

HISTORIA MÉDICA			
			1. N° Historia:
3. Servicio Médico del Centro de Formación:			2. Fecha: / /
4. DATOS PERSONALES DEL USUARIO(A):			
Apellidos y Nombres:			
N° de Cédula:		Fecha de Nacimiento:	
		Sexo: M ___ F ___	
Lugar de Nacimiento:			Estado Civil:
N° de Hijos:	Teléfono móvil:	Local:	Otro:
Dirección de Domicilio:			
5. ANTECEDENTES PERSONALES:			
Neurología:		Gastropatía:	
I. Mentales:		Enf. Eruptivas:	
Cardiopatía:		VIH/Sida:	
Cáncer:		Sífilis/ITS:	
Várices:		HIA/SIST:	
Alergia:		Asma:	
Diabetes:		Artritis:	
Intervención Qx:		Otros:	
Tuberculosis:			
6. GINECO-OBSTÉTRICO:			
F.U.R.:		Ciclo Menstrual:	
		Anticonceptivos:	
Edad de Menarquia:		N° de Gesta:	
		A.C.O. <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> Otro:	
Edad de Menopausia:		N° de Abortos:	
		N° de Cesáreas:	
		N° Partos:	
7. HÁBITOS PSICO-BIOLÓGICOS:			
Uso del Cigarrillo:		Uso de Drogas ilícita:	
Frecuencia:		Frecuencia:	
Ingesta de Alcohol:		Actividad Física:	
Frecuencia:		Frecuencia:	
8. ANTECEDENTES FAMILIARES:			
Asma:		Epilepsia:	
Atopía:		Hipertensión Arterial:	
Cardiopatía:		Otros:	
Diabetes:			
9. EXAMEN FUNCIONAL:			

10. EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA DEL USUARIO(A):			
Talla:	Peso:	I.C.M.:	Clasific. Antrop. Nitruc.:
Medida de la Mano:	Circunferencia ABC.:	Temperatura:	Tensión Art. Alta: Min:
Apariencia General:			
11. EVALUACIÓN CÉFALO-CAUDAL:			
Piel:			
Cabeza:			
Ojos:			
Oído:			
Nariz:			
Boca y Dientes:			
Garganta:			
Cuello:			
Ganglios Linfáticos:			
Tórax:			
Pulmones:			
Corazón:			
Abdomen:			
Senos:			
Genitales:			
Huesos, Articulaciones y Músculos:			
Extremidades:			
Vasos Sanguíneos:			
Neurológico y Psíquico:			
Otros:			
Diagnóstico:			
12. RESULTADOS:			
Laboratorio Anexo:		Fecha del Examen:	
RX, Tórax:		Fecha del Examen:	
Electrocardiograma:		Fecha del Examen:	
Observaciones:			
13. NOMBRE DEL FACULTADO:	FIRMA DEL FACULTADO:	FECHA:	HORA:

Formulario de "HISTORIA MÉDICA".

Código: HM-DS-USM-001.

Instrucciones de llenado del formulario: "Historia Médica"

Objetivo: Orientar y dar las pautas para el correcto llenado del Formulario.

Campo	Instrucciones
1.	Coloque el Número de control de la historia médica.
2.	Coloque la fecha del llenado.
3.	Especifique el centro de formación.
4.	Indique nombres y apellidos del Usuario(a), su número de cédula, su fecha de nacimiento, indique el tipo de sexo, el lugar de nacimiento del paciente, su estado civil, el número de hijos de ser el caso, teléfono móvil, local y otro de ser necesario, su dirección de domicilio.
5.	Marque con una equis(x) la opción que corresponda a los antecedentes personales patológicos que presenta o ha presentado el Usuario(a).
6.	Indique los antecedentes gineco-obstétrico de la paciente rellenando los campos de este apartado del formulario.
7.	Marque con una equis(x) la opción que corresponda a los Hábitos Psico-biológicos e indique su frecuencia.
8.	Marque con una equis(x) la opción que corresponda a los antecedentes familiares, en el caso de presentar otro antecedente familiar indique cual.
9.	Especifique en detalle el examen funcional realizado al Usuario(a).
10.	Indique los datos de la evaluación antropométrica del Usuario(a), correspondiente a los campos que se presentan.
11.	Indique la evaluación Céfalo-Caudal realizada al Usuario(a), rellenando los campos presentes en este apartado, y emita un diagnóstico general.
12.	Especifique los resultados de los exámenes y evaluaciones realizados al Usuario(a), indicando la fecha en que fueron realizados y emita las observaciones correspondientes al caso de ser necesario.
13.	Coloque el nombre del facultado (Médico(a)), la firma, la fecha y la hora.