

# Historia Clínica de Examen Médico de Ingreso al Servicio

## I. Datos Básicos Usuario

Historia Clínica No.		Contrato en M.P. (Plan)		Programa en M.P.		EPS	
Apellido(s) y Nombre(s)				Identificación			Fecha de Examen Año   Mes   Día
Fecha de Nacimiento Año   Mes   Día	Lugar de Nacimiento		Edad	Sexo	Estado Civil	Ocupación	Empresa
Dirección				Teléfono		Ciudad	
Nivel Socio-Económico (Estrato) 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>				Nivel Educativo Primaria <input type="checkbox"/> Secund. <input type="checkbox"/> Univers. <input type="checkbox"/> P.G. <input type="checkbox"/>			

## II. Causa de Consulta y Enfermedad Actual:

## III. Antecedentes Familiares:

1. Cardiovasculares <input type="checkbox"/>	5. TBC Pulmonar <input type="checkbox"/>	9. Sida <input type="checkbox"/>	13. Macrosomía <input type="checkbox"/>
2. Diabetes <input type="checkbox"/>	6. Enfermedades Acido Pepticas <input type="checkbox"/>	10. Enfermedades Mentales <input type="checkbox"/>	14. Infarto menores de 30 Primer grado Consanguinidad <input type="checkbox"/>
3. Dislipidemia <input type="checkbox"/>	7. Osteoarticular <input type="checkbox"/>	11. Alcoholismo/Psicotropicos <input type="checkbox"/>	15. CA Mama Madre Hermana <input type="checkbox"/>
4. Asma / Alergias <input type="checkbox"/>	8. Cáncer <input type="checkbox"/>	12. Enfermedades desde el nacimiento <input type="checkbox"/>	16. Otros <input type="checkbox"/>

Observaciones: \_\_\_\_\_

## IV. Antecedentes Personales

### A. Generales (Escoger Opción)

1. Farmacológicos <input type="checkbox"/>	Explique:
2. Transfusiones antes de 1992 <input type="checkbox"/> Fecha: _____	
3. Pérdida de peso reciente <input type="checkbox"/>	
4. Alcoholismo <input type="checkbox"/>	

### B. Hábitos (Escoger Opción) Para mayores de 10 Años.

Cigarrillo	Deporte	Licor (Frecuencia)	Dieta
0. No fuma <input type="checkbox"/>	0. A diario/Interdiario <input type="checkbox"/>	0. Nunca <input type="checkbox"/>	0. Balanceada <input type="checkbox"/>
1. < 10 Cig./día <input type="checkbox"/>	1. Ocasional <input type="checkbox"/>	1. Ocasional <input type="checkbox"/>	1. Exceso carbohidratos <input type="checkbox"/>
2. 10-20 Cig./día <input type="checkbox"/>	2. No practica <input type="checkbox"/>	2. Semanal <input type="checkbox"/>	2. Exceso de grasas <input type="checkbox"/>
3. >20 Cig./día <input type="checkbox"/>	Cual: _____	3. Diario/interdiario <input type="checkbox"/>	3. Exceso de Grasas y Carbohidratos <input type="checkbox"/>

### C. Revisión por Sistemas

Piel y Faneras	Antecedentes Organos y Sentidos	Antecedentes Cardiocirculatorios
1. Reacciones Eczematosas <input type="checkbox"/>	1. Transtornos Visión <input type="checkbox"/>	1. HTA <input type="checkbox"/>
2. Manchas y Lunares <input type="checkbox"/>	2. Defecto de Refracción <input type="checkbox"/>	2. Infarto <input type="checkbox"/>
3. Cancer <input type="checkbox"/>	3. Pterigios <input type="checkbox"/>	3. Precordialgias <input type="checkbox"/>
4. Otros <input type="checkbox"/>	4. Estrabismo <input type="checkbox"/>	4. Palpitaciones <input type="checkbox"/>
Observaciones:	5. Epistaxis <input type="checkbox"/>	5. Soplos <input type="checkbox"/>
	6. Congestión Nasal <input type="checkbox"/>	6. Disnea <input type="checkbox"/>
	7. Amigdalitis <input type="checkbox"/>	7. Cianosis <input type="checkbox"/>
	8. Ronquera <input type="checkbox"/>	8. Varices <input type="checkbox"/>
	9. Otagias <input type="checkbox"/>	9. Edema <input type="checkbox"/>
	10. Sordera <input type="checkbox"/>	10. Angioplastia <input type="checkbox"/>
	11. Otros <input type="checkbox"/>	11. Otros <input type="checkbox"/>
	Observaciones:	Observaciones:

  

Antecedentes Respiratorios	Antecedentes Digestivos	Antecedentes Genito-Urinaros
1. Resfriados <input type="checkbox"/>	1. Hepatitis <input type="checkbox"/>	1. Litiasis <input type="checkbox"/>
2. Tos crónica <input type="checkbox"/>	2. Gastrit. y Ulcera <input type="checkbox"/>	2. Hematuria <input type="checkbox"/>
3. Hemoptisis <input type="checkbox"/>	3. Hematemesis <input type="checkbox"/>	3. Disuria <input type="checkbox"/>
4. Alergias <input type="checkbox"/>	4. Melena <input type="checkbox"/>	4. Infec. Urinar. <input type="checkbox"/>
Observaciones:	5. Hemorroides <input type="checkbox"/>	5. Pielonefritis <input type="checkbox"/>
	Observaciones:	Observaciones:
5. Asma <input type="checkbox"/>	6. Estreñimiento <input type="checkbox"/>	6. Incont. Urinaria <input type="checkbox"/>
6. E.P.O.C. <input type="checkbox"/>	7. Diarrea Crónica <input type="checkbox"/>	7. Estrechez Uretral <input type="checkbox"/>
7. Otros <input type="checkbox"/>	8. Litiasis Biliar <input type="checkbox"/>	8. Venéreas <input type="checkbox"/>
	9. Otros <input type="checkbox"/>	9. Otros <input type="checkbox"/>

<p><b>Antecedentes Gineco-Obstétricos</b></p> <p>1. Menarca _____ Años      2. Menopausia: <input type="checkbox"/> _____ Años</p> <p>3. Ciclos Regular: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>      4. Dismenorrea Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>5. Método Anticonceptivo:</p> <p>Naturales <input type="checkbox"/> Barrera <input type="checkbox"/> Quirúrgicos <input type="checkbox"/></p> <p>Hormonales <input type="checkbox"/> Intrauterinos <input type="checkbox"/></p> <p>6. Leucorrea Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>7. F.U.R. (Fecha última regla): Año: _____ Mes: _____ Día: _____</p> <p>8. Toxemia <input type="checkbox"/> 9. G <input type="checkbox"/> 10. P <input type="checkbox"/> 11. A <input type="checkbox"/> 12. C <input type="checkbox"/> 13. V <input type="checkbox"/></p> <p>Observaciones: _____</p> <p>Fecha última Citología _____</p> <p>Resultado _____</p> <p>Enfer. Mama Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dolor Pélvico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Antecedentes Endocrinos</b></p> <p>1. Diabetes <input type="checkbox"/></p> <p>2. Enfermedad de Tiroides <input type="checkbox"/></p> <p>3. Disfunción Genitales <input type="checkbox"/></p> <p>4. Otros <input type="checkbox"/></p> <p>Observaciones: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Antecedentes Natales y Perinatales</b> (Menores de 10 años)</p> <p>1. Apgar _____</p> <p>2. Cianosis <input type="checkbox"/></p> <p>3. Peso al nacer _____ gr</p> <p>4. Edad Gestacional _____</p> <p>5. Cuidados Incubadora Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6. Vacunación: Esquema Completo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Observaciones: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---	---

**Enfermedades Osteomusculares:**

Fracturas y Secuelas  Artrosis  Escoliosis  Dolores Articulares  Donde: \_\_\_\_\_

Artritis  Juanetes  Ciática  Hernias  \_\_\_\_\_

**Antecedentes Neurológicos**

1. Convulsiones  2. Amaurosis  3. Pérdida de conocimiento  4. TICS  5. Temblores  6. Plejías- Paresias

7. Cefáleas Frecuentes  8. Otros  Cuál?: \_\_\_\_\_

Explicar : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p><b>Antecedentes Psiquiátricos</b></p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Descripción:</b></p> <p>_____</p>
--	---

**Antecedentes Quirúrgicos y/o Traumáticos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Examen Físico:**

**Aspecto General:** \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_

T. Arterial: \_\_\_\_\_ Perímetro Abdominal: \_\_\_\_\_ Índice Masa Corporal Peso(KG)/Talla(mts)<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

**Para Menores de dos (2) Años:** Perímetro Cefálico: \_\_\_\_\_ Perímetro Torác: \_\_\_\_\_

Organo o Sistema	Descripción
Piel y Anexos	
Ojos	
O.R.L.	
Cuello	
Tórax y Pulmones	
Sistema Cardiovascular	
Abdomen	
Aparato Genito-Urinario-Recto	
Sistema Musculo-Esquelético	
Neurológico y Psiquiátrico	
Ayudas Diagnósticas:	_____
	_____

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_ Código:

\_\_\_\_\_ Código:

<b>Observaciones y Recomendaciones:</b> _____	<b>Calificación del Riesgo</b>
_____	

Declaro que he entendido todas las preguntas formuladas por el Médico en cuanto a mi Estado de Salud, y tratamientos anteriores, por lo tanto todos los datos suministrados por mí son ciertos y no he ocultado ninguna información que pudiera constituirse en preexistencias o exclusiones en el Servicio de Salud a contratar con **Cooemeva Medicina Prepagada S.A.** Para tales efectos firmo a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_

Código o Registro Médico: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_