:	Normal	Alterada
Carrillos:	Normal	Alterada
Paladar:	Normal	Alterada
Encía:	Normal	Alterada
Lengua:	Normal	Alterada
Piso de Boca:	Normal	Alterada
Oclusión:	Normal	Alterada

EXTRAORAL

A.T.M:	Normal	Alterada
Ganglios:	Normal	Alterada
Piel:	Normal	Alterada
Músculos:	Normal	Alterada
Línea Media:	Normal	Alterada

INDICE CPD / ceod:

Índice de Prevalencia de Caries Dental

Dent. Decidua (20): ceo-d	C:	e:	O:	Total:	d:
Dent. Permanente (28): CPO-D	C:	p:	O:	Total:	D:
CPD ó ceod Promedio	Bajo	Medio	Moderado		
Total Evaluados	1.2 a 2.6	2.7 a 4.4	4.5 a 4.6		

*C: Cariado / e: extraído / p: perdido / o: obturado

RIESGO DE CARIES

Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 v/día
Estado de higiene (IHO-s)	Buena 0 a 1.2	Regular 1.3 a 3	Mala 3.1 a 6
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-s) **



SUMA 6 PIEZAS/6

INDICE DE PB Y PC

IHO-s

Placa blanda *

Piezas

D

P

Placa calcificada**

5.5 (v) 1.6 (v)

5.1 (v) 1.1 (v)

6.5 (v) 2.6 (v)

7.5 (L) 3.6 (L)

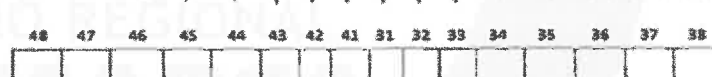
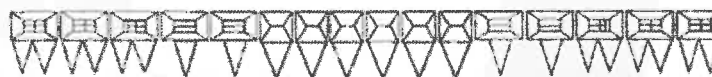
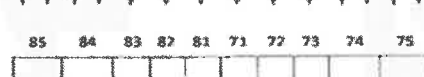
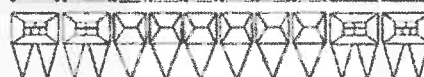
7.1 (v) 3.1 (v)

8.5 (L) 4.6 (L)

** A partir de adolescente

* Aplica a grupo niño

EVALUACIÓN ORAL COMPLETA (ODONTOGRAMA INICIAL)



Especificaciones:

Observaciones:

Paquetes Preventivos

Instrucción de H.O

Asesoría Nutricional

Profilaxis dental

Aplicación de Flúor

Aplicación de sellantes

1 Sesión

2 sesión

Nº Piezas:

EXÁMENES AUXILIARES:

DIAGNÓSTICOS / CIE-10:

o Caries en Esmalte (K020), Piezas:

o Caries en Dentina (K021), Piezas:

o Pulpitis (K040), Piezas:

o Necrosis Pulpar (K041), Piezas:

o Otros:

PLAN DE TRATAMIENTO:

o Tratamiento Preventivo:

o Tratamiento Recuperativo:

o Tratamiento Especializado:

o Otros:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

❖ 1° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:	Peso:	Talla:	P.A:	T° :
Motivo de Consulta:						
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 2° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:	Peso:	Talla:	P.A:	T° :
Motivo de Consulta:						
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 3° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:	Peso:	Talla:	P.A:	T° :
Motivo de Consulta:						
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 4° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:	Peso:	Talla:	P.A:	T° :
Motivo de Consulta:						
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 5° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:	Peso:	Talla:	P.A:	T° :
Motivo de Consulta:						
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

OBSERVACIONES: _____



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

❖ 6° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 7° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 8° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 9° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 10° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

OBSERVACIONES: _____

EVALUACIÓN FINAL:

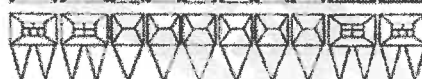
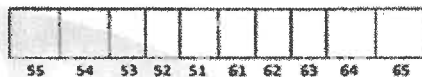
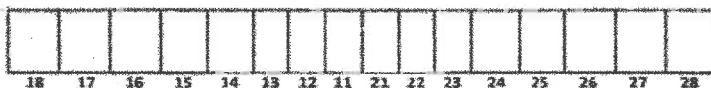
INTRAORAL

Labios:	Normal	Alterada
Carrillos:	Normal	Alterada
Paladar:	Normal	Alterada
Encía:	Normal	Alterada
Lengua:	Normal	Alterada
Piso de Boca:	Normal	Alterada
Oclusión:	Normal	Alterada

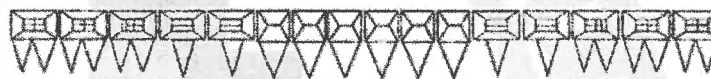
EXTRAORAL

A.T.M:	Normal	Alterada
Ganglios:	Normal	Alterada
Piel:	Normal	Alterada
Músculos:	Normal	Alterada
Línea Media:	Normal	Alterada

ODONTOGRAMA FINAL



55 54 53 52 51 61 62 63 64 65



48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38



Especificaciones:

Observaciones:

INDICE CPOD / ceod:

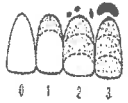
Índice de Prevalencia de Caries Dental

Dent. Decidua (20): ceo-d	C:	e:	O:	Total:	d:
Dent. Permanente (28): CPO-D	C:	p:	O:	Total:	D:
CPOD ó ceod Promedio	Bajo	Medio	Moderado		
Total Evaluados	1.2 a 2.6	2.7 a 4.4	4.5 a 4.6		

*C: Cariado / e: extraído / p: perdido / o: obturado

RIESGO DE CARIES

Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 v/día
Estado de higiene (IHO-s)	Buena 0 a 1.2	Regular 1.3 a 3	Mala 3.1 a 6
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-s) **	Placa blanda *	Piezas		Placa calcificada**
		D	P	
		5.5 (v)	1.6 (v)	
		5.1 (v)	1.1 (v)	
		6.5 (v)	2.6 (v)	
		7.5 (L)	3.6 (L)	
		7.1 (v)	3.1 (v)	
SUMA 6 PIEZAS/6		8.5 (L)	4.6 (L)	
INDICE DE PB Y PC				
IHO-s				

* Aplica a grupo niño

** A partir de adolescente

Marcar	ABO
Persona SBU	
Libre de foco séptico	
Con presencia de foco séptico	Especificar:

Tratamiento Recuperativo	N° Restauraciones realizadas:	
Tratamiento Especializado	N° Exodoncias:	
	Destartraje (indicar n° sesiones)	
	Especificar:	

Nota: Esta parte será registrado al finalizar el Plan de Tratamiento

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

NOMBRES Y APELLIDOS:			Gestante:	SI	NO	Edad Gestacional:
						F.P.P:
Edad Paciente:	N° Historia Clínica:	Fecha:	Tipo de Seguro:	SIS	Otro:	

Interpretación:

	Punto mínimo	Puntaje máximo
Tamizaje positivo	≥15	24
Tamizaje negativo	8	15

Si una o más preguntas 4 y 7 son (+), incluso aunque total fuera < de 15 (asegurada la comprensión de las preguntas)

Caso de violencia confirmado – Tamizaje positivo.

Para preguntar directamente a las usuarias sobre una posible violencia, el profesional de la salud realiza las siguientes preguntas:

Cuestionario				Puntaje
1	En general ¿Cómo describiría su relación de pareja?			
	Estresante (3 puntos)	Un poco estresante (2 p)	Nada estresante (1 p)	
2	Usted y su pareja resuelven las discusiones con:			
	Mucha dificultad (3p)	Algo de dificultad (2p)	Sin dificultad (1p)	
3	Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal con usted misma?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
4	Las discusiones ¿terminan en golpes, patadas o empujones?			
	Muchas veces (3pm)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
5	¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
6	Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
7	Su pareja ¿la insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
8	¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
PUNTAJE TOTAL				



Anexo 2: Escala de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

PHQ- 9: La escala autoadministrada de tamizaje y seguimiento *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), en español *Cuestionario de Salud del Paciente*, consta de 9 ítems y nos permite obtener un diagnóstico provisional de depresión; así como valora la severidad de los síntomas depresivos durante las 2 semanas previas a la aplicación de esta escala.

Escala de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)					
En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, ¿usted ha sentido molestias o problemas cómo?					
Nº	Preguntas	Para nada	Varios días (1 a 6 días)	La mayoría de días (7 a 11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
1	¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas?	0	1	2	3
2	¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?	0	1	2	3
3	¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?	0	1	2	3
4	¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?	0	1	2	3
5	¿Poco apetito o comer en exceso?	* 0	1	2	3
6	¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?	0	1	2	3
7	¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?	0	1	2	3
8	¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	0	1	2	3
9	¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familiar?	0	1	2	3
Sub total					
Total					
Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa o relacionarse con otras personas debido a estos problemas? (Marque con una x en la casilla que mejor lo represente)		Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

Sumar todos los ítems y obtener un puntaje total.

Puntaje	0-4	5-9	10-14	15-19	20-27
Interpretación	Mínimo o ninguna	Síntomas depresivos leves	Síntomas depresivos moderados	Síntomas depresivos moderadamente severos	Síntomas depresivos severos
Caso negativo		Caso positivo			

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL DE PERSONAS CON INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA

ANEXO N° 2 PRUEBA AUDIT - C

- 1) ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
 - a) Nunca
 - b) Una o menos veces al mes
 - c) Dos o cuatro veces al mes
 - d) Dos-tres veces/semana
 - e) Cuatro o más veces a la semana
- 2) ¿Cuántas consumiciones (mostrar anexo 7) de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
 - a) Una o dos
 - b) Tres o cuatro
 - c) Cinco o seis
 - d) Siete a nueve
 - e) Diez o más
- 3) ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?
 - a) Nunca
 - b) Menos de una vez al mes
 - c) Mensualmente
 - d) Semanalmente
 - e) A diario o casi a diario

El AUDIT-C se califica en una escala de 0 a 12 puntos (puntajes de 0 indican ningún uso de alcohol).

En hombres, una puntuación de 4 o más es considerada significativa (o "positiva") en mujeres, se considera significativa una puntuación de 3 o más.

Un puntaje significativo ("positivo") indica que la persona está en riesgo elevado de consumo perjudicial o abusivo o dependencia de alcohol

GÉNERO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
MASCULINO												
FEMENINO												



N. HUAMANI



**CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL
EN COMUNIDADES ALTODANDINAS**

LEAS LAS PREGUNTAS TAL COMO ESTÁN ESCRITAS. CODIFIQUE EN TÉRMINOS DE (BEBIDA ESTÁNDAR). ANOTE LAS RESPUESTAS CUIDADOSAMENTE EN EL CUADRO DE LA DERECHA. (COMIENCE EL AUDIT DICENDO).

..Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de las bebidas y su manera de consumirlas. En este último año ¿qué es lo que toma (o brinda, bebe...) cuando se reúne con sus compadres, amigos o en las faenas? por ej. cerveza, caña, trago, sidra, licor, chicha, otra (especifique)... (usar ejemplos mencionados por el entrevistado en las preguntas sucesivas)

[CALCULAR LA BEBIDA ESTÁNDAR (BEB. ESTD).....]

1. Por lo general ¿cuántas veces tomas (...).....?

- (0) Nunca (pase a la pregunta 9 y 10)
- (1) Una o menos veces al mes
- (2) 2, 3 o 4 veces por mes
- (3) 2 a 3 veces por semana
- (4) Todos los días, casi todos los días

6. En este último año, ¿cuántas veces después de haber tomado (...) mucho has curado la cabeza?

- (0) Nunca (pase a la pregunta 9 y 10)
- (1) Solo en las fiestas o compromisos (ver preg. #3)
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos los días, casi todos los días

2. A ¿Cuántas [BEB. ESTD., MOSTRAR PANEL 6]..... tomas (...) en un día de fiesta o de compromiso?

- (0) 1 o 2
- (1) 3 o 4
- (2) 5 o 6
- (3) 7, 8 o 9
- (4) 10 o más

7. En este último año, ¿cuántas veces le has sentido (como arrepentido o has tenido sentimientos de culpa) después de haber tomado (...)?

- (0) Nunca
- (1) Solo en fiestas o compromisos (ver preg. #3)
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos los días, casi todos los días

2. B ¿Cuántas [BEB. ESTD., MOSTRAR PANEL 6]..... tomas (...) en un día cualquiera?

- (0) 0 o 2
- (1) 3 o 4
- (2) 5 o 6
- (3) 7, 8 o 9
- (4) 10 o más

[USAR ESTE PUNTAJE EN PUNTAJE FINAL]

8. En este último año, ¿le ha ocurrido que después de haber tomado (...) no recordaste lo que hiciste cuando estabas borracho?

- (0) Nunca
- (1) Solo en fiestas o compromisos
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos los días, casi todos los días

3. ¿Cuántas veces has tomado (...) 8 o más [BEB. ESTD] en un solo día?

- (0) Nunca
- (1) Solo en las fiestas o compromisos [CONFIRMAR QUE SEA EN PROMEDIO MENOS DE UNA VES AL MES]
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos los días, casi todos los días

9. Cuando has tomado (...) ¿has tenido algún accidente, le has pegado a alguien o has pegado a alguien?

- (0) Nunca
- (1) Si, pero hace mucho (no en el último año)
- (2) Si, en este último año

[PASE A LAS PREGUNTAS 9 Y 10 SI LA SUMA TOTAL DE LAS PREGUNTAS 2 Y 3 = 0]

4. En este último año, cuando has tomado (...) ¿has querido seguir tomando todo el día o no pudiste dejar de tomar (...)?

- (0) Nunca
- (1) Sólo en fiestas y compromisos
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos los días, casi todos los días

10. ¿Alguien (familia, amigos, vecinos, personal de salud o alguien del pueblo) te ha dicho que ya no tomes (...)?

- (0) Nunca
- (1) Si, pero hace mucho (no en el último año)
- (2) Si, en este último año

5. En este último año, ¿cuántas veces por haber tomado (...) no has cumplido con tu trabajo o con tus responsabilidades?

- (0) Nunca
- (1) Solo en fiestas o compromisos
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos los días/casi todos los días

SUMAR LOS DIEZ ÍTEM Y
ANOTAR LA PUNTUACIÓN FINAL AQUÍ.

[SI LA PUNTUACIÓN TOTAL ES MAYOR QUE EL PUNTO DE CORTE RECOMENDADO, CONSULTE EL MANUAL DE USUARIO.]
* Las preguntas 2A y 2B son provisionales hasta tanto se complete la validación del cuestionario.

CARACTERÍSTICAS DEL TEST AUDIT

Consumo de Riesgo de Alcohol:

- 1.- Frecuencia
- 2.- Cantidad Típica
- 3.- Frecuencia de Consumo elevado

Síntomas de Dependencia:

- 4.- Perdida de Control sobre el consumo
- 5.- Aumento de la Relevancia del consumo

Síntomas de Dependencia:

- 6.- Consumo Matutino

Consumo Perjudicial de Alcohol:

- 7.- Sentimientos de Culpa tras el consumo
- 8.- olvidos
- 9.- Lesiones relacionadas con el alcohol
- 10.- Otros se preocupan por el consumo

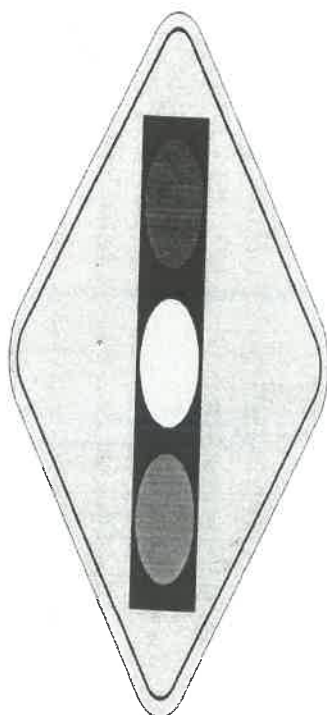
<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (Pase a las preguntas 7-10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>Consumo en el último año</p> <p>¿En el último año ha recuperado su nivel de ansiedad?</p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8, o 9</p> <p>(4) 10 o más</p>	<p>¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido sentimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p>Pase a las preguntas 7-10 si la suma total de las preguntas 1 y 2 es 10 o más</p>	<p>¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha olvidado cosas que le sucedió la noche anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar su bebida una vez que ha empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido problemas con la familia o con los amigos por su consumo de alcohol?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha podido hacer lo que se esperaba de usted sin haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>¿Alguno de sus amigos o familiares le ha advertido que su consumo de alcohol puede ser perjudicial para su salud?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>

Si la puntuación total es mayor que el número de consumo de alcohol registrado en el Manual de Usuario

Consumo en el pasado

Si, en la pregunta 1 es "0", pase a la pregunta 9 y 10. lo mismo en la pregunta 2 y 3 si es "0". "Acortamiento"

ZONAS DE RIESGO, PUNTUACIÓN E INTERVENCIÓN



ZONA IV

TRATAMIENTO ESPECIALIZADO Y EVALUACIÓN PROFUNDA

20 O MÁS PUNTOS

ZONA III

INTERVENCIÓN BREVE Y ABORDAJE CONTINUO

16 A 19 PUNTOS

ZONA II

8 a 15 PUNTOS

ZONA I

EDUCACIÓN SOBRE EL ALCOHOL

0 a 7 PUNTOS



INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

FECHA DE TAMIZAJE		
DÍA	MES	AÑO

HISTORIA CLINICA

DNI

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Menarquia _____ 1er R.S: _____ 1er Embarazo: _____ Nº Hijos _____ Andria: _____ FUR: _____

USO DE ANTICONCEPTIVOS ACTUALMENTE SI ☐ NO ☐ TIPO DE ANTICONCEPTIVO: _____

ANTECEDENTES ITS: SI ☐ NO ☐ TIPO DE ITS: _____

Nº DE TAMIZAJE EN LA VIDA

PAP ()
IVAA ()

AÑO DEL ÚLTIMO TAMIZAJE

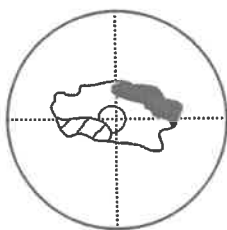
PAP ()
IVAA ()




RESULTADOS DE ÚLTIMO TAMIZAJE

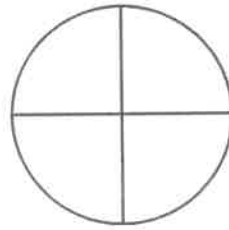
PAP
IVAA

TIPO DE EXAMEN ☐ 1er IVAA ☐ CONTROL DEL AÑO ☐ CONTROL CADA TRES AÑOS

REPORTE DE IVAA



-  Borde de la unión escamocolumnar
-  Zona aceto blanca
- ☐ Orificio cervical
-  Descartar neoplasia



RESULTADO:

- POSITIVO ☐
- NEGATIVO ☐
- SOSPECHA DE CÁNCER ☐

¿TRIBUTARIO PARA CRIOTERAPIA? (solo para IVAA(+)): SI ☐ NO ☐

OTROS DIAGNÓSTICOS:

EPI ☐ CONDILOMATOSIS ☐ CERVICITIS ☐ PÓLIPO ☐

OTROS (especificar) _____

REFERENCIA: SI ☐ NO ☐

RAZÓN DE REFERENCIA:

Sospecha de Cáncer ☐
Lesión extensa o lesión que se introduce al canal ☐ Otros (especificar) _____ ☐

SITIO DE REFERENCIA: _____

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

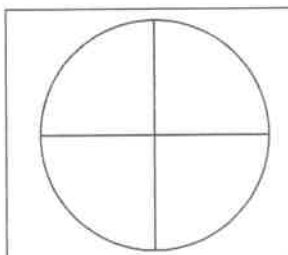
REPORTE DE IVAA EN LUGAR DE REFERENCIA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

FECHA DE TAMIZAJE: _____

HISTORIA CLÍNICA: _____

FECHA DE LA PRÓXIMA CITA: _____



- 1.- IVAA positiva no confirmado. ☐
- 2.- IVAA positiva confirmado tributario para crioterapia. ☐
- 4.- IVAA positiva confirmado no tributario para crioterapia Referida ☐

LUGAR DE REFERENCIA: _____

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE



INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

FECHA DE TAMIZAJE		
DÍA	MES	AÑO

HISTORIA CLÍNICA

DNI

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Menarquia _____ 1er R.S.: _____ 1er Embarazo: _____ Nº Hijos: _____ Andria: _____ FUR: _____

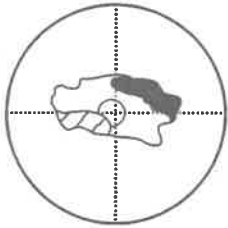

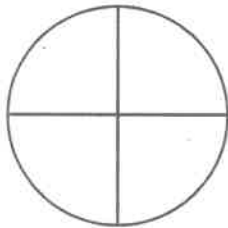
USO DE ANTICONCEPTIVOS ACTUALMENTE SI ☐ NO ☐ TIPO DE ANTICONCEPTIVO: _____

ANTECEDENTES ITS: SI ☐ NO ☐ TIPO DE ITS: _____

Nº DE TAMIZAJE EN LA VIDA	AÑO DEL ÚLTIMO TAMIZAJE	RESULTADOS DE ÚLTIMO TAMIZAJE
PAP ()	PAP ()	PAP
IVAA ()	IVAA ()	IVAA

TIPO DE EXAMEN ☐ 1er IVAA ☐ CONTROL DEL AÑO ☐ CONTROL CADA TRES AÑOS

REPORTE DE IVAA

	<ul style="list-style-type: none"> Borde de la unión escamocolumnar<input checked="" type="checkbox"/> Zona aceto blanca<input type="radio"/> Orificio cervical<input type="checkbox"/> Descartar neoplasia		RESULTADO: POSITIVO <input type="radio"/> NEGATIVO <input type="radio"/> SOSPECHA DE CÁNCER <input type="radio"/>
---	---	--	---

¿TRIBUTARIO PARA CRIOTERAPIA? (solo para IVAA(+)): SI ☐ NO ☐

OTROS DIAGNÓSTICOS:

EPI ☐ CONDILOMATOSIS ☐ CERVICITIS ☐ PÓLIPO ☐

OTROS (especificar) _____

REFERENCIA: SI ☐ NO ☐

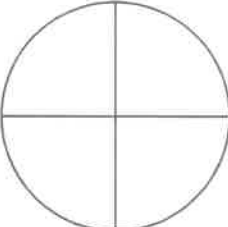
RAZÓN DE REFERENCIA:

Sospecha de Cáncer ☐
Lesión extensa o lesión que se introduce al canal ☐ Otros (especificar) _____ ☐

SITIO DE REFERENCIA: _____

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

REPORTE DE IVAA EN LUGAR DE REFERENCIA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____		1.- IVAA positiva no confirmado. <input type="radio"/>
FECHA DE TAMIZAJE: _____		2.- IVAA positiva confirmado tributario para crioterapia. <input type="radio"/>
_____ / _____ / _____		4.- IVAA positiva confirmado no tributario para crioterapia Referida <input type="radio"/>
HISTORIA CLÍNICA: _____		LUGAR DE REFERENCIA: _____

FECHA DE LA PRÓXIMA CITA: _____ / _____ / _____ FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

Nombres y Apellidos: _____ N° H. CL.: _____

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE MAMA
HISTORIA CLÍNICA

DATOS GENERALES

Nombre del establecimiento: _____ N° Historia clínica _____

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombre _____ DNI _____ Tipo de Seguro _____

Dirección / Comunidad _____

Distrito _____

Teléfono _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad(años) _____

Establecimiento de referencia _____

Fecha de consulta _____

¿Has escuchado de la prevención del cáncer de mama de un promotor (a) de salud?

No ☐ Si, en una sesión educativa en el establecimiento de salud ☐ Si, en una sesión educativa en mi comunidad ☐ Si, a través del contacto individual con el promotor ☐

ANAMNESIS

Motivo de consulta: Por tamizaje ☐ Por síntomas mamarios ☐ Por referencia ☐

Síntomas: _____ D/M/A _____ Duración _____

Relación con ciclo menstrual Si ☐ No ☐ Peso: _____ kg. Talla: _____ mt.

ANTECEDENTES MAMARIOS:

Exámenes previos Biopsia ☐ Mamografía ☐ Ecografía ☐ Fecha: ____/____/____ Resultado: _____

Mastitis ☐ Otros _____

Edad menarquía: _____ A Edad menopausia: _____ A G ☐ P ☐

Uso de anticonceptivo: SI ☐ NO ☐ Tipos: Oral ☐ Inyectable ☐ Duración: _____ M/A

Terapia de reemplazo hormonal SI ☐ NO ☐ Edad primer embarazo _____ Años Lactancia Materna SI ☐ NO ☐

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Historia personal de: Cáncer de mama: SI ☐ NO ☐ Cáncer de ovario: SI ☐ NO ☐ Otro Cáncer: _____

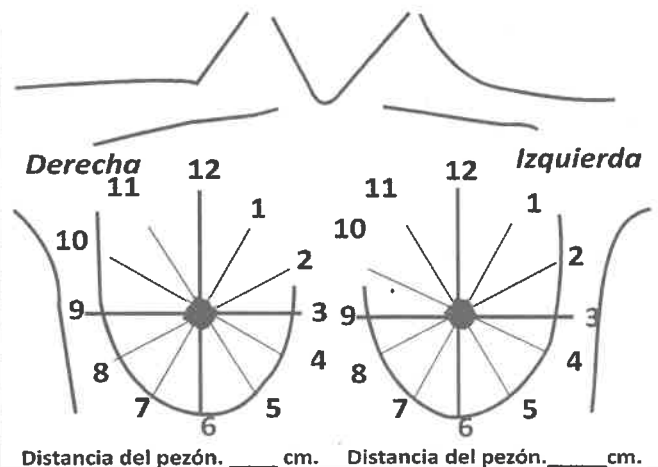
Historia de familiar directo de: Cáncer de mama: SI ☐ NO ☐ Cáncer de mama: SI ☐ NO ☐ Otro cáncer: _____

Hábitos : Tabaco: SI ☐ NO ☐ Alcohol: SI ☐ NO ☐

EXAMEN CLÍNICO DE MAMA:

CARACTERÍSTICAS DEL TUMOR

	Mama derecha	Mama Izquierda
Tumor palpable	Tamaño Tumor 1 _____ cm	Tamaño Tumor 1 _____ cm
	Tamaño Tumor 2 _____ cm	Tamaño Tumor 2 _____ cm
Consistencia del tumor (blando, duro, pétreo, fluctuante)		
Tumor es movable (Si o No)		
Forma del tumor (redondo, oval, dismórfico)		
Bordes del tumor (regular, irregular)		
Ganglio (axilar, supraclavicular)		
Secreción por pezón (color)		
Retracción (pezón, piel)		
Eczema (pezón areola)		
Ulceración (pezón, piel)		
Eritema o edema (pezón, piel)		
"Piel de naranja"		



* TIPO DE SEGURO

1 USUARIO (PAGANTE) 3 ESSALUD 5 SANIDAD FAP 7 SANIDAD EP 9 PRIVADOS
2 SEGURO INTEGRAL (SIS) 4 SOAT 6 SANIDAD NAVAL 8 SANIDAD PNP 10 OTROS

VISITA DOMICILIARIA

FECHA DE LA VISITA:		HORA:		N° H.CL:	
NOMBRES Y APELLIDOS		D.N.I.		EDAD:	
MOTIVO DE LA VISITA:					
ACCIONES REALIZADAS DURANTE LA VISITA:					
ACUERDOS Y COMPROMISOS ASUMIDOS DURANTE LA VISITA:					
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS DURANTE LA VISITA:					
PLAN DE TRABAJO PARA LA PRÓXIMA VISITA:					
FECHA DE LA PRÓXIMA VISITA DOMICILIARIA:					
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA VISITA:		FIRMA DE QUIEN RECIBE, LA VISITA		OBSERVACIÓN:	

VISITA DOMICILIARIA

FECHA DE LA VISITA:		HORA:		N° H.CL:	
NOMBRES Y APELLIDOS		D.N.I.		EDAD:	
MOTIVO DE LA VISITA:					
ACCIONES REALIZADAS DURANTE LA VISITA:					
ACUERDOS Y COMPROMISOS ASUMIDOS DURANTE LA VISITA:					
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS DURANTE LA VISITA:					
PLAN DE TRABAJO PARA LA PRÓXIMA VISITA:					
FECHA DE LA PRÓXIMA VISITA DOMICILIARIA:					
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA VISITA:		FIRMA DE QUIEN RECIBE, LA VISITA		OBSERVACIÓN:	

NOMBRE Y APELLIDOS:		N° HCL:	
---------------------	--	---------	--



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN IGNACIO



CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE ELISA - PRUEBA RÁPIDA PARA VIH

Yo: _____

De _____ años de edad habiendo recibido consejería e información del VIH, la prueba de ELISA/Prueba Rápida, en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo se me tome la muestra de sangre para el despistaje de VIH y SIDA, me comprometo a regresar para recibir la consejería Post-Test y mis resultados.



Huella Digital

FECHA: ____/____/____

Firma del Paciente

Doc. Ident. N° _____

Firma y Sello del
Consejero

En situaciones especiales como: niños, personas con trastornos mentales o con incapacidad para decidir sobre la realización de la prueba.



Huella Digital

Firma del Apoderado o Responsable

Doc. Ident. N° _____



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN IGNACIO



SOLICITUD DE EXAMEN DE ELISA PRUEBA RÁPIDA PARA VIH

1. REGIÓN Y/O SUBREGIÓN : _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD : _____

SERVICIO : _____ N° CAMA: _____

2. CÓDIGO : _____ N° HC: _____

AP/AM/N/SX/FNAC/(DÍA/MES/AÑO)

N° MUESTRA: _____ ELISA PARA VIH: () Prueba Rápida para VIH () Fecha: ____/____/____

El (la) paciente ha recibido consejería Pre Test.

Médico/Obstetra

Consejero

OBSERVACIÓN : _____

RESULTADO :

1. ELISA: Reactivo ()

No reactivo ()

FECHA : ____/____/____

2. W.B. Positivo ()

Negativo ()

FECHA : ____/____/____

OBSERVACIONES: _____



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN IGNACIO



CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE ELISA - PRUEBA RÁPIDA PARA VIH

Yo:
De años de edad habiendo recibido consejería e información del VIH, la prueba de ELISA/Prueba Rápida, en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo se me tome la muestra de sangre para el despistaje de VIH y SIDA, me comprometo a regresar para recibir la consejería Post-Test y mis resultados.



Huella Digital

FECHA: ____/____/____

Firma del Paciente

Doc. Ident. N° _____

Firma y Sello del
Consejero

En situaciones especiales como: niños, personas con trastornos mentales o con incapacidad para decidir sobre la realización de la prueba.



Huella Digital

Firma del Apoderado o Responsable

Doc. Ident. N° _____



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN IGNACIO



SOLICITUD DE EXAMEN DE ELISA PRUEBA RÁPIDA PARA VIH

1. REGIÓN Y/O SUBREGIÓN :

ESTABLECIMIENTO DE SALUD :

SERVICIO : N° CAMA:

2. CÓDIGO : N° HC:

AP/AM/N/SX/FNAC/(DÍA/MES/AÑO)

N° MUESTRA: ELISA PARA VIH: () Prueba Rápida para VIH () Fecha: ____/____/____

El (la) paciente ha recibido consejería Pre Test.

.....
Médico/Obstetra

.....
Consejero

OBSERVACIÓN :

RESULTADO :

1. ELISA : Reactivo ()

No reactivo ()

FECHA : ____/____/____

2. W.B. Positivo ()

Negativo ()

FECHA : ____/____/____

OBSERVACIONES: