

RED INTEGRADA DE
SALUD SAN IGNACIO

1

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

FECHA

 DÍA MES AÑO

HORA

N° HC

DATOS GENERALES

Apellidos

Nombres

Sexo: M ☐ F ☐ Edad:

N° AFILIACIÓN SIS U OTRO SEGURO

Lugar de Nacimiento

Procedencia

F. Nac.:

Grado de Instrucción

Estado Civil

Grupo
Sanguíneo

Rh

Domicilio

Teléfono

Ocupación

Familiar o cuidador responsable

ANTECEDENTES**ANTECEDENTES PERSONALES**

	SI	NO
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabétes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislipidemias (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACV (Derrame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer cérvix / mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalizado el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervención Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabétes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer: (mama, estómago, colon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descripción de antecedentes y otros

Reacción Alérgica a
MedicamentosNo ☐Si ☐

Cual?

VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR - VACAM**I.- VALORACIÓN FUNCIONAL****Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVS)**

KATZ	Dependiente	Independiente
1. Lavarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Uso del Serv. Higiénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Movilizarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Continencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSTICO
FUNCIONAL

INDEPENDIENTE

(1)

DEPENDIENTE PARCIAL

(2)

DEPENDIENTE TOTAL

(3)

(1) Ningún ítem positivo de dependencia

(2) De 1 a 5 ítems positivos de dependencia

(3) 6 ítems positivos de dependencia

NOMBRES Y APELLIDOS

N° HC

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

II. VALORACIÓN MENTAL

COLOCAR 1 PUNTO POR CADA ERROR

2.1. ESTADO COGNITIVO (PFEIFFER)

¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)

¿Qué día de la semana?

¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)

¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene, ¿Cuál es su dirección completa?

¿Cuántos años tiene?

¿Dónde nació?

¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?

Dígale el primer apellido de su madre

Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hacer entonces la respuesta)

VALORACIÓN COGNITIVA

NORMAL

DC LEVE

DC MODERADO

DC SEVERO

Nota: colocar un punto por cada error: a las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total

DC= Deterioro Cognitivo
- No Deterioro Cognitivo
- Deterioro Cognitivo Leve
- Deterioro Cognitivo Moderado
- Deterioro Cognitivo Severo

E= errores
: = 2 E
: 3 a 4 E
: 5 a 7 E
: 8 a 10 E

(Escala abreviada de yesavage)

2.1. ESTADO AFECTIVO

¿Está satisfecho con su vida?

¿Se siente impotente o indefenso?

¿Tiene problemas de memoria?

¿Siente desgan o se siente imposibilidad respecto a actividades?

Colocar una marca (X) si corresponde

SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS 0-1

CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS 2 O MÁS MARCAS

III. VALORACIÓN NUTRICIONAL

PESO: ESTADO NUTRICIONAL

TALLA: INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Adelgazado Menos de 23

Normal 23.1 a 27.9

Sobrepeso 28 a 31.9

Obeso 32 a más

IMC:

IV. VALORACIÓN DE FRAGILIDAD

ESCALA DE FRAIL

¿Está usted casado?

¿Es incapaz de subir un piso de escaleras?

¿Es incapaz de caminar una manzana?

¿Tiene más de cinco enfermedades?

¿Ha perdido más de 5% de su peso en los últimos 6 meses?

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

PRE FRAGIL (1 a 2 Respuestas Positivas)

PRE FRAGIL (3 a más Respuestas Positivas)

V. VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR

Pts 1.- SITUACIÓN FAMILIAR

1 Vive con familia sin conflicto familiar

2 Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica

3 Vive con cónyuge de similar edad

4 Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima

5 Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)

Pts 3.- VIVIENDA

1 Adecuada a las necesidades

2 Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)

3 Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)

4 Vivienda semi construida o de material rústico

5 Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda

Pts 5.- APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL VIVIENDA)

1 No necesita apoyo

2 Requiere apoyo familiar o vecinal

3 Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social

4 No cuenta con Seguro Social

5 Situación de abandono familiar

Pts 2.- SITUACIÓN ECONÓMICA

1 Dos veces el salario mínimo vital

2 Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales

3 Un salario mínimo vital

4 Ingreso irregular (menos del mínimo vital)

5 Sin pensión, sin otros ingresos

Pts 3.- RELACIONES SOCIALES

1 Mantiene relaciones sociales en la comunidad

2 Relación sólo con familia y vecinos

3 Relación social con la familia

4 No sale del domicilio pero recibe visitas de familia

5 No sale del domicilio y no recibe visitas

VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR

Buena / aceptable situación social

Existe riesgo social

Existe problema social

5 a 9 pts : Buena / aceptable situación social.

10 a 14 pts : Existe riesgo social.

= ó > 15 pts : Existe problema social

N° HC

NOMBRES Y APELLIDOS

VACAMCORTA

RED INTEGRADA DE
SALUD SAN IGNACIO

3

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

Nº	FECHA	PROBLEMAS CRÓNICOS	CONTROLADO/NO CONTROLADO	OBSERVACIÓN

Nº	PROBLEMAS AGUDOS	FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIÓN

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

		DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1	VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR (VACAM)					
2	INMUNIZACIONES					
3	EVALUACIÓN ORAL					
4	INTERVENCIONES PREVENTIVAS					
5	DETERMINACIÓN DE AGUDEZA VISUAL					
6	CONSEJERÍA INTEGRAL					
7	VISITA DOMICILIARIA					
8	TEMAS EDUCATIVOS					
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANTARIAS					
10	TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					
11	VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL					

APELLIDOS Y NOMBRE:

Nº HC

[illegible]

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

CONSULTA

ENFERMEDAD ACTUAL:

FECHA

HORA:

EDAD:

F.N.:

ANTECEDENTES:

MOTIVO DE CONSULTA:

Tiempo de enfermedad:

Inicio:

Curso:

Apetito:

Sed:

Sueño:

Estado de ánimo:

Orina

Deposiciones:

Pérdida de peso:

Ex. Físico

T°:

PA:

FC:

FR:

Peso:

Talla:

IMC:

P. AB.:

Piel:

TCSC Edemas:

Estado de los pies (pulsos):

Cabeza y Cuello:

Cavidad Oral:

Tórax y Pulmones:

Aparato Cardiovascular:

Abdomen:

Aparato Genitourinario:

Tacto Rectal:

Sistema Nervioso:

Aparato Locomotor:

DIAGNÓSTICOS

I. FUNCIONAL:

II. MENTAL:

2.1 Estado Cognitivo

2.2 Estado Afectivo

III. SOCIO - FAMILIAR:

IV. FÍSICO

Independiente ☐

Dependiente Parcial ☐

Dependiente Total ☐

Normal ☐

DC Leve ☐

DC Moderado ☐

DC Severo ☐

Sin manifestaciones depresivas ☐

Con manifestaciones depresivas ☐

Buena ☐

Riesgo Social ☐

Problema Social ☐

1.

2.

3.

4.

CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR:

(al final de la consulta)

SALUDABLE

FRÁGIL

ENFERMO

GERIÁTRICO COMPLETO

TRATAMIENTO

Exámenes auxiliares

Referencia (lugar y motivo)

Próxima cita:

Firma y Sello:

Atendido por:

(Colegio Prof.)

Observaciones:

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° H. CL:

**FORMATO CONSULTA EXTERNA DEL ADULTO MAYOR**

H.CL:

**6****CONSULTA**

FECHA	HORA:	EDAD:
MOTIVO DE CONSULTA:		
TIEMPO DE ENFERMEDAD:		
Funciones biológicas	Apetito:	Sed:
Orina	Deposiciones:	Sueño:
Estado de ánimo:	Fiebre en los últimos días:	los por mas 15 días:
Ex. Físico	PAB	T°:
PA:	FC:	FR:
Peso:	Talla:	IMC:
Piel:		
Cabeza y Cuello:		
Cavidad Oral:		
Tórax y Pulmones:		
Aparato Cardiovascular:		
Abdomen:		
Aparato Genitourinario:		
Sistema Nervioso:		
Aparato Locomotor:		
DIAGNÓSTICOS Y CIE 10		
19	Dxco Nutricional	
2)	Delgadez (): Normal ()	
3)	Sobre peso () Obesidad ()	
TRATAMIENTO / PLAN DE TRABAJO		Exámenes auxiliares
		Interconsulta:
		Referencia:
		Firma y sello del
		Responsable de la atención:
Próxima Cita:		

CONSULTA

FECHA	HORA:	EDAD:
MOTIVO DE CONSULTA:		
TIEMPO DE ENFERMEDAD:		
Funciones biológicas	Apetito:	Sed:
Orina	Deposiciones:	Sueño:
Estado de ánimo:	Fiebre en los últimos días:	los por mas 15 días:
Ex. Físico	PAB	T°:
PA:	FC:	FR:
Peso:	Talla:	IMC:
Piel:		
Cabeza y Cuello:		
Cavidad Oral:		
Tórax y Pulmones:		
Aparato Cardiovascular:		
Abdomen:		
Aparato Genitourinario:		
Sistema Nervioso:		
Aparato Locomotor:		
DIAGNÓSTICOS Y CIE 10		
1)	Dxco Nutricional	
2)	Delgadez (): Normal ()	
3)	Sobre peso () Obesidad ()	
TRATAMIENTO / PLAN DE TRABAJO		Exámenes auxiliares
		Interconsulta:
		Referencia:
		Firma y sello del
		Responsable de la atención:
Próxima Cita:		

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			

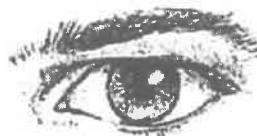


2. EXAMEN OCULAR EXTERNO: (señale y describa si encuentra alguna alteración)

2.1. EXAMEN EXTERNO DEL OJO

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

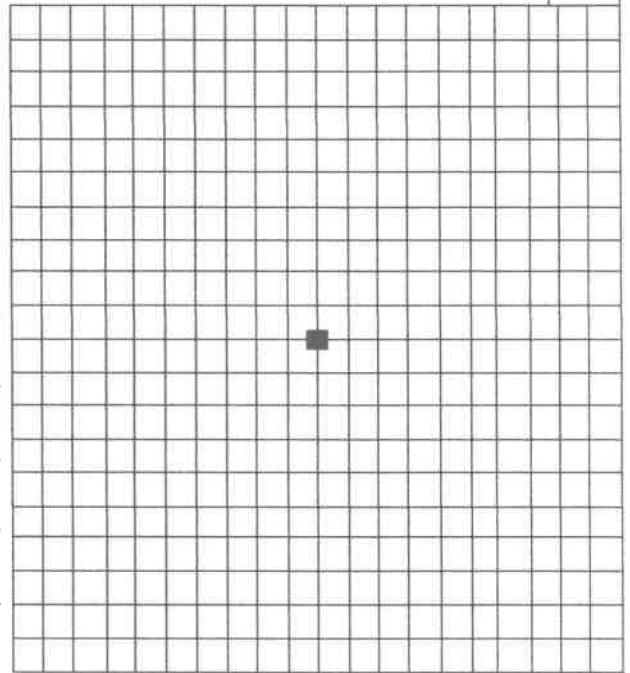
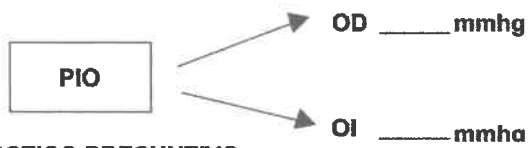


Nº		OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
01	PÁRPADOS		
02	PESTAÑAS		
03	CONJUNTIVA		
04	ESCLERÓTICA		
05	CÓRNEA		
06	IRIS		
07	PUPILA		

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** _____

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

FICHA TAMISAJE DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

REGIÓN Y SUB REGIÓN: _____ RED: _____ ESTABLECIMIENTO: _____
 NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: _____
 EDAD: _____ SEXO: MASCULINO FEMENINO: _____ N° CELULAR DE UN FAMILIAR: _____
 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 del Adulto Mayor

¿Alguna vez fue insultado por algún miembro de su familia? ☐ SI ☐ NO
 ¿Alguna vez fue golpeado por algún miembro de su familia? ☐ SI ☐ NO
 ¿Alguna vez fue obligado a tener relaciones sexuales sin su consentimiento? ¿Quién? _____

- FÍSICO**
- ☐ Hematomas, contusiones inexplicables
 - ☐ Cicatrices, quemaduras
 - ☐ Fracturas inexplicables
 - ☐ Marca de mordeduras
 - ☐ Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.
 - ☐ Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.
 - ☐ Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).
 - ☐ Problemas con apetito. Enuresis (niños).

- PSICOLÓGICO**
- ☐ Extrema falta de confianza en si mismo.
 - ☐ Tristeza, depresión o angustia.
 - ☐ Retraimiento.
 - ☐ Llanto frecuente.
 - ☐ Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
 - ☐ Demandas excesivas de atención.
 - ☐ Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.
 - ☐ Tartamudeo.
 - ☐ Temor a los padres o de llegar al hogar
 - ☐ Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.
 - ☐ Ausentismo escolar
 - ☐ Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde
 - ☐ Bajo rendimiento académico
 - ☐ Aislamiento de personas
 - ☐ Intento de suicidio
 - ☐ Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.

- SEXUALES**
- ☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)
 - ☐ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
 - ☐ Embarazo precoz
 - ☐ Abortos o amenaza de aborto.
 - ☐ Enferm. de transm. sexual
- NEGLIGENCIA**
- ☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
 - ☐ No vacunas o atención de salud.
 - ☐ Acciden. o Enf. muy frecuente
 - ☐ Descuido en higiene al niño
 - ☐ Falta de estimulación del desarrollo
 - ☐ Fatiga, sueño, hambre.

ESTADO
 CON VF ☐ SIN VF ☐
 ATENDIDO POR: _____ FECHA: _____
 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____
 FIRMA: _____

¿Alguna vez fue insultado por algún miembro de su familia? ☐ SI ☐ NO
 ¿Alguna vez fue golpeado por algún miembro de su familia? ☐ SI ☐ NO
 ¿Alguna vez fue obligado a tener relaciones sexuales sin su consentimiento? ¿Quién? _____

- FÍSICO**
- ☐ Hematomas, contusiones inexplicables
 - ☐ Cicatrices, quemaduras
 - ☐ Fracturas inexplicables
 - ☐ Marca de mordeduras
 - ☐ Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.
 - ☐ Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.
 - ☐ Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).
 - ☐ Problemas con apetito. Enuresis (niños).

- PSICOLÓGICO**
- ☐ Extrema falta de confianza en si mismo.
 - ☐ Tristeza, depresión o angustia.
 - ☐ Retraimiento.
 - ☐ Llanto frecuente.
 - ☐ Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
 - ☐ Demandas excesivas de atención.
 - ☐ Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.
 - ☐ Tartamudeo.
 - ☐ Temor a los padres o de llegar al hogar
 - ☐ Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.
 - ☐ Ausentismo escolar
 - ☐ Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde
 - ☐ Bajo rendimiento académico
 - ☐ Aislamiento de personas
 - ☐ Intento de suicidio
 - ☐ Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.

- SEXUALES**
- ☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)
 - ☐ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
 - ☐ Embarazo precoz
 - ☐ Abortos o amenaza de aborto.
 - ☐ Enferm. de transm. sexual
- NEGLIGENCIA**
- ☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
 - ☐ No vacunas o atención de salud.
 - ☐ Acciden. o Enf. muy frecuente
 - ☐ Descuido en higiene al niño
 - ☐ Falta de estimulación del desarrollo
 - ☐ Fatiga, sueño, hambre.

ESTADO
 CON VF ☐ SIN VF ☐
 ATENDIDO POR: _____ FECHA: _____
 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____
 FIRMA: _____

¿Alguna vez fue insultado por algún miembro de su familia? ☐ SI ☐ NO
 ¿Alguna vez fue golpeado por algún miembro de su familia? ☐ SI ☐ NO
 ¿Alguna vez fue obligado a tener relaciones sexuales sin su consentimiento? ¿Quién? _____

- FÍSICO**
- ☐ Hematomas, contusiones inexplicables
 - ☐ Cicatrices, quemaduras
 - ☐ Fracturas inexplicables
 - ☐ Marca de mordeduras
 - ☐ Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.
 - ☐ Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.
 - ☐ Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).
 - ☐ Problemas con apetito. Enuresis (niños).

- PSICOLÓGICO**
- ☐ Extrema falta de confianza en si mismo.
 - ☐ Tristeza, depresión o angustia.
 - ☐ Retraimiento.
 - ☐ Llanto frecuente.
 - ☐ Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
 - ☐ Demandas excesivas de atención.
 - ☐ Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.
 - ☐ Tartamudeo.
 - ☐ Temor a los padres o de llegar al hogar
 - ☐ Robo, mentira, fuga desobediencia, agresividad.
 - ☐ Ausentismo escolar
 - ☐ Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde
 - ☐ Bajo rendimiento académico
 - ☐ Aislamiento de personas
 - ☐ Intento de suicidio
 - ☐ Uso de alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos.

- SEXUALES**
- ☐ Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)
 - ☐ Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
 - ☐ Embarazo precoz
 - ☐ Abortos o amenaza de aborto.
 - ☐ Enferm. de transm. sexual
- NEGLIGENCIA**
- ☐ Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
 - ☐ No vacunas o atención de salud.
 - ☐ Acciden. o Enf. muy frecuente
 - ☐ Descuido en higiene al niño
 - ☐ Falta de estimulación del desarrollo
 - ☐ Fatiga, sueño, hambre.

ESTADO
 CON VF ☐ SIN VF ☐
 ATENDIDO POR: _____ FECHA: _____
 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE ATENCIÓN: _____
 FIRMA: _____

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

CUESTIONARIO DE SINTOMAS - SRQ

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

NOMBRES Y APELLIDOS:

HCL:

EDAD:

FECHA:

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 oírlos?	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			

FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

TEST MINI -MENTAL

STATE EXAMINATION (MMSE) versión - NORMACODERM

NOMBRES Y APELLIDOS:												H CL.:																
FECHA NACIMIENTO:												ESTUDIOS:																
¿A qué edad finalizó los estudios?												Sabe leer: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																
Profesión:												Sabe escribir Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																
I. ORIENTACIÓN TEMPORAL						II. FUACION						V. LENGUAJE																
¿En qué año estamos?						Nombre 3 objetos						Señalando el lápiz ¿Qué es esto?																
¿Qué día del mes es hoy?						a intervalos de 1 segundo						INC		O		COR		1										
¿En qué mes del año estamos?						BICICLETA, CUCHARA, MANZANA						Señalando el reloj ¿Qué es esto?																
RESPUESTA			REAL			Ahora dígalos usted						INC		O		COR		1										
DIA	Mes	Año	DIA	Mes	Año							INC		COR		0		1		2								
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	BICICLETA	0	1	Quiero que repita los siguiente:													
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	CUCHARA	0	1	"NI SI, NI NO, NI PEROS"													
2	2		2	2	2	2	2		2	2	2	MANZANA	0	1														
3	3		3	3	3	3	3		3	3	3		0	1	2	3	Haga lo que le voy a decir											
4			4	4	4		4		4	4	4	Repetir los nombres hasta que los aprenda.							INC		COR							
5			5	5	5		5		5	5	5		coja este papel con la mano derecha.						0		1							
6			6	6	6		6		6	6	6																	
7			7	7	7		7		7	7	7																	
						III. ATENCIÓN CALCULO																						
8			8	8	8		8		8	8	8	Le voy a pedir que reste desde.						dóblelo por la mitad						0		1		
9			9	9	9		9		9	9	9	100 de 7 en 7.																
¿Qué día de la semana es hoy?						RES		REAL		INC		COR		y déjelo en el suelo						0		1						
RESPUESTA								93.		0		1																
L	M	X	J	V	S	D			86		0		1								0		1		2		3	
REAL								79		0		1		Haga lo que dice aquí:														
L	M	X	J	V	S	D			72		0		1		(mostrar a través de esta hoja)													

¿En que estación del años estamos?				65		0		1		"Cierre los ojos"																															
RESPUESTA		REAL		0		1		2		3		4		5		0					1																				
PRIMA		PRIMA		Deletree al revés la palabra										Escriba una frase que tenga																											
VERANO		VERANO		MUNDO										sentido (atrás de esta hoja)																											
OTOÑO		OTOÑO		RES		REAL		INC		COR		0										1																			
INVIER		INVIER				O		0		1		Copie este dibujo(atras de esta hoja)																													
0		1		2		3		4		5		D		0		1																									
ORIENTACIÓN ESPACIAL										N		0		1																											
¿En qué país estamos?										U		0		1		PUNTUACIÓN TOTAL																									
INC		0		COR		1		M		0		1		0		1		2		3																					
¿En qué provincia estamos?										0		1		2		3		4		5		0		1		2		3		4		5		6		7		8		9	
INC		0		COR		1		IV. MEMORIA										Puntuación máxima (30)																							
¿En qué ciudad estamos?										Dígame el nombre de los tres										EDAD																					
INC		0		COR		1		objetos que le nombre antes																																	
¿Donde estamos ahora?																																									
INC		0		COR		1		BICICLETA										0		1																					
¿En qué piso / planta estamos?										CUCHARA										0		1																			
INC		0		COR		1		MANZANA										0		1		PUNTUACIÓN																			
0		1		2		3		4		5												0		1		2		3		CORREGIDA											



CIERRE LOS OJOS

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

Nombre y Apellidos: _____

Firma y sello

FICHA DE EVALUACIÓN ODONTO-ESTOMATOLÓGICA

NOMBRES Y APELLIDOS:				Gestante:	SI	NO	H. Cl:
D.N.I.:				Edad Paciente:		Ocupación:	Fecha:
DIRECCIÓN:				Celular:		Tipo de Seguro:	Edad Gestacional:
Peso:	Talla:	P.A.:	Apoderado:	Menor de Edad:		SIS	Otro:
ANTECEDENTES FAMILIARES Y/O PERSONALES:						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

INDICE CPD / ceod:

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

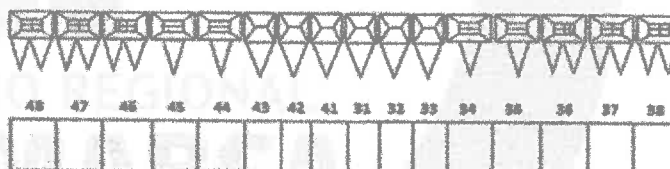
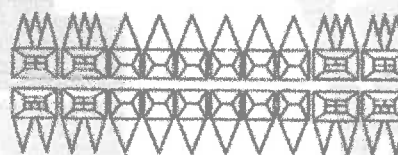
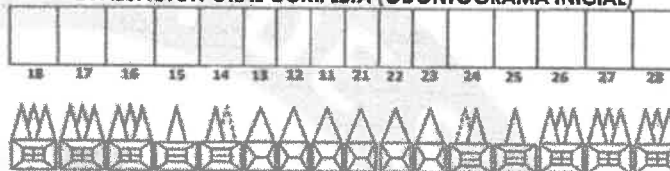
IHO-s

Placa blanda *	Piezas		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)	
	8.5 (L)	4.6 (L)	

** A partir de adolescente

* Aplica a grupo niño

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 Pulpal (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:	Peso:	Talla:	P.A:	T° :
Motivo de Consulta:						
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 7° Atención

Historia Clínica N°

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

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 8° Atención

Historia Clínica N°

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

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 9° Atención

Historia Clínica N°

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

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 10° Atención

Historia Clínica N°

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

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

OBSERVACIONES:

ODONTOGRAMA FINAL

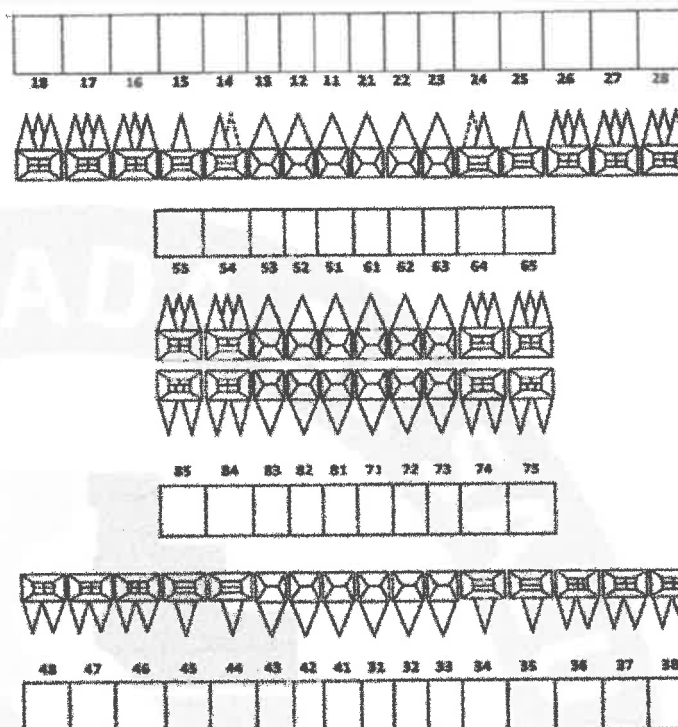
EVALUACIÓN FINAL:

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

Especificaciones:

Observaciones:

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)	
		8.5 (L)	4.6 (L)	
SUMA 6 PIEZAS/6 INDICE DE PB Y PC				
IHO-s				

* Aplica a grupo niño

** A partir de adolescente

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

Tratamiento Recuperativo	Nº Restauraciones realizadas:
Tratamiento Especializado	Nº Exodoncias:
	Destartraje (indicar nº 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:
Edad Paciente:		Nº Historia Clínica:	Fecha:	Tipo de Seguro:	F.P.P:
				SIS	Otro:



EXÁMENES DE LABORATORIO

15



Nombre y Apellidos: _____ H.Cl.: _____



EXÁMENES DE LABORATORIO

16



Nombre y Apellidos: _____ 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 menarquia: 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:

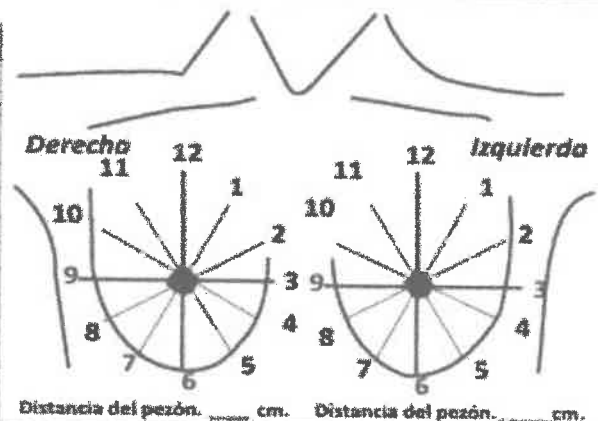
Historia de familiar directo de: Cáncer de mama: Si ☐ NO ☐ Cáncer de mama: Si ☐ NO ☐ Otro cáncer:

Hábitos : Tabaco: Si ☐ NO ☐ Alcohol: Si ☐ NO ☐

EXAMEN CLÍNICO DE MAMA:

CARACTERÍSTICAS DEL TUMOR

	Mama derecha	Mama izquierda
Tumor palpable	Tamaño Tumor 1 Tamaño Tumor 2	cm cm
Consistencia del tumor (blando, duro, pétreo, fluctuante)		
Tumor es movable (Si o No)		
Forma del tumor (redondo, oval, asimétrico)		
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"		



Distancia del pezón: cm. Distancia del pezón: cm.

* 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

**DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD****FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR****18****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:	