



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA SALUD SAN IGNACIO



MICRORED

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

CÓDIGO:

CATEGORÍA:

HISTORIA CLÍNICA INTEGRAL DE LA GESTANTE Y SU NIÑO POR NACER

FECHA:
APERTURA

HORA DE
APERTURA

N° DE HISTORIA
CLÍNICA /FF

APELLIDOS Y NOMBRES

DATOS GENERALES

LUGAR DE
NACIMIENTO:

FECHA DE
NACIMIENTO:

PROCEDENCIA:

EDAD:

ETNIA:

APELLIDOS Y
NOMBRE DE PADRE

VIVO

MUERTO

APELLIDOS Y
NOMBRE DE LA MADRE

VIVO

MUERTO

TELÉFONOS

FIJO: 1

2.

CELULAR 1.

2.

DOCUMENTO DE
IDENTIDAD:

DNI

OTRO

N° AFILIACIÓN SIS

ESSALUD

ESTADO CIVIL

S C Co V D

GRADOS DE INSTRUCCIÓN

ANALFABETA

PRIMARIA

SECUNDARIA

SUPERIOR

SUPERIOR NO UNIVERST.

PROFESIÓN

OCUPACIÓN

RELIGIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA
PERSONA QUE ACOMPAÑA

PARENTESCO

DIRECCIÓN DE LA PERSONA
ACOMPAÑANTE

TELÉFONO
ACOMPAÑANTE

DIRECCION: calle, avenida

SECTOR: CASERIO

RESPONSABLE DEL SECTOR

Si hubiera cambio de domicilio o se confirma que la gestante no es de la jurisdicción anotar nueva dirección

DIRECCIÓN: Jr, calle, avenida

SECTOR: CASERIO

RESPONSABLE DEL SECTOR:

PROGRAMA SOCIAL:

DETERMINAR FACTORES DE RIESGO SOCIAL EN LA 1ra APN

Domicilio distante al establecimiento de Salud	Pobreza	Analfabetismo	Antecedentes de parto domiciliario	Embarazo actual sin APN	OTROS

TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR BASADA EN GÉNERO EN CADA APN

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: Evaluar la condición: embarazo no deseado, problemas ginecológicos, antecedentes de aborto en condiciones de riesgo, parto prematuro, complicaciones de embarazo, anemia, bajo peso, infecciones.

1	2	3	4	5	6	7	8

APLICA PLAN INDIVIDUALIZADO DE PARTO

1er APN GESTANTE y/o ACOMPAÑANTE	2da DOMICILIO GESTANTE + FAMILIAR	2ra DOMICILIO GESTANTE + FAMILIAR +ACS
F:	F:	F:

LISTA DEL CHEQUEO DE ENTREGA DEL PAQUETE DEL CUIDADO INTEGRAL DE LA GESTANTE

ACTIVIDADES	FECHA DE REFERENCIA INTERNA Y/O ATENCION							
	1	2	3	4	5	6		
MEDICINA								
NUTRICIÓN								
DENTAL								
PSICOLOGÍA								
INMUNIZACIONES								
ECOGRAFÍA								
TEST NO ESTRESANTE	33 - 36 SS	FECHA	RESULTADO	37 - 40 SS	FECHA	RESULTADO		
ESTIMULACIÓN PRENATAL								
PSICOPROFILAXIS								
PELVIMETRIA								
DOSAJE DE HEMOGLOBINA	1ra	2da	FECHA	RESULTADO	3ra	FECHA	RESULTADO	4ta 30 días postparto:
		25.28 ss			37 - 40 SS			
VACUNA ANTI - D	GESTACIÓN 28 A 32 SEMANAS				PUERPERIO 72 HORAS			
TEST DE RODAMIENTO EG 28 A 32 SEMANAS	FECHA		P/A MEDIA	PAM = $\frac{P.sistólica - P.diastólica + P.D}{3}$			RESULTADO	
1er BATERÍA DE LABORATORIO GESTANTE				2da BATERÍA DE LABORATORIO GESTANTE				

TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR BASADA EN GÉNERO EN CADA APN

Alimentación y Nutrición	1	Señales de peligro	2	Lactancia Materna	3	Planificación Familiar y MAC	4
--------------------------	---	--------------------	---	-------------------	---	------------------------------	---

TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR BASADA EN GÉNERO EN CAD APN

Nutrición	1	Señales de Alarma	2	Cáncer Ginecológico	3	ITS - VIH SIDA	4
-----------	---	-------------------	---	---------------------	---	----------------	---

APELLIDOS Y NOMBRES:

HCL:

1° ATENCIÓN PRE NATAL

FECHA DE ATENCION				HORA:			
ANAMNESIS	MOTIVO DE CONSULTA		MOLESTIA PRINCIPAL		SI	NO	
			Fiebre				
	RELATO CRONOLOGICO		Vómitos incontinentes				
			Molestias urinarias				
			Pérdida de liquido por vagina				
			Pérdida de sangre por vagina				
	Tiempo de enfermedad		Dolor abdominal, epigastralgia o pélvica				
	FUNCIONES BIOLOGICAS	APETITO:	Leucorrea y/o prurito vulvar				
	SED:	SUEÑO:	Cefalea				
	ORINA:	DEPOSICIONES	Sintomático respiratorio				
ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS							
MENARQUÍA: años Régimen Catamenial: días/ días Transtor. Menstruales:					SI	NO	
Edad inicio RRSS años		N° Parejas Sexuales					
Ha sufrido de alguna ITS No Si		Tratamiento recibido				Sin Tto:	
Conoce método anticonceptivo NO SI		Uso de MAC NO/SI		Nombre:	Fecha y motivo de abandono:		
Último PAP/IVAA: Fecha		Resultado:		¿Recibió Tto?	SI	NO	
DATOS DE EMBARAZOS ANTERIORES				G:	PARIDAD		
NO	Fecha del parto /Lugar de parto EESS - Domicilio	Tipo de parto	Complicaciones		Fecha del parto /Lugar de parto EESS - Domicilio	Tipo de parto	Complicaciones
G1				G7			
G2				G8			
G3				G9			
G4				G10			
G5				G11			
G6				G12			
NOMBRE Y APELLIDOS					HCL		

FUR:		FPP:		EG:	
DIAGNOSTICO ECOGRAFICO					FECHA:
EXAMEN FISICO		IMC		PESO PREGESTACIONAL	DIAGNÓSTICO
1. SIGNOS VITALES : PA:		PAM:	P:	T°	FR:
2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL: BEG		REG.	MEG.	HIDRATACIÓN:	Saturación:
3. EXAMEN CLÍNICO REGIONAL: cabeza				Ojos	Peso:
Oído:				Nariz:	Talla:
Boca:				Cuero cabelludo:	
Cuello:					
4. TÓRAX:					
5. EXAMEN DE MAMAS					
6. EXAMEN ABDOMINAL					
AU:		SPP:		FCF:	MF:
DU: NO/SI		(F:	(I:	D:	8. M. INFERIORES: Reflejo osteotendinoso
7. EXAMEN GINECOLÓGICO					9. EDEMA POR NIVELES
Genitales Externos					Sin edema:
Genitales Internos:					M. Interiores: Pre tibial (+)
Especuloscopia					Abdomen y Manos (+)
TACTO VAGINAL:					Cara: (+++)
PELVIS					Anasarca (+++)
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS:					
DIAGNÓSTICO:		TIPO DE DX		CIE X	TRATAMIENTO
		P	D	R	
		P	D	R	
		P	D	R	
		P	D	R	
		P	D	R	
		P	D	R	
PLAN DE TRABAJO:					
MEDIDAS HIGIÉNICOS DIETÉTICOS					
INTERCONSULTA:					
REFERENCIA:					
OBSERVACIÓN:					
RESULTADO TEST RODAMIENTO 28.32ss:					
FIRMA Y SELLO (colegio profesional)					FECHA PRÓXIMA CITA:
NOMBRE Y APELLIDOS					N° HCL:

ATENCIÓN PRENATAL N°		FECHA DE ATENCIÓN		HORA		EDAD			
MOTIVO DE CONSULTA				MOLESTIA PRINCIPAL		SI		NO	
RELATO CRONOLÓGICO				Fiebre					
				Vómitos Incontenibles					
				Molestias Urinarias					
				Pérdida de liquido por vagina					
				Pérdida de sangre por vagina					
Tiempo de enfermedad				Dolor abdominal, Epigastralgia o pelvico					
FUNCIONES BIOLÓGICAS		APETITO				Leucorrea y/o prurito vulvar			
SED		SUEÑO		Cefalea					
ORINA		DEPOSICIONES:		Sintomático respiratorio					
ANTECEDENTES									
1. SIGNOS VITALES : PA: PAM: P: T°: FR: Saturación: Peso: Talla:									
2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL: BEG REG. MEG. HIDRATACIÓN: NUTRICIÓN: Estado de Conciencia:									
3. EXAMEN CLÍNICO REGIONAL: Cabeza Ojos									
Oído:									
Nariz:									
Boca:									
Cuello: Cuero cabelludo:									
4. TÓRAX:									
5. EXAMEN DE MAMAS									
6. EXAMEN ABDOMINAL									
AU: SPP: FCF: MF:									
DU: NO/SI F: I: D:									
7. EXAMEN GINECOLÓGICO					8. M. INFERIORES: Reflejo osteotendinoso			9. EDEMA POR NIVELES	
Genitales Externos					Arreflexia: (0)			Sin edema:	
Genitales Internos:					Hiporreflexia (+)			M. Interiores: Pre tibial (+)	
Especuloscopia					Normal: (++)			Abdomen y Manos (+)	
TACTO VAGINAL:					Aumentados: (+++)			Cara: (+++)	
					Exitados, clonus (+++)			Anasarca (+++)	
PELVIS									
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS:									
DIAGNÓSTICO:				TIPO DE DX		CIE X		TRATAMIENTO	
				P D R					
				P D R					
				P D R					
				P D R					
				P D R					
				P D R					
PLAN DE TRABAJO:									
MEDIDAS HIGIÉNICOS DIETÉTICOS									
INTERCONSULTA:									
REFERENCIA:									
OBSERVACIÓN:									
						FECHA PRÓXIMA CITA:			
RESULTADO TEST RODAMIENTO 28.32ss:									
FIRMA Y SELLO (colegio profesional)									
NOMBRE Y APELLIDOS						N° HCL:			

ATENCIÓN PRENATAL N°		FECHA DE ATENCIÓN		HORA		EDAD	
MOTIVO DE CONSULTA				MOLESTIA PRINCIPAL		SI NO	
				Fiebre			
RELATO CRONOLÓGICO				Vómitos Incontenibles			
				Molestias Urinarias			
				Pérdida de líquido por vagina			
				Pérdida de sangre por vagina			
Tiempo de enfermedad				Dolor abdominal, Epigastralgia o pelvico			
FUNCIONES BIOLÓGICAS		APETITO		Leucorrea y/o prurito vulvar			
SED		SUEÑO		Cefalea			
ORINA		DEPOSICIONES:		Sintomático respiratorio			
ANTECEDENTES							
1. SIGNOS VITALES : PA: PAM: P: T°: FR: Saturación: Peso: Talla:							
2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL: BEG REG. MEG. HIDRATACIÓN: NUTRICIÓN: Estado de Conciencia:							
3. EXAMEN CLÍNICO REGIONAL: Cabeza Ojos							
Oído:							
Nariz:							
Boca: Cuero cabelludo:							
Cuello:							
4. TÓRAX:							
5. EXAMEN DE MAMAS							
6. EXAMEN ABDOMINAL							
AU: SPP: FCF: MF:							
DU: NO/SI F: I: D:							
7. EXAMEN GINECOLÓGICO				8. M. INFERIORES: Reflejo osteotendinoso		9. EDEMA POR NIVELES	
Genitales Externos				Arreflexia: (0)		Sin edema:	
Genitales Internos:				Hiporreflexia (+)		M. Interiores: Pre tibial (+)	
Especuloscopia				Normal: (++)		Abdomen y Manos (+)	
TACTO VAGINAL:				Aumentados: (+++)		Cara: (+++)	
				Exitados, clonus (+++)		Anasarca (+++)	
PELVIS							
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS:							
DIAGNÓSTICO:				TIPO DE DX		CIE X	
				P D R			
				P D R			
				P D R			
				P D R			
				P D R			
				P D R			
PLAN DE TRABAJO:							
MEDIDAS HIGIÉNICOS DIETÉTICOS							
INTERCONSULTA:							
REFERENCIA:							
OBSERVACIÓN:							
RESULTADO TEST RODAMIENTO 28.32ss:							
FIRMA Y SELLO (colegio profesional)						FECHA PRÓXIMA CITA:	
NOMBRE Y APELLIDOS						N° HCL:	

ATENCIÓN PRENATAL N°		FECHA DE ATENCIÓN		HORA		EDAD	
MOTIVO DE CONSULTA				MOLESTIA PRINCIPAL		SI	NO
RELATO CRONOLÓGICO				Fiebre			
				Vómitos Incontenibles			
				Molestias Urinarias			
				Pérdida de líquido por vagina			
				Pérdida de sangre por vagina			
Tiempo de enfermedad				Dolor abdominal, Epigastralgia o pelvico			
FUNCIONES BIOLÓGICAS		APETITO			Leucorrea y/o prurito vulvar		
SED		SUEÑO		Cefalea			
ORINA		DEPOSICIONES:		Sintomático respiratorio			
ANTECEDENTES							
1. SIGNOS VITALES : PA: PAM: P: T°: FR: Saturación: Peso: Talla:							
2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL: BEG REG. MEG. HIDRATACIÓN: NUTRICIÓN: Estado de Conciencia:							
3. EXAMEN CLÍNICO REGIONAL: Cabeza Ojos							
Oído:							
Nariz:							
Boca:							
Cuello:							
4. TÓRAX:							
5. EXAMEN DE MAMAS							
6. EXAMEN ABDOMINAL							
AU:		SPP:		FCF:		MF:	
DU: NO/SI		F:		I:		D:	
7. EXAMEN GINECOLÓGICO				8. M. INFERIORES: Reflejo osteotendinoso		9. EDEMA POR NIVELES	
Genitales Externos				Arreflexia: (0)		Sin edema:	
Genitales Internos:				Hiporreflexia (+)		M. Interiores: Pre tibial (+)	
Especuloscopia				Normal: (++)		Abdomen y Manos (+)	
TACTO VAGINAL:				Aumentados: (+++)		Cara: (+++)	
				Exitados, clonus (+++)		Anasarca (+++)	
PELVIS							
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS:							
DIAGNÓSTICO:		TIPO DE DX		CIE X	TRATAMIENTO		
		P	D	R			
		P	D	R			
		P	D	R			
		P	D	R			
		P	D	R			
PLAN DE TRABAJO:							
MEDIDAS HIGIÉNICOS DIETÉTICOS							
INTERCONSULTA:							
REFERENCIA:							
OBSERVACIÓN:							
RESULTADO TEST RODAMIENTO 28.32ss:							
FIRMA Y SELLO (colegio profesional)						FECHA PRÓXIMA CITA:	
NOMBRE Y APELLIDOS						N° HCL:	

ATENCIÓN PRENATAL N°		FECHA DE ATENCIÓN		HORA		EDAD	
MOTIVO DE CONSULTA				MOLESTIA PRINCIPAL		SI NO	
				Fiebre			
RELATO CRONOLÓGICO				Vómitos Incontenibles			
				Molestias Urinarias			
				Pérdida de liquido por vagina			
				Pérdida de sangre por vagina			
Tiempo de enfermedad				Dolor abdominal, Epigastralgia o pelvico			
FUNCIONES BIOLÓGICAS		APETITO		Leucorrea y/o prurito vulvar			
SED		SUEÑO		Cefalea			
ORINA		DEPOSICIONES:		Sintomático respiratorio			
ANTECEDENTES							
1. SIGNOS VITALES : PA: PAM: P: T°: FR: Saturación: Peso: Talla:							
2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL: BEG REG. MEG. HIDRATACIÓN: NUTRICIÓN: Estado de Conciencia:							
3. EXAMEN CLÍNICO REGIONAL: Cabeza Ojos							
Oído:							
Nariz:							
Boca: Cuero cabelludo:							
Cuello:							
4. TÓRAX:							
5. EXAMEN DE MAMAS							
6. EXAMEN ABDOMINAL							
AU: SPP: FCF: MF:							
DU: NO/SI F: I: D:							
7. EXAMEN GINECOLÓGICO				8. M. INFERIORES: Reflejo osteotendinoso		9. EDEMA POR NIVELES	
Genitales Externos				Arreflexia: (0)		Sin edema:	
Genitales Internos:				Hiporreflexia (+)		M. Interiores: Pre tibial (+)	
Especuloscopia				Normal: (++)		Abdomen y Manos (+)	
TACTO VAGINAL:				Aumentados: (+++)		Cara: (+++)	
				Exitados, clonus (+++)		Anasarca (+++)	
PELVIS							
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS:							
DIAGNÓSTICO:				TIPO DE DX		CIE X	
				P D R			
				P D R			
				P D R			
				P D R			
				P D R			
				P D R			
PLAN DE TRABAJO:							
MEDIDAS HIGIÉNICOS DIETÉTICOS							
INTERCONSULTA:							
REFERENCIA:							
OBSERVACIÓN:							
RESULTADO TEST RODAMIENTO 28.32ss:							
FIRMA Y SELLO (colegio profesional)				FECHA PRÓXIMA CITA:			
NOMBRE Y APELLIDOS				N° HCL:			

[illegible]

ATENCIÓN PRENATAL N°		FECHA DE ATENCIÓN		HORA		EDAD	
MOTIVO DE CONSULTA				MOLESTIA PRINCIPAL		SI	NO
				Fiebre			
				Vómitos Incontenibles			
				Molestias Urinarias			
				Pérdida de líquido por vagina			
				Pérdida de sangre por vagina			
Tiempo de enfermedad				Dolor abdominal, Epigastralgia o pelvico			
FUNCIONES BIOLÓGICAS		APETITO		Leucorrea y/o prurito vulvar			
SED		SUEÑO		Cefalea			
ORINA		DEPOSICIONES:		Sintomático respiratorio			
ANTECEDENTES							
1. SIGNOS VITALES : PA: PAM: P: T°: FR: Saturación: Peso: Talla:							
2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL: BEG REG. MEG. HIDRATACIÓN: NUTRICIÓN: Estado de Conciencia:							
3. EXAMEN CLÍNICO REGIONAL: Cabeza Ojos							
Oído:							
Nariz:							
Boca:							
Cuello:							
4. TÓRAX:							
5. EXAMEN DE MAMAS							
6. EXAMEN ABDOMINAL							
AU:		SPP:		FCF:		MF:	
DU: NO/SI		F:		I:		D:	
7. EXAMEN GINECOLÓGICO				8. M. INFERIORES: Reflejo osteotendinoso		9. EDEMA POR NIVELES	
Genitales Externos				Arreflexia: (0)		Sin edema:	
Genitales Internos:				Hiporreflexia (+)		M. Interiores: Pre tibial (+)	
Especuloscopia				Normal: (++)		Abdomen y Manos (+)	
TACTO VAGINAL:				Aumentados: (+++)		Cara: (+++)	
				Exitados, clonus (+++)		Anasarca (+++)	
PELVIS							
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS:							
DIAGNÓSTICO:		TIPO DE DX		CIE X	TRATAMIENTO		
		P	D	R			
		P	D	R			
		P	D	R			
		P	D	R			
		P	D	R			
		P	D	R			
PLAN DE TRABAJO:							
MEDIDAS HIGIÉNICOS DIETÉTICOS							
INTERCONSULTA:							
REFERENCIA:							
OBSERVACIÓN:							
RESULTADO TEST RODAMIENTO 28.32ss:							
FIRMA Y SELLO (colegio profesional)					FECHA PRÓXIMA CITA:		
NOMBRE Y APELLIDOS					N° HCL:		

ATENCIÓN PRENATAL N°		FECHA DE ATENCIÓN		HORA		EDAD	
MOTIVO DE CONSULTA				MOLESTIA PRINCIPAL		SI	NO
RELATO CRONOLÓGICO				Fiebre			
				Vómitos Incontenibles			
				Molestias Urinarias			
				Pérdida de líquido por vagina			
				Pérdida de sangre por vagina			
Tiempo de enfermedad				Dolor abdominal, Epigastralgia o pelvico			
FUNCIONES BIOLÓGICAS	APETITO			Leucorrea y/o prurito vulvar			
SED	SUEÑO		Cefalea				
ORINA	DEPOSICIONES:		Sintomático respiratorio				
ANTECEDENTES							
1. SIGNOS VITALES : PA: PAM: P: T°: FR: Saturación: Peso: Talla:							
2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL: BEG REG. MEG. HIDRATACIÓN: NUTRICIÓN: Estado de Conciencia:							
3. EXAMEN CLÍNICO REGIONAL: Cabeza Ojos							
Oído:							
Nariz:							
Boca:							
Cuello: Cuero cabelludo:							
4. TÓRAX:							
5. EXAMEN DE MAMAS							
6. EXAMEN ABDOMINAL							
AU:		SPP:		FCF:		MF:	
DU: NO/SI		F:		I:		D:	
7. EXAMEN GINECOLÓGICO				8. M. INFERIORES: Reflejo osteotendinoso		9. EDEMA POR NIVELES	
Genitales Externos				Arreflexia: (0)		Sin edema:	
Genitales Internos:				Hiporreflexia (+)		M. Interiores: Pre tibial (+)	
Especuloscopia				Normal: (++)		Abdomen y Manos (+)	
TACTO VAGINAL:				Aumentados: (+++)		Cara: (+++)	
				Exitados, clonus (+++)		Anasarca (+++)	
PELVIS							
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS:							
DIAGNÓSTICO:		TIPO DE DX			CIE X	TRATAMIENTO	
		P	D	R			
		P	D	R			
		P	D	R			
		P	D	R			
		P	D	R			
		P	D	R			
PLAN DE TRABAJO:							
MEDIDAS HIGIÉNICOS DIETÉTICOS							
INTERCONSULTA:							
REFERENCIA:							
OBSERVACIÓN:							
						FECHA PRÓXIMA CITA:	
RESULTADO TEST RODAMIENTO 28.32ss:							
FIRMA Y SELLO (colegio profesional)							
NOMBRE Y APELLIDOS						N° HCL:	

ATENCIÓN PRENATAL N°		FECHA DE ATENCIÓN		HORA		EDAD			
MOTIVO DE CONSULTA				MOLESTIA PRINCIPAL		SI		NO	
RELATO CRONOLÓGICO				Fiebre					
				Vómitos Incontenibles					
				Molestias Urinarias					
				Pérdida de líquido por vagina					
				Pérdida de sangre por vagina					
Tiempo de enfermedad				Dolor abdominal, Epigastralgia o pélvico					
FUNCIONES BIOLÓGICAS		APETITO				Leucorrea y/o prurito vulvar			
SED		SUEÑO		Cefalea					
ORINA		DEPOSICIONES:		Sintomático respiratorio					
ANTECEDENTES									
1. SIGNOS VITALES : PA: PAM: P: T°: FR: Saturación: Peso: Talla:									
2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL: BEG REG. MEG. HIDRATACIÓN: NUTRICIÓN: Estado de Conciencia:									
3. EXAMEN CLÍNICO REGIONAL: Cabeza Ojos									
Oído:									
Nariz:									
Boca: Cuero cabelludo:									
Cuello:									
4. TÓRAX:									
5. EXAMEN DE MAMAS									
6. EXAMEN ABDOMINAL									
AU: SPP: FCF: MF:									
DU: NO/SI F: I: D:									
7. EXAMEN GINECOLÓGICO				8. M. INFERIORES: Reflejo osteotendinoso			9. EDEMA POR NIVELES		
Genitales Externos				Arreflexia: (0)			Sin edema:		
Genitales Internos:				Hiporreflexia (+)			M. Interiores: Pre tibial (+)		
Especuloscopia				Normal: (++)			Abdomen y Manos (+)		
TACTO VAGINAL:				Aumentados: (+++)			Cara: (+++)		
				Exitados, clonus (+++)			Anasarca (+++)		
PELVIS									
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS:									
DIAGNÓSTICO:				TIPO DE DX		CIE X		TRATAMIENTO	
				P D R					
				P D R					
				P D R					
				P D R					
				P D R					
				P D R					
PLAN DE TRABAJO:									
MEDIDAS HIGIÉNICOS DIETÉTICOS									
INTERCONSULTA:									
REFERENCIA:									
OBSERVACIÓN:									
						FECHA PRÓXIMA CITA:			
RESULTADO TEST RODAMIENTO 28.32ss:									
FIRMA Y SELLO (colegio profesional)									
NOMBRE Y APELLIDOS						N° HCL:			

ATENCIÓN PRENATAL N°		FECHA DE ATENCIÓN		HORA		EDAD	
MOTIVO DE CONSULTA				MOLESTIA PRINCIPAL		SI	NO
				Fiebre			
				Vómitos Incontenibles			
				Molestias Urinarias			
				Pérdida de líquido por vagina			
				Pérdida de sangre por vagina			
Tiempo de enfermedad				Dolor abdominal, Epigastria o pelvico			
FUNCIONES BIOLÓGICAS		APETITO		Leucorrea y/o prurito vulvar			
SED		SUEÑO		Cefalea			
ORINA		DEPOSICIONES:		Sintomático respiratorio			
ANTECEDENTES							
1. SIGNOS VITALES : PA: PAM: P: T°: FR: Saturación: Peso: Talla:							
2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL: BEG REG. MEG. HIDRATACIÓN: NUTRICIÓN: Estado de Conciencia:							
3. EXAMEN CLÍNICO REGIONAL: Cabeza Ojos							
Oído:							
Nariz:							
Boca:							
Cuello:							
4. TÓRAX:							
5. EXAMEN DE MAMAS							
6. EXAMEN ABDOMINAL							
AU:		SPP:		FCF:		MF:	
DU: NO/SI		F:		I:		D:	
7. EXAMEN GINECOLÓGICO				8. M. INFERIORES: Reflejo osteotendinoso		9. EDEMA POR NIVELES	
Genitales Externos				Arreflexia: (0)		Sin edema:	
Genitales Internos:				Hiporreflexia (+)		M. Internos: Pre tibial (+)	
Especuloscopia				Normal: (++)		Abdomen y Manos (+)	
TACTO VAGINAL:				Aumentados: (+++)		Cara: (+++)	
				Exitados, clonus (+++)		Anasarca (+++)	
PELVIS							
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS:							
DIAGNÓSTICO:		TIPO DE DX			CIE X	TRATAMIENTO	
		P	D	R			
		P	D	R			
		P	D	R			
		P	D	R			
		P	D	R			
		P	D	R			
PLAN DE TRABAJO:							
MEDIDAS HIGIÉNICAS DIETÉTICAS							
INTERCONSULTA:							
REFERENCIA:							
OBSERVACIÓN:							
						FECHA PRÓXIMA CITA:	
RESULTADO TEST RODAMIENTO 28.32ss:							
FIRMA Y SELLO (colegio profesional)							
NOMBRE Y APELLIDOS						N° HCL:	

ATENCIÓN PRENATAL N°		FECHA DE ATENCIÓN		HORA		EDAD	
MOTIVO DE CONSULTA				MOLESTIA PRINCIPAL		SI NO	
				Fiebre			
RELATO CRONOLÓGICO				Vómitos Incontenibles			
				Molestias Urinarias			
				Pérdida de líquido por vagina			
				Pérdida de sangre por vagina			
Tiempo de enfermedad				Dolor abdominal, Epigastralgia o pelvico			
FUNCIONES BIOLÓGICAS		APETITO		Leucorrea y/o prurito vulvar			
SED		SUEÑO		Cefalea			
ORINA		DEPOSICIONES:		Sintomático respiratorio			
ANTECEDENTES							
1. SIGNOS VITALES : PA: PAM: P: T°: FR: Saturación: Peso: Talla:							
2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL: BEG REG. MEG. HIDRATACIÓN: NUTRICIÓN: Estado de Conciencia:							
3. EXAMEN CLÍNICO REGIONAL: Cabeza Ojos							
Oído:							
Nariz:							
Boca: Cuero cabelludo:							
Cuello:							
4. TÓRAX:							
5. EXAMEN DE MAMAS							
6. EXAMEN ABDOMINAL							
AU: SPP: FCF: MF:							
DU: NO/SI F: I: D:							
7. EXAMEN GINECOLÓGICO				8. M. INFERIORES: Reflejo osteotendinoso		9. EDEMA POR NIVELES	
Genitales Externos				Arreflexia: (0)		Sin edema:	
Genitales Internos:				Hiporreflexia (+)		M. Interiores: Pre tibial (+)	
Especuloscopia				Normal: (++)		Abdomen y Manos (+)	
TACTO VAGINAL:				Aumentados: (+++)		Cara: (+++)	
				Exitados, clonus (+++)		Anasarca (+++)	
PELVIS							
FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS:							
DIAGNÓSTICO:		TIPO DE DX			CIE X	TRATAMIENTO	
		P D R					
		P D R					
		P D R					
		P D R					
		P D R					
		P D R					
PLAN DE TRABAJO:							
MEDIDAS HIGIÉNICOS DIETÉTICOS							
INTERCONSULTA:							
REFERENCIA:							
OBSERVACIÓN:							
RESULTADO TEST RODAMIENTO 28.32ss:							
FIRMA Y SELLO (colegio profesional)				FECHA PRÓXIMA CITA:			
NOMBRE Y APELLIDOS				N° HCL:			



1ra. CONSULTA MÉDICA

FECHA DE ATENCIÓN
ANAMNESIS:

HORA:

EDAD:

FUNCIONES VITALES

P.A.:

PULSO:

T°:

FR:

PESO:

SATURACION:

EXAMEN CLÍNICO:

DIAGNOSTICO:

CODIGO CIE 10

TRATAMIENTO:

PROXIMA CITA:

REFERENCIA/INTERCONSULTA:

MÉDICO RESPONSABLE
FIRMA Y SELLO

2ra. CONSULTA MÉDICA

FECHA DE ATENCIÓN
ANAMNESIS:

HORA:

EDAD:

FUNCIONES VITALES

P.A.:

PULSO:

T°:

FR:

PESO:

SATURACION:

EXAMEN CLÍNICO:

DIAGNOSTICO:

CODIGO CIE 10

TRATAMIENTO:

PROXIMA CITA:

REFERENCIA/INTERCONSULTA:

MÉDICO RESPONSABLE
FIRMA Y SELLO

NOMBRES Y APELLIDOS:

HCL:

1ra. CONSULTA PSICOLÓGICA

FECHA DE ATENCIÓN
ANAMNESIS:

HORA:

EDAD:

FUNCIONES VITALES

P.A.:

PULSO:

T°:

FR:

PESO:

SATURACION:

EXAMEN CLÍNICO:

DIAGNOSTICO:

CODIGO CIE 10

TRATAMIENTO:

PROXIMA CITA:

REFERENCIA/INTERCONSULTA:

PSICÓLOGO RESPONSABLE
FIRMA Y SELLO

2ra. CONSULTA PSICOLÓGICA

FECHA DE ATENCIÓN
ANAMNESIS:

HORA:

EDAD:

FUNCIONES VITALES

P.A.:

PULSO:

T°:

FR:

PESO:

SATURACION:

EXAMEN CLÍNICO:

DIAGNOSTICO:

CODIGO CIE 10

TRATAMIENTO:

PROXIMA CITA:

REFERENCIA/INTERCONSULTA:

PSICÓLOGO RESPONSABLE
FIRMA Y SELLO

NOMBRES Y APELLIDOS:

HCL:

1ra. VISITA DOMICILIARIA A LA GESTANTE

FECHA DE VISITA:

HORA:

MOTIVO DE LA VISITA:

PARTICIPANTES:

1

DNI

2

DNI

3

DNI

4

DNI

ACCIONES RELIZADAS

FACTORES DE RIESGO:

PLAN DE TRABAJO

COMPROMISOS

FECHA DE PRÓXIMA VISITA

FIRMA Y SELLO (numero de colegiatura)

OBSERVACIONES

2da. VISITA DOMICILIARIA A LA GESTANTE

FECHA DE VISITA:

HORA:

MOTIVO DE LA VISITA:

PARTICIPANTES:

1

DNI

2

DNI

3

DNI

4

DNI

ACCIONES RELIZADAS

FACTORES DE RIESGO:

PLAN DE TRABAJO

COMPROMISOS

FECHA DE PRÓXIMA VISITA

FIRMA Y SELLO (numero de colegiatura)

OBSERVACIONES

NOMBRE Y APELLIDOS

N° HCL:

3ra. VISITA DOMICILIARIA A LA GESTANTE

FECHA DE VISITA: HORA:

MOTIVO DE LA VISITA:

PARTICIPANTES:

1	DNI
2	DNI
3	DNI
4	DNI

ACCIONES RELIZADAS

FACTORES DE RIESGO:

PLAN DE TRABAJO

COMPROMISOS

FECHA DE PRÓXIMA VISITA

FIRMA Y SELLO (numero de colegiatura)

OBSERVACIONES

4ta. VISITA DOMICILIARIA A LA GESTANTE

FECHA DE VISITA: HORA:

MOTIVO DE LA VISITA:

PARTICIPANTES:

1	DNI
2	DNI
3	DNI
4	DNI

ACCIONES RELIZADAS

FACTORES DE RIESGO:

PLAN DE TRABAJO

COMPROMISOS

FECHA DE PRÓXIMA VISITA

FIRMA Y SELLO (numero de colegiatura)

OBSERVACIONES

NOMBRE Y APELLIDOS

N° HCL:

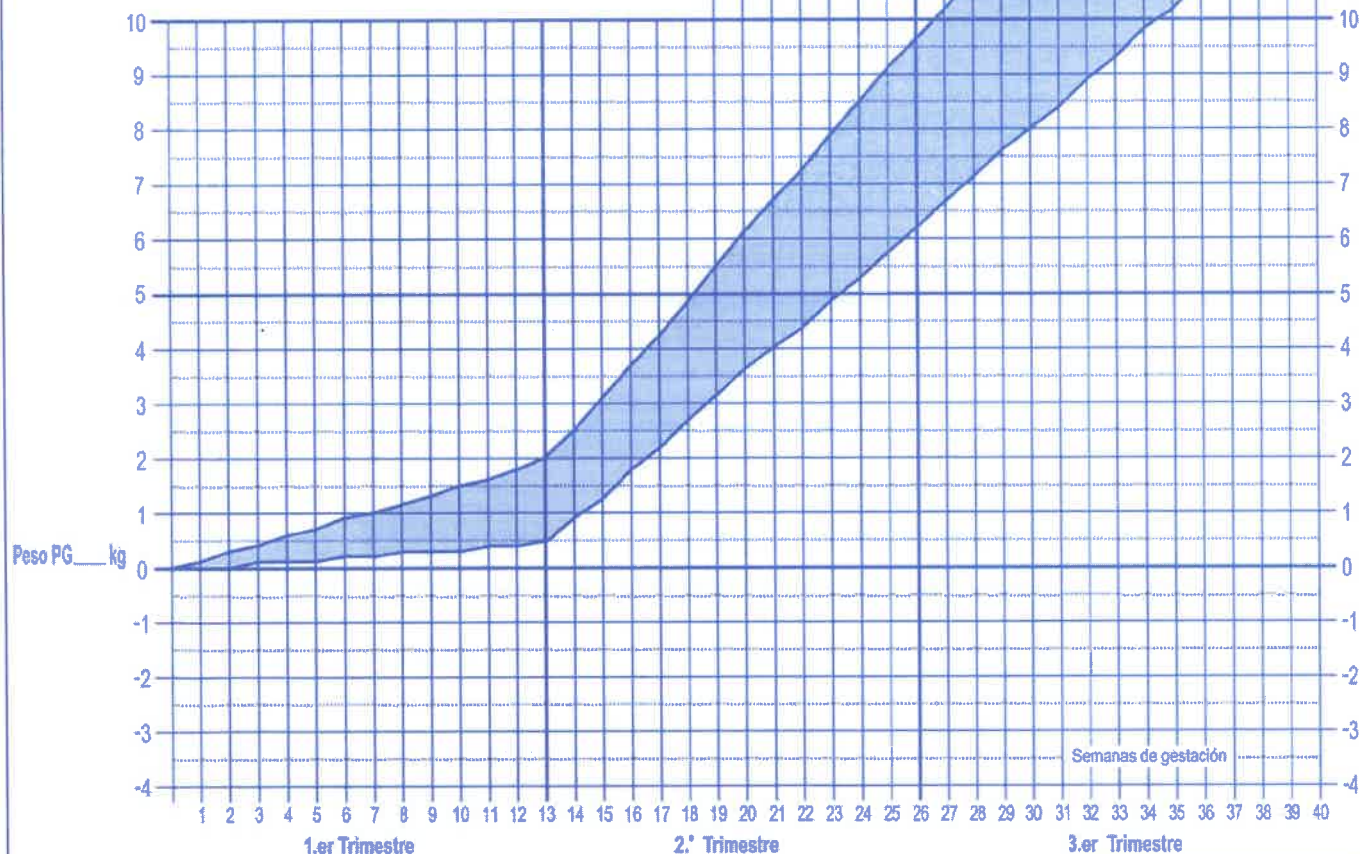
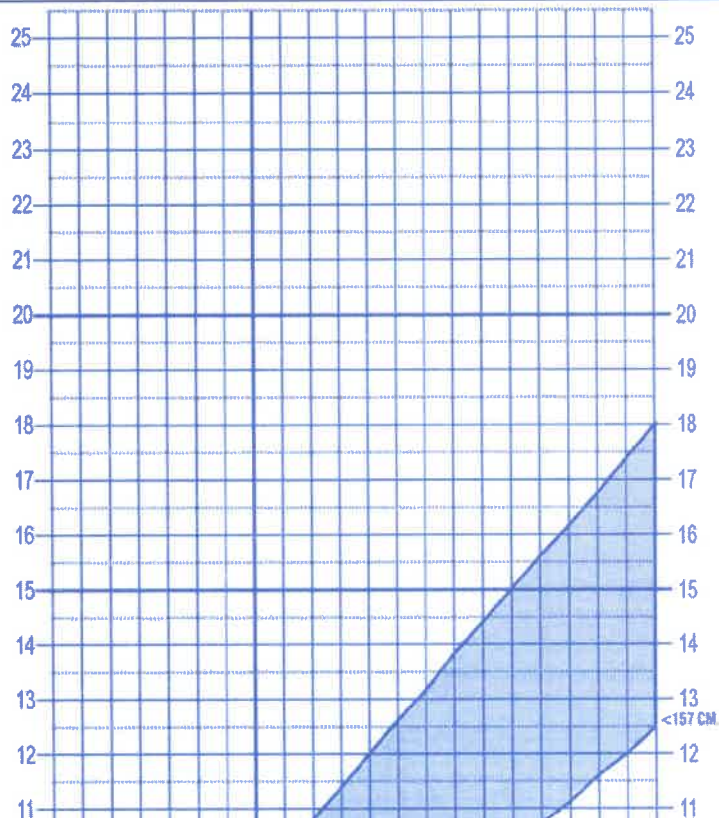
Fuente: IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council). 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press.

FICHA DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO EN GESTANTES CON DELGADEZ IMC PG < 18,5 kg/m²

Nombre _____ Peso pregestacional _____ Talla _____ IMC PG _____
Edad _____ Fecha probable de parto _____ Fecha ____ / ____ / ____

CUADRO DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO

Fecha	Semana de gestación	Peso (kg)	Total peso ganado	Calificación		
				Bajo	Adec.	Alto

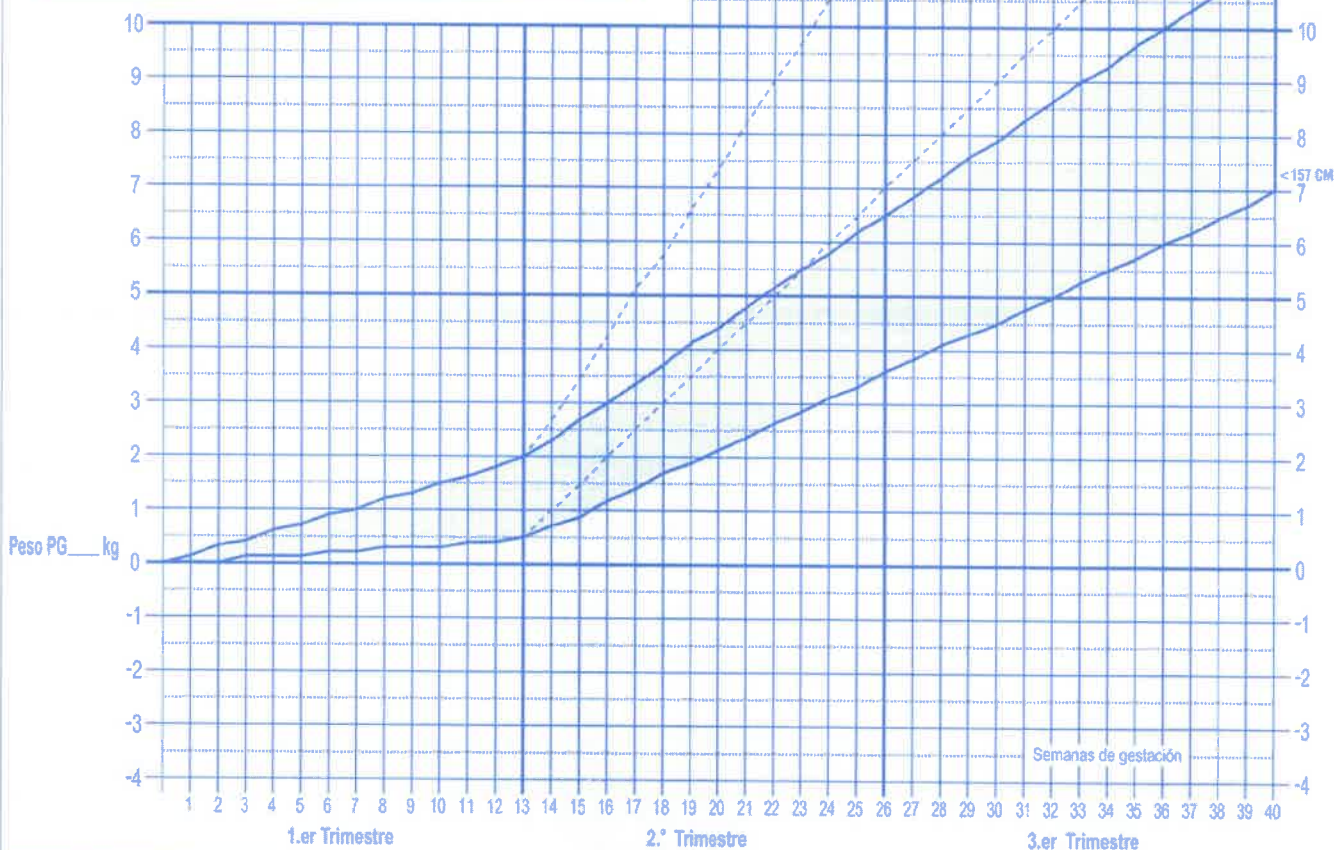
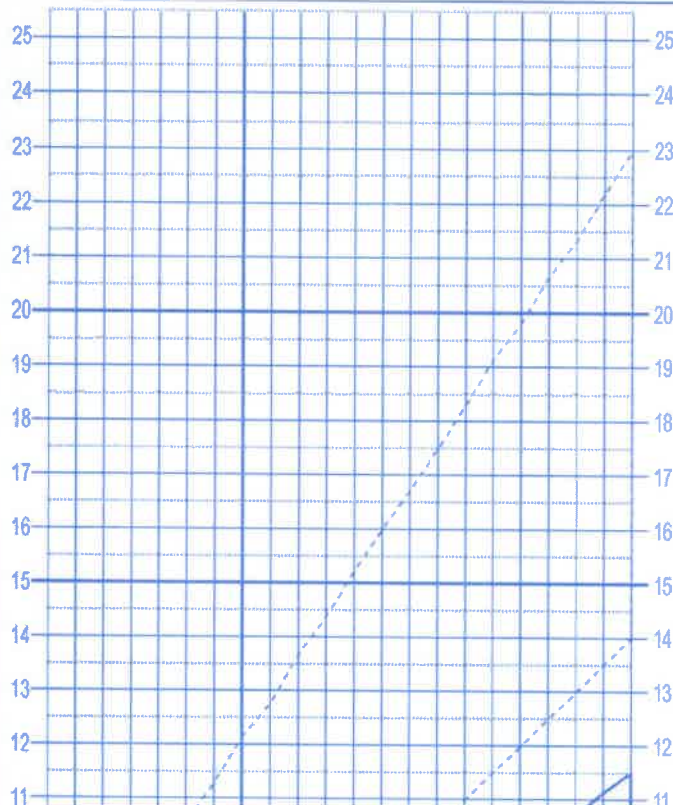


FICHA DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO EN GESTANTES CON SOBREPESO IMC PG 25,0 a <30,0 kg/m²

Nombre _____ Peso pregestacional _____ Talla _____ IMC PG _____
Edad _____ Fecha probable de parto _____ Fecha ____ / ____ / ____

CUADRO DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO

Fecha	Semana de gestación	Peso (kg)	Total peso ganado	Calificación		
				Bajo	Adec.	Alto

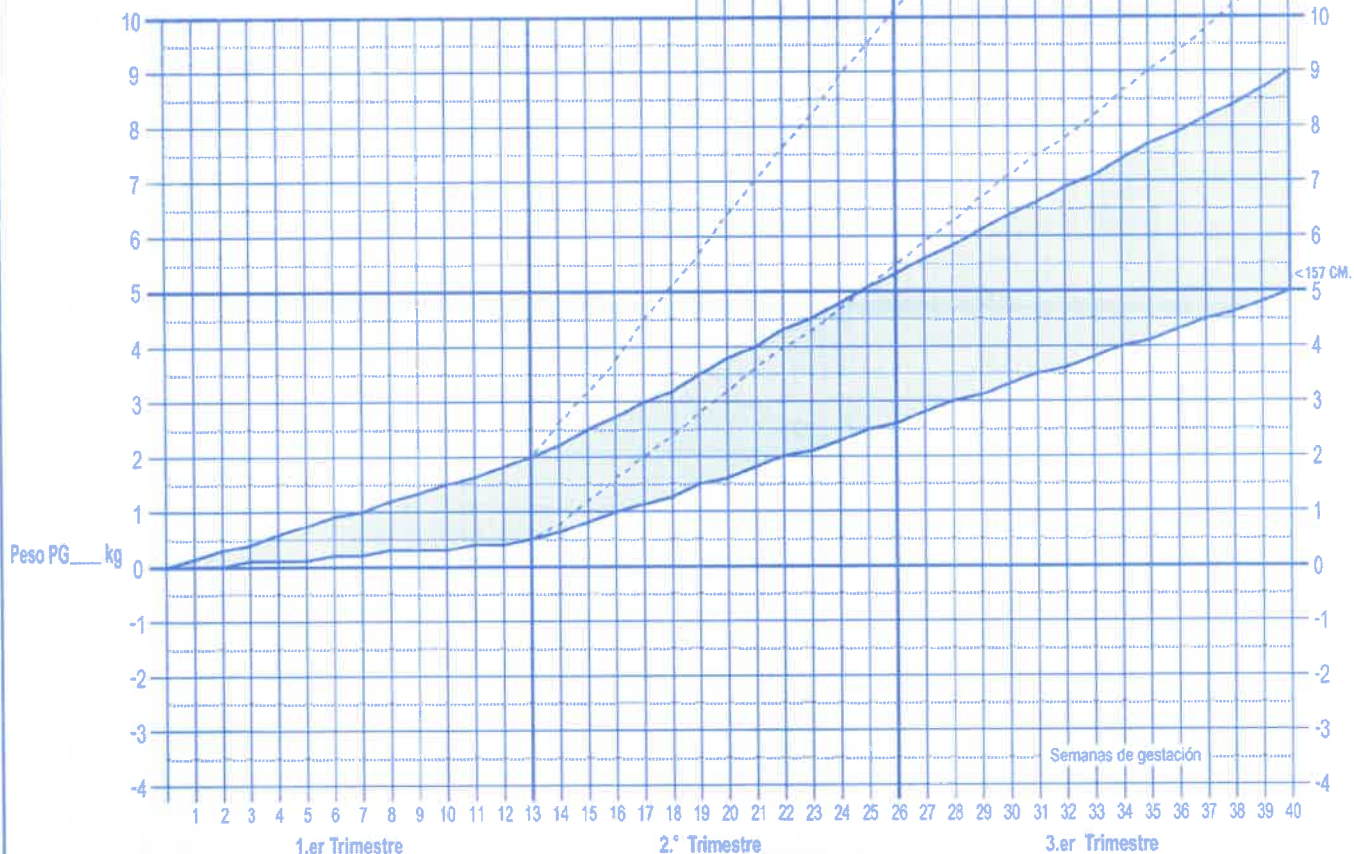
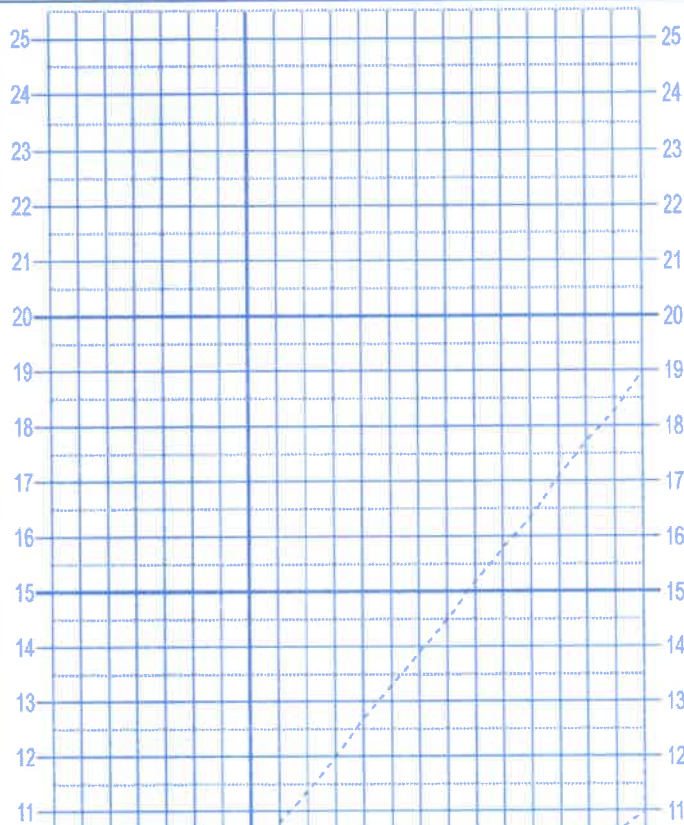


FICHA DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO EN GESTANTES OBESAS
IMC PG > 30,0 kg/m²

Nombre _____ Peso pregestacional _____ Talla _____ IMC PG _____
Edad _____ Fecha probable de parto _____ Fecha ____ / ____ / ____

CUADRO DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO

Fecha	Semana de gestación	Peso (kg)	Total peso ganado	Calificación		
				Bajo	Adec.	Alto





1er. CONTROL DE PUERPERIO	FECHA DE ATENCIÓN:	HORA:	EDAD:		
MOTIVO DE CONSULTA:	DATOS DE PARTO		SIGNOS / SINTOMAS	SI	NO
RELATO CRONOLÓGICO:	Fecha:	Fiebre			
	Tipo:	Hemorragia o sangrado vaginal			
	Lugar:	Útero Subinvolucionado			
	RN:	Mamas dolorosas			
	Sexo:	Dolor en episiorrafia			
Tiempo de enfermedad:	Episiorrafia abierta				
FUNCIONES BIOLÓGICAS: APETITO	Dolor abdominal o Pélvico				
SED:	Cefalea				
SUEÑO:	Dolor en herida operatoria				
ORINA:	Otros				
DEPOSICIONES:					
SIGNOS VITALES: PIA P: T: R: PESO: TALLA: SATURACIÓN:					
EXAMEN CLÍNICO GENERAL:					
EXAMEN DE MAMAS:					
EXAMEN ABDOMINAL:					
EXAMEN GENERALES:					
Genitales Externos					
Genitales Internos:					
MIEMBROS INFERIORES					
FACTORES DE RIESGOS IDENTIFICADOS					
DIAGNOSTICO		TIPO DE DX		CIE X	TRATAMIENTO
		P	D	R	
		P	D	R	
		P	D	R	
		P	D	R	
		P	D	R	
PLAN DE TRABAJO:					
MEDIDAS HIGIÉNICOS DIETÉTICOS					
OBSERVACIONES					
FIRMA Y SELLO (colegio profesional)				FECHA DE PROXIMA CITA:	
NOMBRE Y APELLIDOS				HCL:	

[illegible]

DIAGNÓSTICO	PLAN DE TRABAJO
CITA:	RESPONSABLE:

[illegible]

DIAGNOSTICO	PLAN DE TRABAJO
CITA:	RESPONSABLE:

FIRMA Y SELLO (colegio profesional)

FICHA DE EVALUACIÓN ODONTO-ESTOMATOLÓGICA

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

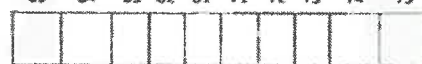
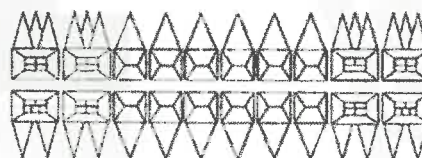
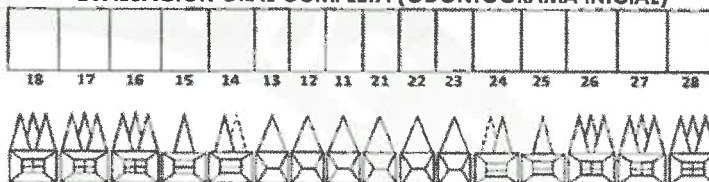
INTRAORAL

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	

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	N° 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:

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

** A partir de adolescente

* Aplica a grupo niño

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:

ODONTOGRAMA FINAL

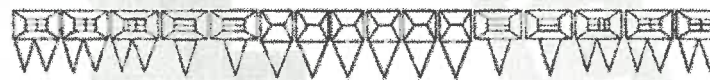
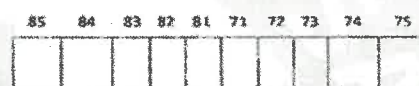
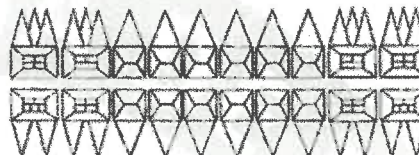
EVALUACIÓN FINAL:

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

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**

** A partir de adolescente

* Aplica a grupo niño

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)

Tratamiento Especializado

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:

GUÍA TÉCNICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA OCASIONADA POR LA PAREJA O EXPAREJA

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				POSITIVO								
FEMENINO			POSITIVO									



N. HUAMANI



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



EXÁMENES AUXILIARES

APELLIDOS Y NOMBRE:

HCL: