

## FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL/LA JOVEN

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL/LA JOVEN										0	
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD											
Nº de Historia Clínica				Codigo de Afiliación SIS u otro Seguro:							
Apellidos				DNI o CUI							
Nombres				Sexo:		M		F		Fec. Nac.	
Dirección/Referencia											
Acompañante				Edad				DNI			
Nº	FECHA	PROBLEMAS CRONICOS				INACTIVO		OBSERVACIONES			
Nº	FECHA	PROBLEMAS AGUDOS			FECHA	FECHA	OBSERVACIONES				
Nº	Prestaciones de Salud		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha		
1	EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL										
2	IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO										
3	TAMIZAJE DE VIOLENCIA										
4	DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES										
5	EVALUACION BUCAL										
6	EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL Y DE HABILIDADES SOCIALES										
7	INMUNIZACIONES										
8	OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS										
9	ADMINISTRACION DE MICRONUTRIENTES										
10	CONSEJERIA INTEGRAL										
11	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA										
12	VISITA FAMILIAR INTEGRAL										
13	TEMAS EDUCATIVOS										
14	ATENCION DE PRIORIDADES SANITARIAS										

## FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA JÓVENES

[illegible]

## FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA JÓVENES

FECHA      día    mes    año <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;">                     Apellidos  <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> <div style="width: 30%;">                     Nombres  <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> <div style="width: 30%;">                     Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>    Edad: <input style="width: 50%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;">                     Lugar de Nacimiento:  <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> <div style="width: 30%;">                     Procedencia  <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> <div style="width: 30%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                         F. Nac. <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 2px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 40%;">                             Grupo Sanguíneo                         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 40%;">                             Rh <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> </div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;">                     Grado de Instrucción  <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> <div style="width: 30%;">                     Estado Civil  <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> <div style="width: 30%;">                     Ocupación  <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;">                     Acompañante  <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> <div style="width: 10%;">                     Edad  <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> <div style="width: 20%;">                     Identificación (DNI)  <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> <div style="width: 30%;">                     Dirección  <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>	Nº <input style="width: 100%;" type="text"/>																																				
<b>DATOS GENERALES</b>																																					
<b>ANTECEDENTES</b>																																					
<b>Personales</b> Tuberculosis IRA Inf. Transmisión Sexual VIH-SIDA ITU Hepatitis Diabetes HTA Sobrepeso Dislipidemia (colesterol)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/>	<b>Familiares</b> Convulsiones Alergias Hospitalización Interv. Quirúrgica Transfusiones Accidentes Cáncer de cérvix Patología postática Discapacidad Riesgo ocupacional	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/>	<b>Familiares</b> Tuberculosis Hepatitis DBM HTA Infarto Cáncer Depresión Prob. Psiquiátricos Alcoholismo Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/>																																
Medicamento de uso frecuente      NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (dosis, tiempo de uso u otra observación) _____																																					
<b>ANTECEDENTES PSICOSOCIALES</b> <b>ESTUDIO</b> Estudias? <b>NIVEL</b> No escolarizado Primaria Secundaria Superior <b>LABORALES</b> Trabajas? Remunerado T. Completo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>PSICOSOCIAL</b> Tienes amigos Tienes Pareja Te ejercitas Participas en Grupos Juveniles Estas ansioso (a) Estas deprimido (a) Conducta suicida Esquizofrenia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Consumes tabaco Consumes alcohol Consumes drogas Sufres violencia Sufrieste abuso sexual Viviste violencia política Otros.....	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																
<b>SEXUALIDAD:</b> Edad de inicio de relación sexual <input style="width: 50%;" type="text"/> Número de parejas sexuales en el último año <input style="width: 50%;" type="text"/>																																					
Uso sistemático de condón      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Eyaculación precoz      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dolor coital      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anorgasmia      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																				
Menarquía: _____ Fecha de última Mestruación _____ R/C ____/____ 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"/> Natimueertos: <input type="checkbox"/>																																					
Hijos Vivos: <input type="checkbox"/>																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nº</th> <th>Año</th> <th>CPN</th> <th>Complicación</th> <th>Parto</th> <th>Peso RN</th> <th>Complicaciones del Puerperio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gestación</td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Gestación</td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Gestación</td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>							Nº	Año	CPN	Complicación	Parto	Peso RN	Complicaciones del Puerperio	Gestación	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Gestación	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Gestación	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
	Nº	Año	CPN	Complicación	Parto	Peso RN	Complicaciones del Puerperio																														
Gestación	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>																														
Gestación	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>																														
Gestación	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>																														
APELLIDOS Y NOMBRES:					Nº HC																																

## CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - JOVEN

## FICHA DE EXAMEN MÉDICO PARA CONTROL ANUAL PREVENTIVO

**Colocar Si o check, Nzo o aspa**

[illegible]

<b>Psicosocial</b>									
Ansiedad - depresión.									
Violencia familiar.									
Violencia política.									
Violencia sexual.									
Bullying / Acoso									
<b>Hábitos</b>									
Actividad física.									
Uso de alcohol.									
Uso de tabaco.									
Uso de drogas.									
Ludopatía									
<b>Sexualidad:</b>									
Actividad sexual.									
Planificación familiar.									
APELLIDOS Y NOMBRES: N° HCL:									

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?

Si

No

¿Quién?.....  
¿Desde cuando?.....  
¿Cuándo fue la última vez? .....

Si

No

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?

Si

No

¿Quién?.....  
¿Desde cuando?.....  
¿Cuándo fue la última vez? .....

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

En todos los casos **niña(o)**, **adolescente**, **adultos(s)**, **adultos(a)** **mayor**

FISICOS	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	Conocimiento y conducta sexual inapropiada(niños).
Lesiones de vulva, perineo y recto, etc.	Tartamudeo	Irritación dolor,lesion, y hemorragia en zona genital
Laceraciones en la boca,mejilla ops etc.	Temor a los padres o a llegar al hogar	Embarazo precoz
Quejas crónicas sin causa física: Cefaleas,problemas de sueño, mucho sueño, interrupcion del sueño).	Robo, mentira, fatiga, desobediencia,agresividad	Aborto o amenaza de infecciones de transmisión sexual.
Enuresis(niño).	Lugar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde	NEGLIGENCIA
PSICOLÓGICO	Bajo rendimiento académico	Falta de peso o pobre patrón 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: \_\_\_\_\_

.....

.....

.....

REFERENCIA A: ☐ HOSPITAL ☐ CENTRO DE SALUD ☐ OTROS ☐

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?  
(¿Su trabajo se ha visto afectado?)

SI ☐ NO ☐

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 mordeduras 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 ríñas 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 primeras18 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 respuestas 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 relacionadas 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 electivamente se trate de un "caso"

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL									
CONSULTA									
FECHA:		HORA:			EDAD:				
Motivo de consulta:					Tiempo de Enfermedad:				
Signos y Síntomas:									
Relato cronológico:									
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO:									
APETITO:		SED:		SUEÑO:		ORINA:		DEPOSICIONES:	
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:		SI NO		VIAJO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:		SI NO		LUGAR:	
TOS HACE 15 DÍAS:		SI NO		SECRECIÓN O LESIÓN EN GENITALES:		SI NO			
FUM:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:							
Ex. Físico:	T°:	P A:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	P. ABD:		
<b>DIAGNÓSTICO</b> <small>(Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros )</small>			<b>TIPO DX</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>TRATAMIENTO:</b>		<b>VIA</b>	<b>DOSIS</b>	<b>FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN</b>
<b>EXÁMENES AUXILIARES:</b>					<b>MEDIDAS PREVENTIVAS:</b>				
					<b>REFERENCIA (fecha, lugar y motivo):</b>				
<b>Próxima Cita:</b>					<b>Firma y Sello</b> <small>(Colegio Profesional)</small>				
<b>Observación:</b>									
CONSULTA									
FECHA:		HORA:			EDAD:				
Motivo de consulta:					Tiempo de Enfermedad:				
Signos y Síntomas:									
Relato cronológico:									
FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO:									
APETITO:		SED:		SUEÑO:		ORINA:		DEPOSICIONES:	
FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS:		SI NO		VIAJO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:		SI NO		LUGAR:	
TOS HACE 15 DÍAS:		SI NO		SECRECIÓN O LESIÓN EN GENITALES:		SI NO			
FUM:		ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA:							
Ex. Físico:	T°:	P A:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	P. ABD:		
<b>DIAGNÓSTICO</b> <small>(Enfermedad o síndrome, nutricional, desarrollo psicosocial y otros )</small>			<b>TIPO DX</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>TRATAMIENTO:</b>		<b>VIA</b>	<b>DOSIS</b>	<b>FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN</b>
<b>EXÁMENES AUXILIARES:</b>					<b>MEDIDAS PREVENTIVAS:</b>				
					<b>REFERENCIA (fecha, lugar y motivo):</b>				
<b>Próxima Cita:</b>					<b>Firma y Sello</b> <small>(Colegio Profesional)</small>				
<b>Observación:</b>									
APELIDOS Y NOMBRES:						Nº HC			