

1. IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ SEXO: M _____ F _____

IDENTIFICACIÓN: C.C. _____ TI _____ RC _____ MSI _____ No. _____ CONDICION DE USUARIO: I _____ D _____ N _____

EPS: _____ LUGAR DE CONSULTA _____ FECHA: _____ / _____ / _____

OCUPACION: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA:

3. ENFERMEDAD ACTUAL:

4. ANTECEDENTES CLÍNICOS:

PATOLÓGICOS: SI _____ NO _____ CUAL _____

QUIRÚRGICOS: SI _____ NO _____ CUAL _____

TÓXICOS: SI _____ NO _____ CUAL _____

ALÉRGICOS: SI _____ NO _____ CUAL _____

FARMACOLÓGICO: SI _____ NO _____ CUAL _____

GINECO OBSTÉTRICOS: MENARQUÍA _____ AÑOS CICLOS: _____

FUR: _____ A _____ G _____ P _____ C _____ PLANIF: _____

CITOLOGÍAS: _____

5. ANTECEDENTES FAMILIARES:

¿CUALES?: _____

6. ANTECEDENTES VACUNALES:

FIEBRE AMARILLA: SI _____ NO _____

TOCOIDE TETÁNICO: SI _____ NO _____

7. EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES: FC: _____ MIN FR: _____ TA: _____ T: _____ C: _____ PESO: _____ KILOS TALLA _____ CM

CABEZA Y ORGANOS: _____

CARDIO PULMONAR: _____

DIGESTIVO: _____

GENITOURINARIOS: _____

NEUROLÓGICO: _____

OTROS: _____

