

A. DATOS DEL PACIENTE											
Paciente:	Calderon Nolose Ana										
Cédula:	0120120123	Edad/Sexo:	2a 3m / F								
1. MOTIVO DE CONSULTA											
2. ANTECEDENTES PERSONALES											
Alergias:				Cirugías:							
Vacunas:											
3. ANTECEDENTES FAMILIARES											
<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Enf.C.Vasc.	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Cáncer		
<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Enf. Mental	<input type="checkbox"/>	Infecciosa	<input type="checkbox"/>	Malformación	<input type="checkbox"/>	Otro		
Observaciones:											
4. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL											
5. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS											
1. Sentidos: SP		2. Respiratorio: SP		3. Cardio Vasc: SP		4. Digestivo: SP		5. Genital: SP			
6. Urinario: SP		7. Músculo Esq: SP		8. Endocrino: SP		9. Hemo Linf: SP		10. Nervioso: SP			
Observaciones:											
6. SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRÍA											
PA	FC	FR	Temp °C	SatO2	Peso Kg	Talla m	IMC				
							0.00				
7. EXAMEN FÍSICO REGIONAL											
1. Cabeza: SP		2. Cuello: SP		3. Tórax: SP		4. Abdomen: SP		5. Pelvis: SP		6. Extremidades: SP	
Observaciones:											
8. DIAGNÓSTICO											
CIE-10	DESCRIPCIÓN								TIPO		
U31.9	Administracion y Entrega de Inhaladores (Spray)								Presuntivo		
9. PLANES DE TRATAMIENTO											
Próxima Cita:					Signos Alarma:						