

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

LISTA DE PROBLEMAS

[illegible]

PLAN DE ATENCIÓN GENERAL	
--------------------------	--

		DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN GENERAL					
2	INMUNIZACIONES					
3	EVALUACIÓN BUCAL					
4	OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS					
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES					
6	CONSEJERÍA INTEGRAL					
7	VISITA DOMICILIARIA					
8	TEMAS EDUCATIVOS					
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS					

APELLIDOS Y NOMBRES:	Nº HC

APELLIDOS Y NOMBRES:	Nº HC

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO																	
FECHA <div><div>día</div><div>mes</div><div>año</div></div>											Nº HC						
DATOS GENERALES																	
Apellidos				Nombres				Sexo: M			F	Edad:					
								F. Nac.:									
Lugar de Nacimiento				Procedencia				Grupo Sanguíneo			Rh						
Grado de Instrucción				Estado Civil				Ocupación									
Acompañante de cuidados				Edad		Identificación (DNI)			Dirección								
ANTECEDENTES																	
Personales Tuberculosis			SI	NO	IGN	Personales Hospitalización			SI	NO	IGN	Familiares			SI	NO	IGN
Inf. Transmisión Sexual						Transfusiones						Tuberculosis					
VIH - SIDA Hepatitis						Patología Discapacidad						VIH - SIDA					
Diabetes						Consumo de tabaco						ITS					
HTA						Consumo de alcohol						Hepatitis					
Sobrepeso						Consumo de otras drogas						DBM					
Infarto cardíaco						Interv. quirúrgica						HTA					
Dislipenia (Colesterol)						Cáncer						Infarto					
Enf. Renal Glaucoma Convulsiones						Cáncer de cérvix/mama						Cáncer					
Depresión Esquizofrenia						prostática						Depresión					
Descripción de antecedentes						Riesgo						Prob. Psiquiátricos					
Otros						Violencia ocupacional						Otros					
Reacción Alérgica a Medicamentos Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																	
Medicamento de uso frecuente Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> dosis, tiempo de uso, otra observacion																	
Sexualidad Edad de inicio de relación sexual <input type="text"/> Numero de parejas sexuales ultimos 3 meses <input type="text"/>																	
Hijos vivos <input type="text"/> RS con perosonas del mismo sexo Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																	
Menarquia Fecha de la Última Menstruación R/C:																	
Flujo vaginal patológico No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Dismenorrea Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																	
Embarazo <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Prematuro <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/>																	
	Nº	AÑO	CPN	COMPLICACIÓN				PARTO		PESO RN		PUERPERIO					
Gestación																	
Gestación																	
Gestación																	
APELLIDOS Y NOMBRES:												Nº HC					

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO							
CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO							
Nota: se puede colocar Sí ó Check, No ó Aspa, ni (normal) ó ani (anormal) ó valores.							
CADA CONSULTA Fecha							
Fiebre en los últimos 15 días							
Tós más de 15 días							
Secreción o lesión genitales							
Fecha de última regla							
PERIODICAMENTE Fecha							
Físico:							
Indice de masa corporal							
Presión arterial							
Vacunas:							
Antitetánica (3 dosis)							
Antiamarílica (zona de riesgos)							
Antihepatitis B (3 dosis)							
Influenza							
Neurococo							
Exámen bucal							
Encías							
Caries bucal							
Edentulismo parcial o total							
Portador de prótesis dental							
Estado de higiene bucal							
Urgencia de tratamiento							
Exámen							
Visual (> 40 años)							
De colesterol (> 45 años)							
De glucosa							
De mamas							
Pélvico y PAP (C/año, C/3 a)							
Mamografía (> 50 años, C/n a)							
Laboratorio:							
VIH							
Sífilis							
Hepatitis B							
Psicosocial							
Ansiedad - depresión							
Violencia familiar							
Violencia política							
Hábitos:							
Actividad física							
Uso de alcohol							
Uso de tabaco							
Uso de otras drogas							
Sexualidad:							
Actividad sexual							
Planificación familiar							
APELLIDOS Y NOMBRES:							Nº HC

TAMIZAJE EN VIOLENCIA

Fecha: NOMBRE Y APELLIDO: H.CL:

Lea al Paciente

Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas en todos los programas de salud estamos preguntando si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema , por favor, conteste a esas preguntas.

Pregunte:

Si es adulto(a):

¿Alguna vez ha sido maltratada psicológicamente?

¿Alguna vez ha sido maltratada físicamente?

¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales?

¿Quién?.....

¿Desde cuando?.....

¿Cuándo fue la última vez?.....

Si es niño, niña* adolescente:

¿Te castiga tu papa o tu mamá?¿Como?

¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?

¿Quién?.....

¿Desde cuando?.....

¿Cuándo fue la última vez?.....

