

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA JOVENES

FECHA: día mes año

DATOS GENERALES

Apellidos: Nombres: Sexo: M ☐ F ☐ Edad:

Lugar de Nacimiento: Lugar de Procedencia: F Nac:

Grado de Instrucción: Estado civil: Religión: Ocupación: N° Teléfono:

Acompañante: Edad: Identificación(DNI): Dirección: Teléfono:

ANTECEDENTES

PERSONALES:				PERSONALES:				FAMILIARES			
	Si	No	No se		Si	No	No se		Si	No	No se
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inf. Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DBM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH-SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervención Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de cérvix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patología prostática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prob. Psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislipidemia (colesterol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riesgo ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicamentos de uso frecuente: Si ☐ No ☐ Práctica Deporte: Si ☐ No ☐

ANTECEDENTE PSICOSOCIALES		PSICOSOCIAL			
	Si	No		Si	No
ESTUDIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tienes amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tienes Pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Te ejercitas, en que?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No escolarizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participas en Grupos Juveniles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estas ansioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estas deprimido (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conducta Suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LABORALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Remunerado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
T.Completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

	Si	No
Consumes tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumes alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumes drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufres violencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre abuso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viviste violencia política	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SALUD SEXUAL

Menarquia: Fecha de última regla: R/C: Dismenorrea: Si ☐ No ☐

Impotencia Sexual: Si ☐ No ☐ Anorgasmia: Si ☐ No ☐

Relación coital: Si ☐ No ☐ Edad de inicio de relaciones sexual: Numero de parejas sexuales en el último año:

Uso sistemático de condón: Si ☐ No ☐ Dolor Coital: Si ☐ No ☐

Método anticonceptivo que utiliza: oral Combinado ☐ inyectables ☐ Condón ☐ Implante ☐ DIU ☐ Natural ☐

N° Embarazo: Parto: Hijos vivos: Aborto: N° Prematuro: N° Nac. A. Término:

	N°	AÑO	CPN	Complicacion	Parto	Peso RN	Complicaciones del Puerperio
Gestación							
Gestación							
Gestación							

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL/LA JOVEN

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD													
N° de Historia Clínica: <input style="width: 150px;" type="text"/>				N° Afiliación SIS u otro Seguro: <input style="width: 150px;" type="text"/>									
Apellidos: <input style="width: 150px;" type="text"/>				DNI: <input style="width: 150px;" type="text"/>									
Nombres: <input style="width: 150px;" type="text"/>				Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		F. de Nac.: <input style="width: 150px;" type="text"/>							
Dirección /Referencia: <input style="width: 150px;" type="text"/>													
Madre, Padre o adulto referente										Edad		DNI	
N°	FECHA	PROBLEMAS CRÓNICOS						OBSERVACIONES					
N°	FECHA	PROBLEMAS AGUDOS						OBSERVACIONES					
GRUPOS DE EDAD													
N°	PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL	18 a 24 años							25 a 29 años				
		Fecha							Fecha				
		18a	19a	20a	21a	22a	23a	24a	25a	26a	27a	28a	29a
1	EVALUACIÓN GENERAL												
2	VALORACIÓN CLÍNICA PARA FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL												
3	EVALUACIÓN FÍSICA NUTRICIONAL												
4	CONSEJERÍA Y TAMIZAJE PARA ITS/VIH/SIDA												
5	TAMIZAJE DE VIOLENCIA												
6	EVALUACIÓN PSICOSOCIAL (SRQ, CIA, AUDIT)												
7	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR												
8	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA												
9	CONSEJERÍA INTEGRAL												
10	SESIONES EDUCATIVAS												
11	VISITA DOMICILIARIA												
12	SINTOMÁTICO RESPIRATORIO												
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN:													

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL JOVENES

APELLIDOS Y NOMBRE:	N° Historia Clínica:
---------------------	----------------------