Marque con asp(x) todos los indicadores de maltrato que observe

En todos los casos niño(a), adolescente, adulto(s), adulto(a) mayor

FÍSICOS	Retramiento	Intento de suicidio
Hematomas y contusiones inexplicables	Llanto frecuente	Uso de alcohol, drogas.
Cicatrices o Quemaduras	Exagerada necesidad de ganar, sobresalir	Tranquilizantes o analgésico
Fracturas inexplicables	Demandas excesivas de atención	SEXUALES
Marca de mordeduras.	Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños	Concomitancia y conducta sexual inapropiada(niños).
Lesiones de vulva, perineo y recto, etc.	Tarantameo	Irritación,dolor,lesion,y hemorragia en zona genital
Laceraciones en la boca,mejilla djos,etc.	Tenor a los padres o a llegar al hogar	Embarazo precoz
Quejas crónicas sin causa física: Ceféas,problemas de sueño mucho sueño, interrupcion del sueño).	Robo,mentira,fatiga,desobediencia,agresividad	Aborto o amenaza de infecciones de transmisión sexual
Enuresis(niño).	Llegar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde	NEGLIGENCIA
PSICÓLOGICO	Bajo rendimiento académico	Falta de peso o pobre patron de crecimiento.
Extrema falta de confianza en si mismo	Aislamiento de personas	No tiene vacunas o atención de salud
Tristeza, depresion o angustia,		Accidente o enfermedades muy frecuentes
		Descuido en la higiene y falta de estimulación del desarrollo.
		Fatiga,sueño, hambre.

PERFIL DIAGNÓSTICO: OTROS: HOSPITAL: CENTRO DE SALUD: FIRMA Y SELLO DEL ENTREVISTADOR:

TAMIZAJE SRQ

Fecha: Nombre y Apellidos: H.CL:

1.- ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? SI NO

2.- ¿Tiene mal apetito? SI NO

3.- ¿Duerme mal? SI NO

4.- ¿Se asusta con facilidad? SI NO

5.- ¿Sufre de temblor de manos? SI NO

6.- ¿Se siente nervioso o tenso? SI NO

7.- ¿Sufre de mala digestión? SI NO

8.- ¿Es incapaz de pensar con claridad? SI NO

9.- ¿Se siente triste? SI NO

10.- ¿Llora Ud. con mucha frecuencia? SI NO

11.- ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? SI NO

12.- ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? SI NO

13.- ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? SI NO

 (¿Su trabajo se ha visto afectado?)

14.- ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? SI NO

15.- ¿Ha perdido el interés en las cosas? SI NO

16.- ¿Se siente aburrido? SI NO

17.- ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? SI NO

18.- ¿Se siente cansado todo el tiempo? SI NO

Puntuación de las preguntas 1-18

19.- ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? SI NO

20.- ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás? SI NO

21.- ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento ? SI NO

22.- ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? SI NO

23.- ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimiento de brazos y piernas; con morderuras de lengua o pérdida del conocimiento? SI NO

24.- ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico que Ud. estaba bebiendo demasiado? SI NO

25.- ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? SI NO

26.- ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo(o estudio) a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio SI NO

27.- ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? SI NO

28.- ¿Le ha parecido alguna vez que bebía demasiado? SI NO

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN

El cuestionario tiene varias parte Las primeras 18 preguntas se refieren trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos angustia otros nueve o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental y por lo tanto se le considera un "caso". Las preguntas 19 y 22 son indicativas de un trastorno psicótico, una sola respuesta positiva entre estas cuatro determina un "caso". Las respuestas positivas a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo. Las preguntas 24 y 28 indican problemas relacionados con el alcohol, la respuesta positiva a una sola de ellas determinan que el paciente tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo. Cualquiera de estas posibilidades o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trate de un "caso".

Firma y Sello del Entrevistador

CONSULTA

FECHA:		HORA:		EDAD:	
Motivo de la consulta:			Tiempo de Enfermedad:		
			FUM:		
			MAC:		
Apetito:		Sed:		Estado de Animo:	
Orina:		Deposiciones:			
T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:	IMC:
EX.FISICO:					
DIAGNOSTICO		TIPO DX	CODIGO	TRATAMIENTO	
				Exámenes auxiliares:	
				Referencia (lugar y motivo):	
Próxima Cita:			Firma y Sello:		
Observación:			(Colegio prof.)		

CONSULTA

FECHA:		HORA:		EDAD:	
Motivo de la consulta:			Tiempo de Enfermedad:		
			FUM:		
			MAC:		
Apetito:		Sed:	Sueño:	Estado de Animo:	
Orina:		Deposiciones:			
T°:	PA:	FC:	FR:	Peso:	Talla: IMC:
EX.FISICO:					
DIAGNOSTICO		TIPO DX	CODIGO	TRATAMIENTO	
				Exámenes auxiliares:	
				Referencia (lugar y motivo):	
Próxima Cita:				Firma y Sello:	
Observación:				(Colegio prof.)	

APELLIDOS Y NOMBRES:	Nº HC
----------------------	-------