CONSULTA							
FECHA:		HORA:	EDAD:		Tiempo de enfermedad:		
Motivo de Consulta:							
Funciones Biológicas:		Sed:	Sueño:	Orina:	Estado de ánimo:	Apetito:	Deposiciones:
		Secreción o lesión en genitales:		Fiebre en últimos 15 días:		Tos por más de 15 días:	
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA		EXAMEN FÍSICO:					
		T°:	°C:	PA:	/	mmHg.	FC:
		Peso:	kgr.	Talla:	m.	P. Abdominal:	cm.
F.U.R.:		FR: x min.					
G:		P. Abdominal: cm.					
P:		IMC:					
F.U. Parto:		EXAMEN REGIONAL:					
Tamizaje CaCU							
IVAA:		PAP:					
DIAGNÓSTICO (CIE 10)				TRATAMIENTO:			
PLAN DE TRABAJO				Ex. Auxiliares:			
				Referencia (lugar y motivo):			
Cita:				Interconsulta (MOTIVO)			
Atendido por:				Firma y Sello:			

CONSULTA							
FECHA:		HORA:	EDAD:		Tiempo de enfermedad:		
Motivo de Consulta:							
Funciones Biológicas:		Sed:	Sueño:	Orina:	Estado de ánimo:	Apetito:	Deposiciones:
		Secreción o lesión en genitales:		Fiebre en últimos 15 días:		Tos por más de 15 días:	
SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA		EXAMEN FÍSICO:					
		T°:	°C:	PA:	/	mmHg.	FC:
		Peso:	kgr.	Talla:	m.	P. Abdominal:	cm.
F.U.R.:		FR: x min.					
G:		P. Abdominal: cm.					
P:		IMC:					
F.U. Parto:		EXAMEN REGIONAL:					
Tamizaje CaCU							
IVAA:		PAP:					
DIAGNÓSTICO (CIE 10)				TRATAMIENTO:			
PLAN DE TRABAJO				Ex. Auxiliares:			
				Referencia (lugar y motivo):			
Cita:				Interconsulta (MOTIVO)			
Atendido por:				Firma y Sello:			

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA JOVENES

APELLIDOS Y NOMBRE:	N° Historia Clínica:
---------------------	----------------------

CONSULTA

FECHA:	HORA:	EDAD:	Tiempo de enfermedad:
--------	-------	-------	-----------------------

Motivo de Consulta:

Funciones Biológicas:	Sed:	Sueño:	Orina:	Estado de ánimo:	Apetito:	Deposiciones:
Secreción o lesión en genitales:			Fiebre en últimos 15 días		Tos por más de 15 días:	

SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA		EXAMEN FÍSICO:								
		T°:	°C:	PA:	/	mmHg.	FC:	x min.	FR:	x min.
F.U.R.:		Peso:	kgr.	Talla:	m.		P. Abdominal:	cm.		IMC:
G:	P:	EXAMEN REGIONAL:								
F.U.Parto:										
Tamizaje CaCU										
IVAA:	PAP:									

DIAGNÓSTICO (CIE 10)	TRATAMIENTO:
----------------------	--------------

PLAN DE TRABAJO	Ex. Auxiliares:
-----------------	-----------------

Cita:	Referencia (lugar y motivo):
Atendido por:	Interconsulta (MOTIVO)
	Firma y Sello:

CONSULTA

FECHA:	HORA:	EDAD:	Tiempo de enfermedad:
--------	-------	-------	-----------------------

Motivo de Consulta:

Funciones Biológicas:	Sed:	Sueño:	Orina:	Estado de ánimo:	Apetito:	Deposiciones:
Secreción o lesión en genitales:			Fiebre en últimos 15 días		Tos por más de 15 días:	

SI ES MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA		EXAMEN FÍSICO:								
		T°:	°C:	PA:	/	mmHg.	FC:	x min.	FR:	x min.
F.U.R.:		Peso:	kgr.	Talla:	m.		P. Abdominal:	cm.		IMC:
G:	P:	EXAMEN REGIONAL:								
F.U.Parto:										
Tamizaje CaCU										
IVAA:	PAP:									

DIAGNÓSTICO (CIE 10)	TRATAMIENTO:
----------------------	--------------

PLAN DE TRABAJO	Ex. Auxiliares:
-----------------	-----------------

Cita:	Referencia (lugar y motivo):
Atendido por:	Interconsulta (MOTIVO)
	Firma y Sello:



Red Integrada de Salud San Ignacio
Curso vida adulto
FICHA DE TAMIZAJE
VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL



REGIÓN Y SUB REGIÓN: _____ RED/RIS: _____ ESTABLECIMIENTO: _____
NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: _____
EDAD: _____ SEXO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO: ☐ N° CELULAR PADRES: _____
DIRECCIÓN: _____

Lea al Paciente:

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las personas, en todas las oportunidades de contacto, si están en esta situación, para participar con ellos en la solución de sus problemas, por favor, conteste a estas preguntas:

Pregunte y Marque con un aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observe en el / la Joven

Si es adulto (a):	SI	NO
¿Alguna vez un miembro de tu familia le insulta, le golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Quién?		
Si es padre o madre de familia:	SI	NO
¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FÍSICO		
<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables		
<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras		
<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables		
<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras		
<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.		
<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.		
<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del 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"/> Tartamudeo.		
<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, tranquilizante o analgésicos.		
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 de aborto.		
<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. 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"/> Acciden. o Enf. muy frecuente		
<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño		
<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo		
<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.		
ESTADO		
CON VF <input type="checkbox"/> SIN VF <input type="checkbox"/>		
ATENDIDO POR: _____ FECHA: _____		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____		
FIRMA: _____		

Si es adulto (a):	SI	NO
¿Alguna vez un miembro de tu familia le insulta, le golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Quién?		
Si es padre o madre de familia:	SI	NO
¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FÍSICO		
<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables		
<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras		
<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables		
<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras		
<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.		
<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.		
<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del 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"/> Tartamudeo.		
<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, tranquilizante o analgésicos.		
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 de aborto.		
<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. 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"/> Acciden. o Enf. muy frecuente		
<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño		
<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo		
<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.		
ESTADO		
CON VF <input type="checkbox"/> SIN VF <input type="checkbox"/>		
ATENDIDO POR: _____ FECHA: _____		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____		
FIRMA: _____		

Si es adulto (a):	SI	NO
¿Alguna vez un miembro de tu familia le insulta, le golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Quién?		
Si es padre o madre de familia:	SI	NO
¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FÍSICO		
<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables		
<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras		
<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables		
<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras		
<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.		
<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.		
<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del 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"/> Tartamudeo.		
<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, tranquilizante o analgésicos.		
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 de aborto.		
<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. 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"/> Acciden. o Enf. muy frecuente		
<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño		
<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo		
<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.		
ESTADO		
CON VF <input type="checkbox"/> SIN VF <input type="checkbox"/>		
ATENDIDO POR: _____ FECHA: _____		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____		
FIRMA: _____		

Si es adulto (a):	SI	NO
¿Alguna vez un miembro de tu familia le insulta, le golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Quién?		
Si es padre o madre de familia:	SI	NO
¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FÍSICO		
<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables		
<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras		
<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables		
<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras		
<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.		
<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.		
<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del 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"/> Tartamudeo.		
<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, tranquilizante o analgésicos.		
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 de aborto.		
<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. 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"/> Acciden. o Enf. muy frecuente		
<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño		
<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo		
<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.		
ESTADO		
CON VF <input type="checkbox"/> SIN VF <input type="checkbox"/>		
ATENDIDO POR: _____ FECHA: _____		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____		
FIRMA: _____		



Red Integrada de Salud San Ignacio
Curso vida adulto
FICHA DE TAMIZAJE
VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL



REGIÓN Y SUB REGIÓN: _____ RED/RIS: _____ ESTABLECIMIENTO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: _____

EDAD: _____ SEXO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO: ☐ N° CELULAR PADRES: _____

DIRECCIÓN: _____

Lea al Paciente:

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las personas, en todas las oportunidades de contacto, si están en esta situación, para participar con ellos en la solución de sus problemas, por favor, conteste a estas preguntas:

Pregunte y Marque con un aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observe en el / la Joven

Si es adulto (a):	SI	NO	Si es adulto (a):	SI	NO	Si es adulto (a):	SI	NO	Si es adulto (a):	SI	NO
¿Alguna vez un miembro de tu familia le insulta, le golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez un miembro de tu familia le insulta, le golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez un miembro de tu familia le insulta, le golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez un miembro de tu familia le insulta, le golpea, te chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Quién?			¿Quién?			¿Quién?			¿Quién?		
Si es padre o madre de familia:	SI	NO	Si es padre o madre de familia:	SI	NO	Si es padre o madre de familia:	SI	NO	Si es padre o madre de familia:	SI	NO
¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FÍSICO			FÍSICO			FÍSICO			FÍSICO		
<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables			<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables			<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables			<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables		
<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras			<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras			<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras			<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras		
<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables			<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables			<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables			<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables		
<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras			<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras			<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras			<input type="checkbox"/> Marca de mordeduras		
<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.			<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.			<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.			<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.		
<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.			<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.			<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.			<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.		
<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, Interrupción del sueño).			<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, Interrupción del sueño).			<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, Interrupción del sueño).			<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, Interrupción del sueño).		
<input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).			<input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).			<input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).			<input type="checkbox"/> Problemas con apetito. Enuresis (niños).		
PSICOLÓGICO			PSICOLÓGICO			PSICOLÓGICO			PSICOLÓGICO		
<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.			<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.			<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.			<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo.		
<input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.			<input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.			<input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.			<input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.		
<input type="checkbox"/> Retraimiento.			<input type="checkbox"/> Retraimiento.			<input type="checkbox"/> Retraimiento.			<input type="checkbox"/> Retraimiento.		
<input type="checkbox"/> Llanto frecuente.			<input type="checkbox"/> Llanto frecuente.			<input type="checkbox"/> Llanto frecuente.			<input type="checkbox"/> Llanto frecuente.		
<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.			<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.			<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.			<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.		
<input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.			<input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.			<input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.			<input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención.		
<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.			<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.			<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.			<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.		
<input type="checkbox"/> Tartamudeo.			<input type="checkbox"/> Tartamudeo.			<input type="checkbox"/> Tartamudeo.			<input type="checkbox"/> Tartamudeo.		
<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar			<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar			<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar			<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar		
<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.			<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.			<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.			<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.		
<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar			<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar			<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar			<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar		
<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde			<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde			<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde			<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde		
<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico			<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico			<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico			<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico		
<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas			<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas			<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas			<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas		
<input type="checkbox"/> Intento de suicidio			<input type="checkbox"/> Intento de suicidio			<input type="checkbox"/> Intento de suicidio			<input type="checkbox"/> Intento de suicidio		
<input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.			<input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.			<input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.			<input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.		
SEXUALES			SEXUALES			SEXUALES			SEXUALES		
<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)			<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)			<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)			<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)		
<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.			<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.			<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.			<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.		
<input type="checkbox"/> Embarazo precoz			<input type="checkbox"/> Embarazo precoz			<input type="checkbox"/> Embarazo precoz			<input type="checkbox"/> Embarazo precoz		
<input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.			<input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.			<input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.			<input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto.		
<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual			<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual			<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual			<input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual		
NEGLIGENCIA			NEGLIGENCIA			NEGLIGENCIA			NEGLIGENCIA		
<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.			<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.			<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.			<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.		
<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.			<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.			<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.			<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.		
<input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente			<input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente			<input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente			<input type="checkbox"/> Acciden. o Enf. muy frecuente		
<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño			<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño			<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño			<input type="checkbox"/> Descuido en higiene al niño		
<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo			<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo			<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo			<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo		
<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.			<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.			<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.			<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.		
ESTADO	CON VF <input type="checkbox"/>	SIN VF <input type="checkbox"/>	ESTADO	CON VF <input type="checkbox"/>	SIN VF <input type="checkbox"/>	ESTADO	CON VF <input type="checkbox"/>	SIN VF <input type="checkbox"/>	ESTADO	CON VF <input type="checkbox"/>	SIN VF <input type="checkbox"/>
ATENDIDO POR _____		FECHA _____	ATENDIDO POR _____		FECHA _____	ATENDIDO POR _____		FECHA _____	ATENDIDO POR _____		FECHA _____
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____			NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____		
FIRMA: _____			FIRMA: _____			FIRMA: _____			FIRMA: _____		

SRQ

N° H.CL:

Primero aplique el cuestionario y luego sume las respuestas positivas: "SI"

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD: FECHA: HORA:

DEPRESIÓN / ANSIEDAD	1	¿Tienes frecuentes dolores de cabeza?	SI	NO
	2	¿Tienes mal apetito?	SI	NO
	3	¿Duermes Mal?	SI	NO
	4	¿Te asustas con facilidad?	SI	NO
	5	¿Sufres de temblor de manos?	SI	NO
	6	¿Te sientes nervioso, tenso o aburrido?	SI	NO
	7	¿Sufres de mala digestión?	SI	NO
	8	¿No puedes pensar con claridad?	SI	NO
	9	¿Te sientes triste?	SI	NO
	10	¿Lloras con mucha frecuencia?	SI	NO
	11	¿Tienes dificultad para disfrutar tus actividades diarias?	SI	NO
	12	¿Tienes dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
	13	¿Tienes dificultad para hacer tu trabajo (sufres con tu trabajo)?	SI	NO
	14	¿Eres incapaz de desempeñar un papel útil en tu vida?	SI	NO
	15	¿Has perdido interés en las cosas?	SI	NO
	16	¿Sientes que eres una persona inútil?	SI	NO
	17	¿Has tenido la idea de acabar con tu vida?	SI	NO
	18	¿Te sientes cansado todo el tiempo?	SI	NO
	19	¿Tienes sensaciones desagradables en tu estómago?	SI	NO
	20	¿Te cansas con facilidad?	SI	NO
PUNTAJE		Si la suma de respuestas positivas es 11 o más se considera un CASO		
PSICOSIS	21	¿Sientes que alguien ha tratado de herirte de alguna forma?	SI	NO
	22	¿Eres una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	SI	NO
	23	¿Has notado interferencias o algo raro en tus pensamientos?	SI	NO
	24	¿Oyes voces sin saber de donde vienen, o que otras personas no pueden oirlas?	SI	NO
PUNTAJE		Basta 1 respuesta Positiva para que se considere un CASO		
EPILEPSIA	25	¿Has tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimiento de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida de conocimiento?	SI	NO
	PUNTAJE		La repuesta positiva indica que se trata de un CASO	
ALCOHOLISMO	26	¿Alguna vez le ha parecido a tu familia, tus amigos, tu médico o tu sacerdote que estabas bebiendo demasiado licor?	SI	NO
	27	¿Alguna vez has querido dejar de beber pero no has podido?	SI	NO
	28	¿Has tenido alguna vez dificultades en el trabajo o estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo o lugar de estudio o faltar a ellos?	SI	NO
	29	¿Has estado en riñas o te han detenido estando borracho?	SI	NO
	30	¿Te ha parecido alguna vez que has bebido demasiado?	SI	NO
PUNTAJE		Basta 1 respuesta Positiva para que se considere un CASO		

SRQ

N° H.CL.:

Primero aplique el cuestionario y luego sume las respuestas positivas: "SI"

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD: FECHA: HORA:

DEPRESIÓN / ANSIEDAD	1	¿Tienes frecuentes dolores de cabeza?	SI	NO
	2	¿Tienes mal apetito?	SI	NO
	3	¿Duermes Mal?	SI	NO
	4	¿Te asustas con facilidad?	SI	NO
	5	¿Sufres de temblor de manos?	SI	NO
	6	¿Te sientes nervioso, tenso o aburrido?	SI	NO
	7	¿Sufres de mala digestión?	SI	NO
	8	¿No puedes pensar con claridad?	SI	NO
	9	¿Te sientes triste?	SI	NO
	10	¿Lloras con mucha frecuencia?	SI	NO
	11	¿Tienes dificultad para disfrutar tus actividades diarias?	SI	NO
	12	¿Tienes dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
	13	¿Tienes dificultad para hacer tu trabajo (sufres con tu trabajo)?	SI	NO
	14	¿Eres incapaz de desempeñar un papel útil en tu vida?	SI	NO
	15	¿Has perdido interés en las cosas?	SI	NO
	16	¿Sientes que eres una persona inútil?	SI	NO
	17	¿Has tenido la idea de acabar con tu vida?	SI	NO
	18	¿Te sientes cansado todo el tiempo?	SI	NO
	19	¿Tienes sensaciones desagradables en tu estómago?	SI	NO
	20	¿Te cansas con facilidad?	SI	NO
PUNTAJE	Si la suma de respuestas positivas es 11 o más se considera un CASO			
PSICOSIS	21	¿Sientes que alguien ha tratado de herirte de alguna forma?	SI	NO
	22	¿Eres una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	SI	NO
	23	¿Has notado interferencias o algo raro en tus pensamientos?	SI	NO
	24	¿Oyes voces sin saber de donde vienen, o que otras personas no pueden oirlas?	SI	NO
PUNTAJE	Basta 1 respuesta Positiva para que se considere un CASO			
EPILEPSIA	25	¿Has tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimiento de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida de conocimiento?	SI	NO
PUNTAJE	La repuesta positiva indica que se trata de un CASO			
ALCOHOLISMO	26	¿Alguna vez le ha parecido a tu familia, tus amigos, tu médico o tu sacerdote que estabas bebiendo demasiado licor?	SI	NO
	27	¿Alguna vez has querido dejar de beber pero no has podido?	SI	NO
	28	¿Has tenido alguna vez dificultades en el trabajo o estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo o lugar de estudio o faltar a ellos?	SI	NO
	29	¿Has estado en riñas o te han detenido estando borracho?	SI	NO
	30	¿Te ha parecido alguna vez que has bebido demasiado?	SI	NO
PUNTAJE	Basta 1 respuesta Positiva para que se considere un CASO			

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

ANTECEDENTES: _____

1. AGUDEZA VISUAL:

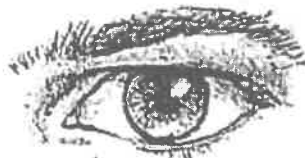
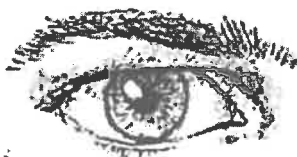
OJO	S/C	C/C	AE
O.D			
O.I			

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. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

--

5. PLAN DE TRABAJO:

--

6. DATOS DEL PROFESIONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

PROFESIÓN: _____ EE.SS: _____

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.:
Antecedentes familiares y/o personales:				Apoderado:			SIS Otro:
				Menor de Edad:			SI NO
				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	

ÍNDICE CPOD / ceod:

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

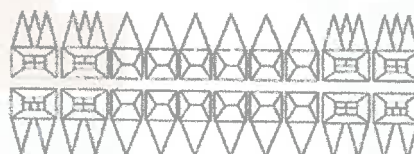
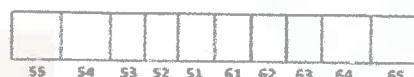
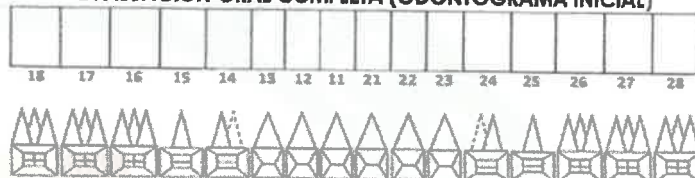
Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 v/día
Estado de higiene (IHO-s)	Buena	Regular	Mala
	0 a 1.2	1.3 a 3	3.1 a 6
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

ÍNDICE 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)	
ÍNDICE DE PB Y PC				
IHO-s				

* Aplica a grupo niño

** A partir de adolescente

EVALUACIÓN ORAL COMPLETA (ODONTOGRAMA INICIAL)



Especificaciones:

Observaciones:

Paquetes Preventivos

	1 Sesión	2 sesión
Instrucción de H.O		
Asesoría Nutricional		
Profilaxis dental		
Aplicación de Flúor		
Aplicación de sellantes	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:					
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :		
Tratamiento:							

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 2° Atención

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

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 3° Atención

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

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 4° Atención

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

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 5° Atención

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

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) **



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)

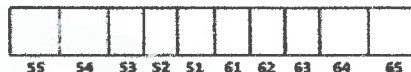
7.1 (v) 3.1 (v)

8.5 (L) 4.6 (L)

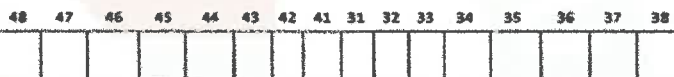
** A partir de adolescente

* Aplica a grupo niño

ODONTOGRAMA FINAL



85 84 83 82 81 71 72 73 74 75



Especificaciones:

Observaciones:

Marcar

ABO

Persona SBU

Libre de foco séptico

Con presencia de foco séptico

Especificar:

Tratamiento Recuperativo

N° Restauraciones realizadas:

N° Exodoncias:

Destartraje (Indicar n° sesiones)

Especificar:

Tratamiento Especializado

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:

FORMATO DE PAPANICOLAOU

H CL: _____

N° Cod del Lab: _____	
DATOS DE LA PACIENTE	
Apellidos y Nombres: _____	
Domicilio: _____	Distrito: _____ Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____	N° DNI: _____ Edad: _____
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> AA MM DD </div>	
HISTORIA GINECOLÓGICA - Fecha de última regla: ____/____/____ - Embarazada: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Uso de Método anticonceptivo: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique tipo de método anticonceptivo y tiempo: _____	Examen Ginecológico <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (especifique) ○ Especifique: _____ Colposcopia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (especifique) Especifique: _____ Diagnóstico anterior: _____ Fecha de diagnóstico anterior: _____
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS Nombre: _____ Profesión / cargo: _____ Fecha de obtención de muestra: ____/____/____	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> AA MM DD </div>	

INFORME DE DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO CÉRVICO UTERINO

1) CALIDAD DE ESPÉCIMEN <input type="checkbox"/> Espécimen satisfactorio para la evaluación <input type="checkbox"/> Espécimen insatisfactorio para la evaluación por _____ <input type="checkbox"/> Espécimen rechazado/no procesado por _____ <input type="checkbox"/> Espécimen procesado y examinado pero insatisfactorio para evaluación de enfermedad epitelial por _____ 2) CLASIFICACIÓN GENERAL <input type="checkbox"/> Negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad <input type="checkbox"/> Anormalidades en células epiteliales <input type="checkbox"/> otros _____ * Indicar si es glandular o escamoso	3.1.2. Células Glandulares <input type="checkbox"/> -Células endometriales benignas de tipo epitelial <input type="checkbox"/> -Células endometriales benignas de tipo estromal <input type="checkbox"/> -Células endometriales benignas de tipo epitelial, en mujer postmenopáusica <input type="checkbox"/> -Células glandulares atípicas (AGC) <input type="checkbox"/> Endocervicales <input type="checkbox"/> Endometriales <input type="checkbox"/> Otro tipo no especificado <input type="checkbox"/> - Adenocarcinoma endocervical in situ <input type="checkbox"/> - Adenocarcinoma, Tipo _____
3) INTERPRETACIÓN DESCRIPTIVA 3.1. ANORMALIDADES DE CÉLULAS EPITELIALES 3.1.1. Células Escamosas <input type="checkbox"/> - Células Escamosas atípicas <input type="checkbox"/> De significación indeterminada (CEASI), equivale a ASCUS <input type="checkbox"/> No excluye LEIAG <input type="checkbox"/> - Lesión Escamosas intraepitelial de BAJO GRADO(LEIBG) <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Displasia leve (NIC I) <input type="checkbox"/> - Lesión Escamosa intraepitelial de ALTO GRADO (LEIAG) <input type="checkbox"/> HPV con atipia <input type="checkbox"/> Displasia moderada (NIC II) <input type="checkbox"/> Displasia Severa (NIC III) <input type="checkbox"/> Carcinoma in situ <input type="checkbox"/> - Carcinoma de células Escamosas (Tipo)	3.2. OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS (especifique) _____ 3.3. CAMBIOS CELULARES BENIGNOS 3.3.1. Cambios asociados a: - Infección (tipo de Microorganismo si la hubiera) _____ 3.3.2. Cambios reactivos asociados a: <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Atrofia con Inflamación <input type="checkbox"/> sin Inflamación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Otros _____ 4. EVALUACIÓN HORMONAL: - Patrón Hormonal compatible con la edad y la información clínica - Patrón Hormonal con discrepancia con la edad y la información clínica (Especifique) _____ Valoración hormonal no posible por _____

Conclusiones y Sugerencias: _____

Obtener nueva muestra SI ☐ NO ☐

Los resultado obtenidos corresponden a las muestras pertenecientes a la paciente identificada, tal como se indica en el presente informe

DATOS DEL PERSONAL RESPONSABLE Diagnóstico realizado en el Laboratorio: _____ Fecha: ____/____/____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> AA MM DD </div>	FIRMADO POR: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Nombres y Apellidos Colegiatura Firma </div>
---	--



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:

