

**REPUBLICA DE COLOMBIA**

**ESTUDIO NACIONAL DE SALUD**

**MANUAL  
DEL MEDICO  
EXAMINADOR**

**SEGUNDA EDICION**

**EDITORES:**

**AURELIO PABON RODRIGUEZ**

**HUGO RUIZ UMAÑA**

**HERNANDO RUBIANO GROOT**

**MINISTERIO  
DE SALUD**

**INSTITUTO  
NACIONAL DE SALUD**

**ASOCIACION COLOMBIANA  
DE FACULTADES DE MEDICINA**

610.76  
P112

# ESTUDIO NACIONAL DE SALUD

## COMITE DIRECTIVO

**ALFONSO JARAMILLO SALAZAR**  
Ministro de Salud \*

**HERNANDO VIDALES NEIRA**  
Director INAS \*\*

**ABEL DUEÑAS PADRON**  
Director Ejecutivo ASCOFAME \*\*\*

## DIRECCION DEL ESTUDIO

**LUIS CARLOS GOMEZ SERRANO**  
Director General \*\*\*\*

## COORDINACION EJECUTIVA:

**OSCAR JULIAO RUIZ**  
Recolección

**JOSE AGUSTIN ARIAS**  
Procesamiento

**AURELIO PABON RODRIGUEZ**  
Análisis y Publicaciones

90-408 c. 2

- 
- \* HAROLDO CALVO NUÑEZ, Ministro de Salud de 1974 a 1976.  
RAUL OREJUELA BUENO, Ministro de Salud de 1976 a 1978.
  - \*\* HERNANDO GROOT LIEVANO, Director INAS de 1974 a 1978.  
LUIS JOSE VILLAMIZAR, Director INAS 1978.
  - \*\*\* GUILLERMO RUEDA MONTAÑA, Director Ejecutivo ASCOFAME hasta 1978.
  - \*\*\*\* JORGE TORRES SANCHEZ y FRANCISCO YEPES LUJAN,  
Codirectores del Estudio hasta junio de 1978.

**INSTITUCIONES COLABORADORAS:**

Departamento Nacional de Planeación – DNP

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF

Instituto Nacional de Cancerología – INC

Servicios Seccionales de Salud

Fondo Nacional de Proyectos de Desarrollo – FONADE

Organización Panamericana de la Salud – OPS

---

## CONTENIDO

	Págs.
PRESENTACION .....	9
1. INTRODUCCION .....	11
2. EL EXAMEN MEDICO .....	13
2.1. Funciones del Médico Examinador .....	15
3. DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA .....	17
3.1. Revisión de la parte diligenciada previamente .....	17
4. PRIMERA TOMA DE TENSION ARTERIAL. BRAZO DERECHO E IZQUIERDO .....	19
5. INTERROGATORIO .....	21
5.1. Salud reciente .....	21
5.2. Tabaquismo .....	22
5.3. Alcoholismo .....	22
6. PARTE CLINICA .....	25
6.1. Antecedentes familiares .....	26
6.2. Antecedentes personales .....	26
6.3. Antecedentes del trabajo .....	27
7. INTERROGATORIO GENERAL Y POR SISTEMAS .....	29
8. EXAMEN FISICO Y SEGUNDA TOMA DE TENSION ARTERIAL .....	31
9. RESUMEN DE HALLAZGOS POSITIVOS .....	37
10. DIAGNOSTICO A NIVEL LOCAL .....	39
11. INDICACIONES PARA LA TOMA DE LA TENSION ARTERIAL .....	43
12. CONTROL DE CALIDAD SOBRE LAS MEDIDAS DE LA HISTORIA CLINICA .....	45
13. BIBLIOGRAFIA .....	47
14. ANEXOS .....	49

## PRESENTACION

Tenemos el gusto de poner a disposición de la comunidad científica del país, particularmente de aquella vinculada al sector salud, la segunda edición del Manual del Médico Examinador utilizado en la encuesta de la población general del Estudio Nacional de Salud.

El nuevo documento es una versión mejorada desde el punto de vista de presentación y redacción y recoge experiencias y observaciones originadas durante el proceso de recolección de la información.

El manual inicial, utilizado en el adiestramiento de los médicos examinadores y en la operativa de campo, fué elaborado por los Doctores Obelio Meléndez, Efraín Gartner y Hernando Rubiano y la Estadística Laura Castaño de Romero.

La actual edición estuvo a cargo del grupo responsable de la continuación y culminación del Estudio en el período 1980-81, particularmente de los Doctores Aurelio Pabón, Hugo Ruíz y Hernando Rubiano.

Reconocimiento de excepción hacemos al Señor Ministro de Salud, Doctor Alfonso Jaramillo Salazar, por su decidido apoyo y permanente estímulo, al garantizar la totalidad de los recursos requeridos y permitir la utilización de mecanismos de particular flexibilidad y agilidad para el desarrollo del trabajo con los más altos estándares de calidad, y a los Doctores Hernando Vidales Neira, Director del Instituto Nacional de Salud y Abel Dueñas Padrón, Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, quienes promovieron con magnífica visión la reiniciación de la investigación y propiciaron su fluida ejecución facilitando todos los recursos técnicos y administrativos de las dos instituciones.

LUIS CARLOS GOMEZ S.  
Director General

## 1. INTRODUCCION

El Manual del Médico Examinador contiene las definiciones e instrucciones que sirvieron de base para el adiestramiento de los médicos examinadores que participaron en la evaluación clínica de las personas seleccionadas probabilísticamente en la encuesta domiciliaria del Estudio Nacional de Salud.

La evaluación clínica comprende un examen médico y odontológico destinado a establecer las condiciones de salud (tanto en el campo propiamente médico como en el campo odontológico), y la toma de muestras de laboratorio para la obtención de un conjunto de datos biométricos de la población examinada.

En el manual no se incluye lo referente a examen odontológico y exámenes de laboratorio que figura en otros documentos.

Los diversos capítulos del manual comprenden las funciones de los médicos examinadores, el diligenciamiento de la historia clínica, que incluye: interrogatorio sobre condiciones recientes de salud, consulta médica, consumo de drogas no ordenadas por el médico y su costo, consumo de tabaco y alcohol, antecedentes familiares y personales, revisión por sistemas, examen físico, resumen de hallazgos positivos y diagnósticos, y las indicaciones para la toma de tensión arterial y el control de calidad sobre las medidas obtenidas en el examen.

En anexos se incluyen los formatos de historia clínica y los formularios para control de calidad.

En esta segunda edición del manual, además de algunas correcciones de forma, se incorporan a pie de página comentarios críticos surgidos de la experiencia obtenida en el desarrollo de la operativa; por considerarlo útil se incluye también una evaluación crítica del manual y del formato de historia clínica, llevada a cabo por el grupo de médicos

que participaron en la última etapa de la recolección de los datos del Estudio..

Igualmente, se incluyen en anexo las normas que se siguieron en el nivel central para la revisión de las historias clínicas y particularmente de los diagnósticos médicos, junto con algunas decisiones sobre codificación de éstos.

En la elaboración del manual fué particularmente útil la consulta de los manuales utilizados en la Investigación Nacional de Morbilidad realizada en los años de 1965/66..

## 2. EL EXAMEN MEDICO

Corresponde al Médico Examinador realizar los exámenes clínicos de los pacientes entrevistados y seleccionados para este examen. Sus actividades comprenden la revisión de las medidas corporales tomadas por la auxiliar de enfermería y el interrogatorio y examen físico de la persona como base para determinar su estado de salud.

Los procedimientos de examen que realiza el médico examinador tienen algunas diferencias con los utilizados en el ejercicio profesional rutinario en el consultorio oficial y privado.

En el consultorio oficial o privado interesa establecer el motivo de consulta, realizar un interrogatorio y examen médico cuidadoso que generalmente se complementa con exámenes de laboratorio y otros que permitan llegar a un diagnóstico preciso y al tratamiento adecuado.

En el Estudio Nacional de Salud cada persona examinada representa aproximadamente 2.500 habitantes; la información obtenida mediante técnicas estandarizadas y procedimientos uniformes deben generalizarse a toda la población colombiana. Los asistentes al examen no son necesariamente enfermos y se someten a estos procedimientos voluntariamente.

A manera de ayuda se presenta a continuación un esquema con algunas de las diferencias entre uno y otro examen.

COMPARACION ENTRE EXAMEN MEDICO DEL ESTUDIO NACIONAL DE SALUD Y  
EXAMEN MEDICO EN CONSULTORIO ASISTENCIAL

	Examen Médico del Estudio Nacional de Salud	Examen Médico del Consultorio Asistencial
PACIENTES :	Pacientes voluntarios Enfermos y sanos Sin motivo de consulta	Pacientes que demandan atención Fundamentalmente enfermos Con motivo de consulta
HISTORIA :	Diseño estandarizado, interro- gatorio y examen físico unifor- me.	Diseño no estandarizado, inte- rogatorio y examen físico por el motivo de consulta.
OBJETIVO :	Medición de la prevalencia de enfermedades en la población colombiana y establecimiento de probables líneas de deman- da de servicios.	Diagnóstico y tratamiento indi- viduales.
OTRAS CARAC- TERISTICAS :	Importancia del trabajo en equipo, fundamental en todo el estudio.  Necesidad de colaborar en la solución de problemas del gru- po.  Disciplina especial de equipo de investigación.	Variable.  Resolver problemas particula- res.  Disciplina individual o insti- tucional.

## 2.1. FUNCIONES DEL MEDICO EXAMINADOR

Son funciones del Médico Examinador:

- 2.1.1. Procurar que los equipos y materiales que están a su cargo permanezcan en buen estado y calibrados para su uniforme funcionamiento.
- 2.1.2. Colaborar con el resto del personal del equipo clínico para la buena marcha del Estudio.
- 2.1.3. Mantener informado al coordinador y/o al supervisor de todo lo que acontece y ayudar a buscar soluciones a los problemas que se presenten, con conciencia y responsabilidad.
- 2.1.4. Diligenciar la parte médica de la historia clínica.

El médico examinador debe tener presente que la colaboración de la persona a examinar es indispensable y es necesario procurar su bienestar durante el examen; para lograrlo debe tener tacto al formular las preguntas, seguir el orden de la historia clínica completando el examen con paciencia, sin afanes y objetivamente, sin omitir ningún dato de importancia y consignando la información con letra claramente legible.

### 3. DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA

La persona a examinar pasa al consultorio médico y la auxiliar de enfermería entrega la historia clínica correspondiente debidamente identificada.

Una vez el médico ha saludado e invitado a sentarse a la persona por examinar, anota en la tabla de registro de control de la primera página de la historia en el renglón "examen médico" la hora de iniciación del examen; allí mismo anotará al terminar el examen la hora de su finalización. Luego debe colocar su nombre en forma clara en el espacio que encabeza la primera página de la historia.

Se utilizan formatos parcialmente diferentes para las personas menores de 15 años (Historia Clínica Pediátrica) y para las personas de 15 y más años de edad (Historia Clínica Adultos).

#### 3.1. REVISION DE LA PARTE DILIGENCIADA PREVIAMENTE

Se revisa la parte de la historia clínica diligenciada previamente y se verifica el nombre, la edad y el sexo anotados, con preguntas a la persona a examinar o a su acompañante. En caso de no coincidir algunos de los datos anotados, se aclara la situación con la auxiliar de enfermería y con la recepcionista, antes de proceder al interrogatorio y al examen; la edad y el sexo son datos de una importancia definitiva para capítulos específicos de la historia clínica y para el análisis de los datos.

Si la persona tiene quince o más años de edad se debe revisar el renglón "ocupación" para asegurarse de que la persona sí está trabajando y cuál es su oficio para correlacionarlo en su oportunidad con el capítulo "antecedentes de trabajo".

Se confrontan los datos de talla y pesos anotados por la auxiliar de

enfermería con la apariencia del paciente, para corregir errores en caso de incompatibilidad y se verifica que las medidas estén discriminadas: hasta gramos, el peso y hasta milímetros, la talla.

Se revisa la temperatura tomada por la auxiliar de enfermería y se comprueba si la persona está o no febril.

Si es menor de 15 años deberá tener datos de lectura de B.C.G., y si es menor de 5 años deberá tener, además, datos de perímetro cefálico y presencia de fontanelas.

#### 4. PRIMERA TOMA DE TENSION ARTERIAL

La tensión arterial se toma en las personas de 15 y más años (Historia Clínica de Adultos). Se procede a tomar la tensión arterial en ambos brazos de acuerdo con la técnica descrita al final de este manual y se anotan en el espacio respectivo en la segunda página de la historia clínica. \*

- 
- \* La primera toma de tensión arterial es el primer procedimiento que realiza el médico. Este hecho, como la espera del paciente en el consultorio de enfermería solo con ropa interior y la túnica del examen, hace que el estado anímico del paciente no sea el más adecuado para realizar dicho procedimiento. La segunda toma se realiza en la segunda parte de la historia clínica (examen físico). Teniendo en cuenta lo anterior se recomienda en futuras investigaciones realizar la primera toma, al iniciar el examen físico en tórax y la segunda al finalizar el examen físico. En esta forma no se esperarían diferencias importantes entre las dos mediciones y aun podrían promediarse para reducir el error de medición.

## 5. INTERROGATORIO

### 5.1. SALUD RECIENTE

Las preguntas de este capítulo y las de los capítulos de tabaquismo y alcoholismo deben formularse tal como están escritas.

Pregunta No. 1. Se ha sentido usted enfermo en los últimos 15 días ?

Esta pregunta tiene los objetivos de introducir al examinado en el interrogatorio y de correlacionar la morbilidad sentida, registrada en la fase de entrevistas domiciliarias, con la reportada por las personas en el consultorio. En caso de respuesta positiva se continuará con la pregunta siguiente; en caso de respuesta negativa se pasará a la pregunta 3 de este capítulo.

Pregunta No. 2. Ha consultado al médico o a alguna otra persona por esta enfermedad en los últimos 15 días ?

Si la respuesta a esta pregunta es positiva se deberá preguntar si fue al médico o a otra persona a quien consultó y cruzar la alternativa respectiva. Se continúa con la pregunta 3.

Pregunta No. 3. Ha tomado medicamentos en los últimos 15 días ?

Esta pregunta puede acompañarse de otras que conduzcan a obtener los nombres de los medicamentos. En caso de que el nombre del medicamento no surja de las respuestas del interrogado, el médico examinador deducirá de qué medicamentos se trata por la sintomatología para la cual los tomó.

Ejemplo: R.- "Tomé unas pastas para el dolor de cabeza". Se tratará de analgésicos. El médico examinador hará énfasis en descubrir si la

persona ha estado tomando DIURETICOS y/o ANTIHIPERTENSIVOS, porque en caso de ser positiva la respuesta se descartará el dato de T.A. por estar alterado por medicamentos.

Pregunta No. 4. Ha tomado, se ha aplicado o le han aplicado algún medicamento no ordenado por el médico en los últimos 15 días ?

Se trata de obtener con nombres los medicamentos ingeridos y/o inyectados, en caso de que la respuesta a la primera pregunta sea positiva. Si no se logra obtener nombres específicos, se deduce el tipo de medicamento de que se trata por la sintomatología para la que lo tomó. El objetivo de esta pregunta es el de obtener una dimensión lo más aproximada posible de la automedicación, entendiéndose como el consumo de medicamentos no ordenados por el médico.

Se pregunta luego cuánto le costaron los medicamentos no ordenados por el médico que tomó el examinado en los últimos 15 días.

#### 5.2. TABAQUISMO. Historia de Adultos.

Con las preguntas de este capítulo se quiere obtener una primera aproximación al estudio del hábito de fumar en la población colombiana. Por otra parte se busca establecer relaciones etiológicas en algunos casos de enfermedad respiratoria crónica.

Se formulan las preguntas tal como están escritas. Si la respuesta a la pregunta No. 1 es positiva, se pregunta 2 y 3 y luego se pasa al tema de alcoholismo. Si la respuesta a la pregunta No. 1 es negativa se pasa a la pregunta 4.

#### 5.3. ALCOHOLISMO. Historia de Adultos.

El objetivo de este tema es obtener información preliminar sobre los hábitos de bebidas alcohólicas en la población colombiana. Se pretende identificar los tipos de bebidas y cuantificar lo más exactamente posible el alcohol absoluto ingerido por término medio por los bebedores; Esto es especialmente difícil en caso de bebidas caseras. No obstante la dificultad, deben agotarse los recursos para calificar y cuantificar estas bebidas.

Si la respuesta a la pregunta No. 1 es positiva se continúa con las preguntas Nos. 2, 3 y 4 y luego se pasa a antecedentes familiares. Si la respuesta a la pregunta No. 1 es negativa se pasa a la pregunta 5.

Para definir la cantidad de bebida ingerida se dan algunas tablas de equivalencia y normas al respecto.

**LICOR:**

Tragos	1 a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 18
Botellas	1/6	1/4 a 1/3	1/2	1/2 a 1

**VINO :**

Copas*/Vasos	1 a 3	4 a 6	7 y más
Botellas	1/2	1	más de 1

El rubro "licores" incluye: aguardiente, ron, whisky, vodka, ginebra y todas aquellas bebidas que tienen una concentración de alcohol mayor de 30°. La equivalencia es en tragos y/o botellas.

Cuando el paciente toma más de una de las bebidas incluidas en el rubro "licores" la cantidad a escribir será la sumatoria de todas, trando de obtener una cantidad promedio por día de ingesta.

En el rubro "cerveza" la cantidad a escribir será el promedio de "cervezas" tomadas por día de ingesta. Si la respuesta es dada en vasos, cada vaso se tomará como equivalente a una cerveza.

El rubro "vino y otros fermentados" incluye vinos, guarapo, chicha y otras bebidas alcohólicas caseras. Para el vino la equivalencia es en copas o vasos y botellas. En el caso de bebidas caseras en que el recipiente referido sea poco definido (totuma, jarra, etc.) se debe hacer un esfuerzo para aproximarse a la cantidad en centímetros cúbicos, aunque la aproximación sea grosera. Una vez identificada(s) la(s) bebida(s) que el entrevistado toma se anotan sus nombres y la cantidad será la sumatoria promedio de ingesta diaria. \*\*

En las respuestas de "cantidad" la casilla se deja en blanco y se usan las líneas para anotar la unidad de medida y la cantidad. Posteriormente, a nivel central, a esta cantidad se asignará un código de 1 a 9 para hacer la equivalencia, en la forma como lo indica la tabla 1 que figura a continuación.

\* Una (1) copa de vino corresponde a 3 o 4 copitas.

\*\* En cuanto al rubro vino y otros fermentados sería conveniente modificar su enunciado en orden de importancia al consumo popular como son: el guarapo, la chicha y otras bebidas alcohólicas caseras.

TABLA No. 1 CODIGO ASIGNADO SEGUN TIPO DE BEBIDA Y CANTIDAD

CODIGO		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Licor	Botellas	1/4	1/2	3/4	1	5/4	3/2	7/4	2	+ de 2
	Copas	hasta 5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	+ de 40
Vino	Botellas	3/5	1 1/5	1 4/5	2 2/5	3	3 3/5	4 1/5	4 4/5	5 y más
	Copas	hasta 12	13-24	25-36	37-48	49-60	61-72	73-84	85-96	+ de 96
Cerveza	Botellas	hasta 6	7-12	13-18	19-24	25-30	31-36	37-42	43-48	+ de 48
Volumen de alcohol en C.C.		1-72	73-144	145-216	217-288	289-360	361-432	433-504	505-576	+ de 576

## 6. PARTE CLINICA

La parte clínica de la historia, está dividida en capítulos. El diseño de la historia clínica a partir del capítulo de antecedentes familiares es el siguiente:

Cada capítulo tiene un número que lo distingue; algunas veces el capítulo se divide en subcapítulos que se identifican con letras en el orden del abecedario. En la columna de la izquierda de cada capítulo y subcapítulo están listados los antecedentes, síntomas o signos a investigar con un número de orden. Al frente de cada antecedente, síntoma o signo enumerado se encuentran las casillas "SI" y "NO" que el médico examinador cruzará según sea la respuesta positiva o negativa. En los antecedentes e interrogatorio general y por sistemas, si la persona examinada responde que no sabe, se tomará la respuesta como negativa y se cruzará la casilla NO. En todos los casos debe estar cruzada una casilla (SI o NO); ninguna debe quedar en blanco. A la derecha se encuentra un rayado destinado a la descripción de los antecedentes, síntomas y/o signos positivos.

Todo antecedente, síntoma y/o signos DEBERA DESCRIBIRSE de manera precisa y concisa, identificándolo inmediatamente antes de la descripción con el número que le corresponde en el capítulo o subcapítulo.

En caso de más de uno positivo en el capítulo o subcapítulo, se describirán en el orden en que están enumerados.

Ejemplo: En el capítulo INTERROGATORIO GENERAL Y POR SISTEMAS, subcapítulo 12b OIDOS:

-----  
12b - OIDOS  
-----

SI NO

- |             |                                     |                          |  |
|-------------|-------------------------------------|--------------------------|--|
| 1. OTORREA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DESCRIPCION: 1 : del oído derecho puru-<br>lenta, intermitente, coincide con resfria-<br>do, 3 meses de evolución. |
| 2. OTALGIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 3. TINNITUS | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 2 : del oído izquierdo, pulsátil, 3 días<br>de evolución.  |
| 4. OTROS    | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |  |
- 

Por otra parte a partir de este capítulo, los temas que se van a investigar no se formulan con preguntas estandarizadas, porque de hacerlo darían lugar a dificultades insalvables de comunicación con personas de distintas regiones y de diversos niveles educacionales y formación cultural.

El médico examinador utilizará un número adecuado de preguntas, tendientes a obtener una respuesta categórica y en caso de ser la respuesta positiva los datos obtenidos deberán permitir una descripción precisa y sintética del hallazgo.

#### 6.1. ANTECEDENTES FAMILIARES

Fuera de los antecedentes de contacto con tuberculosos en que interese la simple convivencia como riesgo de enfermar y en que, por tanto, están involucrados todos los miembros del hogar, incluyendo fallecidos y personas que convivieron temporalmente con el interrogado, los restantes antecedentes están limitados a las relaciones de consanguinidad inmediata por la tendencia hereditaria de los estados morbosos a que se refieren.

En la historia clínica pediátrica, "SIFILIS" es importante únicamente como antecedente materno durante el embarazo del cual el examinado fué producto.

#### 6.2. ANTECEDENTES PERSONALES

La información se refiere a condiciones más o menos estables; aquellas usualmente transitorias como resfriados, diarrea, etc., no serán tenidas en cuenta. Existe la posibilidad de que los antecedentes "traumáticos", "quirúrgicos", Nos. 5 y 6 respectivamente, sean al mismo tiempo antecedentes "hospitalarios" (No.7) en cuyo caso, en la descripción correspondiente a estos últimos, se podrá hacer referencia simplemente

al (a los) número(s) del (de los) antecedentes traumáticos o quirúrgicos.

En la historia pediátrica este capítulo se encuentra compuesto por cuatro subcapítulos:

#### Antecedentes del embarazo y del parto

Se pregunta por la duración del embarazo del cual fue producto. En cuanto sea posible habrá de obtenerse este dato con precisión. Si la madre o acompañante del examinado no conocen la duración del embarazo se cruzan las casillas con una X.

#### Inmunizaciones

Se investigará únicamente en menores de 5 años y se limita a las vacunas D.P.T., Sabin y Antisarampionosa.

En la interrogación a la madre o acompañante del examinado es importante explicar la vía de aplicación de la vacuna para poder identificar el tipo de vacuna: Sabin, oral; DPT y antisarampionosa, intramuscular. En caso de que la persona interrogada ignore lo que se le pregunta cruce la casilla "NO" igual que si la respuesta fuese negativa. \*

#### Antecedentes patológicos

En cuanto a las infecciones, interesan aquellas que dejan inmunidad permanente tal es el caso de las enfermedades de la infancia como tosferina y sarampión y las que como meningitis, dejan secuelas importantes.

Las preguntas sobre el resto de antecedentes patológicos, se orientan a obtener datos de importancia para el estado actual de salud.

#### Hospitalizaciones

Se pueden anotar hasta 3 hospitalizaciones del examinado. Se empieza por la última y las otras dos se investigan en orden retrospectivo.

### 6.3. ANTECEDENTES DEL TRABAJO

En el capítulo de antecedentes de trabajo se investiga sobre exposi-

---

\* En este numeral, al marcar afirmativamente la pregunta, no es necesaria la descripción.

ción al grupo de riesgos listados por parte de trabajadores de la industria y la agricultura. Las preguntas se formularán únicamente a personas de 15 años y más de edad que tengan ocupación, cuando ésta implique relación directa con las materias primas potencialmente nocivas. En caso de respuesta positiva la parte más importante de la descripción es el tiempo que lleva la persona exponiéndose al riesgo.

El objetivo de estos antecedentes es ayudar a establecer diagnósticos etiológicos en vez de los meramente clínico-patológicos, en los casos de enfermedades ocupacionales.

## 7. INTERROGATORIO GENERAL Y POR SISTEMAS

Para esta parte del interrogatorio, se han listado una serie de síntomas generales y por sistemas, orientados a la búsqueda de la patología prevalente en la población colombiana.

No se han redactado las preguntas por considerar que el médico examinador debe buscar los términos adecuados para formularlas de acuerdo al nivel educacional del entrevistado y a factores culturales de la región. El médico deberá familiarizarse con los términos que se utilizan en la región en donde está desarrollándose la investigación para denominar los síntomas que se incluyen en cada capítulo.

Como norma general no se debe dejar de investigar un determinado síntoma o signo sin haber conseguido la comunicación precisa con el examinado.

El listado de síntomas aparece en términos médicos. Se adapta la pregunta para cada uno de ellos, se espera la respuesta y se anota la descripción pertinente cuando haya una respuesta positiva.

Se hacen tantas preguntas cuanto sean necesarias para completar la información requerida. Se debe ser exhaustivo con el listado de síntomas.

Cuando ocurran síntomas o signos positivos la descripción debe contener las características principales que los definan, de tal manera que cualquier médico que lea la descripción en ausencia del examinado pueda formarse una idea precisa del significado de lo descrito y llegar fácilmente a conclusiones similares.

La secuencia del formulario es una guía para que no se ignoren aspectos que pueden ser fundamentales; se debe explorar sobre otros síntomas y signos que se consideren importantes, se anota la respuesta en el rubro "OTROS" y se describen cuando sean positivos. Si hay más de

uno positivo, se repite el número que los identifica. Ej.:

### GLANDULAS MAMARIAS

NO APLICABLE	<input type="checkbox"/>	HOMBRES	
		SI	NO
1. SECRECIONES ANORMALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESCRIPCION: 4. prurito del pezón de 2 semanas de evolución.
2. MASTODINIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. NODULOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Sensación de pesantez e ingurgitación de mamas en las 2
4. OTROS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	últimas semanas.

### Evaluación simplificada del desarrollo

De acuerdo con la "escala de Gesell simplificada" \* de la cual el médico examinador de personas tiene un ejemplar en su escritorio y que consta de tablas de mes a mes desde el primer mes de vida hasta los 48 meses, el médico examinador determinará mediante las respectivas pruebas si el examinado de 48 meses o menos presenta desarrollo normal, precoz o retrasado en los indicadores: desarrollo motor, conducta adaptativa y lenguaje. Para ello, una vez que el niño haya sido sometido a las pruebas correspondientes a su edad, según los resultados se hará lo siguiente:

- Si el niño ha realizado satisfactoriamente las pruebas para su edad, lo someterá a las pruebas correspondientes a la edad inmediatamente superior y si también las realiza su desarrollo es precoz; si no las realiza, su desarrollo es normal.
- Si el niño no ha realizado satisfactoriamente las pruebas para su edad, le someterá a pruebas diseñadas para edades menores hasta encontrar aquellas que cuadren a su desarrollo.

Cualquiera que sea la alternativa a la que el examen haya llegado, se anotará en el espacio para descripción el proceso por el cual se llegó a definir el grado de desarrollo. Interesa fundamentalmente en la descripción el grado de retraso cuando éste exista. Ej.: "Desarrollo correspondiente a 5 meses de edad" en un niño de 8 meses.

\* Tomada del "Manual para la supervisión del crecimiento y desarrollo del niño menor de 4 años. Versión preliminar 1974 del Ministerio de Salud Pública-Dirección de Atención Médica-División Materno Infantil.

## 8. EXAMEN FISICO Y SEGUNDA TOMA DE TENSION ARTERIAL

Esta parte de la historia clínica dará información sobre la patología evidenciable. Es la parte más objetiva y exacta de las diligencias por el médico examinador, por tanto, requiere que sea exhaustivo en la búsqueda de signos y preciso en su descripción. Se ha pretendido listar los signos más frecuentes y característicos de la patología prevalente en Colombia; no obstante el listado no es de ninguna manera completo y el renglón "OTROS" podrá albergar varios hallazgos positivos en cada capítulo del examen.

Como norma general de registro se anotarán únicamente signos indudables; se descartarán, por lo tanto, los que ofrezcan dudas al examinador sobre su existencia.

Como norma general para la descripción se tratará de describir el sitio preciso del hallazgo y su extensión y/o intensidad. En caso de ser bilateral el signo, deberá anotarse esta característica.

### Indicaciones sobre algunos capítulos:

A continuación se dan indicaciones sobre algunos capítulos de la historia clínica.

Aspecto General. Se describe la impresión inmediata de conjunto del estado psíquico y físico del examinado. Es especialmente importante describir en este sitio la presencia de edemas generalizados. \*

---

\* En caso de edemas generalizados en la persona examinada, no deberá registrarse el dato de peso.

En los menores de 10 años, debe aclararse si se trata de edemas nutricionales o no, siempre que sea posible.

#### Ojos. Prueba para estrabismo.

Se muestra al examinado una linterna moviéndola hacia la derecha, hacia la izquierda, hacia arriba y hacia abajo y se pide que siga su movimiento con la mirada. Obsérvese si en alguna de las posiciones los ojos pierden su paralelismo.

Fondo de ojo - El examen de fondo de ojo se hará en los casos en que el médico lo considere necesario.

A discreción quedará también el usar dilatadores pupilares en aquellas situaciones en que la dilatación dada por la simple oscuridad no sea suficiente, explicándose al paciente sobre las molestias que se deducirán de ello.

Una vez practicado el examen se clasificarán los hallazgos de acuerdo al siguiente orden:

- GRADO 0 : Normal
- GRADO I : Espasmo Arterial
- GRADO II : Cruces de Gunn y/o arterias hilo de plata
- GRADO III : Exudado y/o hemorragias en llama
- GRADO IV : Edema papilar y/o retiniano

Otros hallazgos como desprendimiento de retina, atrofia óptica, etc., se describen al margen de esta clasificación.

Si se practicó examen de fondo de ojo se cruzará la casilla "SI" y en el espacio para la descripción se anotarán los hallazgos, utilizando los grados de la clasificación anterior cuando corresponda.

#### Oídos.

La otoscopia se practica sistemáticamente en todos los pacientes y se anota cualquier hallazgo positivo correspondiente a los números 2, 3, 4 y 5.

#### Nariz.

Cualquier antecedente o síntoma presente de obstrucción nasal aguda o crónica, unilateral o total, obliga a practicar examen de las fosas nasales con espéculo para establecer la causa de la obstrucción.

### Boca, Faringe y Laringe.

En caso de existencia de labio leporino y/o paladar hendido, se debe anotar en la descripción si está reparado o no.

### Cuello. Adenopatías.

Se anota como positivo este hallazgo siempre que tenga características patológicas: tamaño, localización o número, no compatible con respuesta a infecciones faríngeas banales.

### Crecimiento de tiroides.

Se explorará el crecimiento de la glándula mediante la inspección mientras el paciente deglute (saliva o agua) y mediante la palpación con el paciente sentado y la cabeza en posición normal; luego con la cabeza en extensión.

El hallazgo positivo deberá referirse a los criterios de la OMS, usados para los bocios que son:

- GRADO 0 : Personas sin bocio: por definición éstas son personas cuya tiroides tiene un tamaño menor que 4 a 5 veces el tamaño normal.
- GRADO I : Personas con bocio palpable: el tiroide se considera aumentado en más de 4 a 5 veces y no es visible con la cabeza en posición normal.  
La mayoría de estos bocios se vuelven visibles con la cabeza en extensión completa.
- GRADO II : Personas con bocio visible. Bocio visible con la cabeza en posición normal pero más pequeño que los de G. III. La palpación podría ayudar a determinar la masa de la glándula pero no es necesario para el diagnóstico.
- GRADO III : Personas con grandes bocios. Los bocios de personas de esta categoría pueden ser reconocidos a considerable distancia y podrían ser de tal tamaño que causen dificultades mecánicas en la respiración y la deglución.

Otros crecimientos tiroideos. Se describe cualquier tumoración, nodularidad, agrandamiento del istmo u otros crecimientos del tiroides no incluidas en los criterios anteriores.

## Tórax.

Antes de proceder al examen del tórax se toma de nuevo la tensión arterial únicamente en el brazo derecho y se anota en la primera página. Luego se toma el pulso radial y la frecuencia cardiaca auscultada y se anotan en la casilla correspondiente.

### Inspección, palpación

Se percuten y auscultan cuidadosamente diferentes áreas torácicas su ficientemente representativas de los segmentos pulmonares.

### Corazón.

Punto de máximo impulso (P.M.I.): es un indicador importante para diagnosticar cardiomegalia clínica. Se busca con el paciente sentado y en decúbito lateral izquierdo. Cuando se sospeche cardiomegalia, se anota en qué espacio intercostal está el P.M.I., y su relación con la línea medio clavicular.

Soplos: El examen auscultatorio debe ser hecho en decúbito lateral izquierdo durante la respiración sostenida. La exploración se iniciará en el apex (determinado previamente) y continuará con el punto xifoideo, el tercer foco aórtico. (3r. E.I.I.), el segundo foco pulmonar (2o. E.I.I.) y el segundo foco aórtico (2o. E.I.D.).

Para describir los soplos se debe utilizar la siguiente clasificación:

Intensidad :	Grado	I	Suave
	Grado	II	Moderado
	Grado	III	Fuerte
Tiempo :	Holosistólico-Protosistólico-Prediastólico Holodiastólico-Mesodiastólico-Presistólico		
Foco :	Apex - Aórtico II - Pulmonar - Mesocardio - Aórtico III		

Agregar otras características de importancia como su carácter, irradiación, etc.

### Abdomen.

Se anota la hepatomegalia en centímetros por debajo del reborde costal; lo mismo la esplenomegalia.

Se describe en este capítulo si encuentra hernias de pared abdominal, exceptuando las inguinales y crurales que deben describirse en el capítulo correspondiente a GENITOURINARIO.

### Genitourinario femenino.

Debe tratar de hacerse siempre examen ginecológico y toma de citología cervico-vaginal en mujeres de 15 años y más, de tal manera que aquí es determinante la labor persuasiva del médico examinador.

## 9. RESUMEN DE HALLAZGOS POSITIVOS

Cuando se termine el examen, se revisa la historia y se trasladan a este capítulo los hallazgos positivos identificándolos con sus números y letras, separando la identificación de cada hallazgo con un guión. Ej.: Si en la historia de adultos se encontraron positivos los antecedentes personales de diabetes y tuberculosis se colocará en los renglones del resumen 9, 2 - 9, 3; el 9 corresponde al número del capítulo y 2 y 3 a los antecedentes diabetes y T.B.C. respectivamente. A continuación si se encontró en el interrogatorio que el paciente presenta poli-dipsia, visión borrosa y dolor torácico; se anotará en el resumen, 18,8 12A, 3 - 14,4. La anotación deberá ser en el orden en que fueron encontrados los antecedentes, síntomas o signos en la historia clínica. \*

Hecho el resumen de hallazgos positivos, se procederá a formular el o los diagnósticos correspondientes al paciente.

### Baciloscopia:

Del médico examinador dependerá que al examinado le tomen muestras de esputo para baciloscopia en la sección de laboratorio. Como norma de indicación de este examen se le tomará a todo sintomático respiratorio, a todo contacto T.B.C. y a todo paciente con sospecha clínica de ser tuberculoso. \*\*

En estos casos, el médico examinador cruzará la casilla "SI".

---

\* Hubiera sido preferible escribir el diagnóstico y a continuación los números correspondientes a síntomas y signos positivos que lo sustenten. No se tuvo en cuenta para el diligenciamiento de la historia que existen signos negativos que en algunas ocasiones permiten sustentar o descartar un diagnóstico.

\*\* A partir de Febrero de 1980 se suspende este procedimiento.

## 10. DIAGNOSTICO A NIVEL LOCAL

La tabla "Diagnóstico a nivel local" está compuesta por 6 filas así:

- 1.- Diagnóstico y CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades)
- 2.- Percepción previa del paciente
- 3.- Solicitud de atención al médico
- 4.- Solicitud de atención a otra persona
- 5.- Evolución
- 6.- Grado de certeza del diagnóstico

La fila "diagnóstico" encabeza la tabla y el resto de filas tratan temas referidos a dicha columna. Algunas de las filas están subdivididas en busca de mayor especificación del tema. A excepción del código de la CIE todos los demás datos debe llenarlos el médico en orden secuencial a partir del diagnóstico.

En el sentido horizontal, la tabla da lugar a 8 diagnósticos.

### Fila "diagnóstico"

Tan pronto el examinador termine el resumen de hallazgos positivos procederá a escribir su o sus diagnósticos. Es importante que anote todos los diagnósticos encontrados y que utilice la terminología que mejor los defina. Terminado este procedimiento preguntará al paciente, para cada diagnóstico, el contenido de las filas. Existen diagnósticos que por no dar sintomatología alguna, pueden olvidarse en la anotación, tal como es el caso de amputaciones de miembros y cicatrices de cirugía mayor.

El médico examinador no debe omitir estos diagnósticos y en la descripción de ellos tienen fundamental importancia la etiología y la fecha del acontecimiento.

## Percepción previa del paciente

El objetivo del conocimiento de la percepción que el paciente tenga del estado morbo diagnosticado por el médico, es el de saber que diagnóstico constituye una demanda potencial. Aquel paciente que no percibe lo diagnosticado por el médico no constituye demanda ni siquiera potencial de servicios de salud por ese padecimiento. Estará colocado en una situación en la que necesita previamente motivación para que conozca la magnitud de su padecimiento.

El médico examinador tomará en cuenta los datos del interrogatorio y formulará las preguntas que considere necesarias para saber si el paciente percibe lo diagnosticado o si no lo percibe.

Si la conclusión sobre la percepción es: "no percibe lo diagnosticado" no se le preguntará sobre "solicitud de atención" ni sobre "recepción de atención".

Ahora bien, este solo componente no define la demanda potencial, ya que con percepción positiva el paciente puede considerar o no lo diagnosticado como ENFERMEDAD, como problema por el cual necesita consultar.

No obstante, es un primer matiz de discriminación que se conjugará con las siguientes preguntas.

Al formular al paciente preguntas sobre la percepción de un determinado diagnóstico, el médico examinador debe tener el suficiente cuidado de no infundirle temores. Preguntas sobre percepción del diagnóstico de una enfermedad grave o de imprevistas consecuencias. Ej.: cáncer, T.B.C., deberán hacerse de manera muy discreta, o indirecta. \*

## Solicitud de atención al médico, a otras personas.

Se le preguntará únicamente a los pacientes con "percepción previa" positiva si hasta el momento (el de la consulta) ha buscado atención (para la enfermedad) por el médico. Si la respuesta es positiva se le preguntará si recibió atención y si la respuesta a esta pregunta es positiva se le preguntará cuánto hace que recibió la atención.

Las mismas preguntas se harán para la consulta a otras personas.

---

\* No quedó claro si la percepción se refería al conocimiento de la enfermedad diagnosticada por el médico, o de la sintomatología que la acompañaba y que podría ser percibida por el paciente, aún ignorando a qué enfermedad correspondía.

### Evolución.

Se le preguntará al paciente sobre el tiempo transcurrido desde el principio de la enfermedad hasta el momento del examen. En caso de padecimientos adquiridos, el médico examinador complementará la respuesta con datos de interrogatorio y cruzará la casilla correspondiente.

Para los casos de enfermedades prolongadas con agudizaciones periódicas, la duración de la enfermedad se establece determinando la iniciación del proceso en sus primeras manifestaciones y no la del último episodio. \*

### Grado de certeza del diagnóstico.

En esta columna el médico examinador calificará su diagnóstico en una de las dos alternativas. Seguridad o impresión diagnóstica.

La primera alternativa presenta una subdivisión: "necesita comprobación?" para que el médico defina si el diagnóstico que ha hecho con seguridad, necesita o no comprobación con elementos paramédicos. Es decir, diferencia entre diagnósticos de seguridad contundente, y aquellos cuya seguridad necesita refrendarse por otros medios. El médico examinador deberá tener claro que la intención de esta discriminación de la seguridad no es la de investigar cuáles diagnósticos requieren usualmente exámenes paramédicos, sino, obtener un elemento de síntesis del poder de convicción que los datos de la historia clínica y la presencia del paciente han producido en el médico; recuérdese que un grupo de consenso revisará estos diagnósticos sin poder ver al paciente. \*\*

### Quién respondió sobre la percepción previa y la solicitud de atención ?

La importancia de saber quién respondió estos interrogantes es la de diferenciar las respuestas directas de las dadas por terceros.

### Total de diagnósticos.

Se coloca el número de diagnósticos formulados. Si no hizo ningún diagnóstico se cruza la casilla correspondiente a "clínicamente normal".

---

\* Distinto es el caso de afecciones que pueden repetirse con cierta frecuencia como la enfermedad diarreica aguda y que no pueden considerarse como crónicas.

\*\* En la revisión de los diagnósticos participaron los médicos examinadores, y los médicos del nivel central responsables de la Dirección del Estudio.

## 11. INDICACIONES PARA LA TOMA DE LA TENSION ARTERIAL

En este Estudio la toma de tensión arterial se hará en posición de decúbito supino. Se dan las siguientes indicaciones:

- Tomar la tensión arterial con el brazo completamente descubierto. No tomarla sobre la ropa de la persona ni remangar el vestido o camisa.
- Aplicar la cámara neumática de manera regular, evitando arrugas en la tela y la aplicación laxa de la cámara. La firmeza con la cual debe aplicarse la cámara neumática debe ser lo suficiente para que ésta no pueda ser desplazada sobre la superficie del brazo.
- Aplicar la cámara neumática sobre el eje longitudinal de la arteria. Se debe ser cuidadoso en que la parte central de la cámara neumática (no la parte central de la tela que cubre la cámara), sea colocada sobre el eje longitudinal de la arteria.
- Señalar el centro de la cámara neumática para aplicarla correctamente.
- Inflar rápidamente la cámara neumática, elevando la presión a un nivel mayor del necesario para hacer desaparecer el pulso radial; se deben evitar las inflaciones excesivas.
- No determinar la presión sistólica por el método palpatorio.
- No hacer una deflación rápida de la cámara neumática: la deflación debe hacerse a un promedio de 2-3 mm. de Hg. por segundo.
- No inflar la cámara a partir de niveles diferentes a 0 mm. de Hg. Si hay que verificar la toma arterial una vez más, es necesario vaciar totalmente la cámara neumática, para permitir que se complete

el retorno venoso. Se evita de esta manera, el registro de falsas presiones.

- Aplicar correctamente el fonendoscopio. Se debe colocar sin hacer ningún contacto con la cámara de aire, sobre la arteria braquial previamente palpada, a nivel del pliegue del codo.
- Colocar el brazo del paciente en posición correcta. El eje longitudinal del brazo debe estar a nivel del corazón. Dicho requisito se cumple cuando el paciente está en posición supina.

Para la toma de tensión arterial se probaron tres tipos de aparatos. El de mercurio, el anaeroide y el electrónico. Después de varias consideraciones se decidió utilizar el tensiómetro de mercurio por su mayor precisión.

Para llevar un control sobre la calibración del tensiómetro cada unidad primaria dispone de dos tensiómetros de mercurio; uno para el examen de los pacientes, y otro para patrón. La calibración se hace cada día de exámenes por la mañana antes de ver al primer paciente y consiste en colocar un tubo de vidrio en forma de Y, al cual se insertan los cauchos que van a cada columna de mercurio de ambos tensiómetros; en el otro extremo del tubo se inserta el caucho que continúa con la perilla.

Se procede a colocar el brazalete en un cuerpo u objeto donde pueda aplicarse (Ej.: brazo de una silla) y a continuación se comienza observando la ascensión de las columnas de mercurio. Si esta ascensión es paralela, puede considerarse que están calibrados. \*

---

\* El anterior procedimiento de calibración se utilizó en las regiones de la Costa y Bogotá. A partir de Febrero de 1980 para el resto de las regiones, debido a las frecuentes descalibraciones que presenta ba el tensiómetro de mercurio por motivos del traslado constante, se decidió cambiar éste por el tensiómetro anaeroide.

## 12. CONTROL DE CALIDAD PARA LAS MEDIDAS DE LA HISTORIA CLINICA

Teniendo en cuenta que las medidas que se encuentran en la historia clínica están afectadas por los llamados errores de medición, la Dirección del Estudio Nacional de Salud, consideró la necesidad de realizar un control de calidad sobre estas medidas y en este sentido fueron creadas las formas EC-7 y EC-8 que se diligenciaron a partir de Febrero de 1980 (ver anexo).

### Procedimiento.

El coordinador selecciona las historias clínicas que serán objeto del control de calidad, y pasa esta información al médico examinador, con el fin de que éste realice los procedimientos y diligencie las formas EC-7 y EC-8.

### Forma EC-7 Control de calidad para medidas de la historia clínica (0-14 años).

El médico examinador anotará el No. de la U.P.M. y su nombre.

En la primera columna anotará el No. de la historia clínica seleccionada, en la de peso anotará la cifra que aparece en la historia clínica y a continuación la cifra obtenida en el control. De la misma manera diligenciará las columnas para talla, temperatura, cicatriz de BCG, perímetro cefálico y presencia de fontanelas.

### Forma EC-8 Control de calidad para medidas de la historia clínica (15 o más años).

Diligenciará esta forma para mayores de 15 años con relación a las medidas de peso, talla y temperatura.

En caso de encontrarse una inconsistencia en estas medidas, se deberá verificar el dato correcto, y hacer la nueva anotación en la historia clínica, manteniendo la información original en las formas de control de calidad de medidas.

En las medidas de peso y talla cuando no son aplicables; Ej.: embarazada, deformidad en la columna, etc., se deberá escribir debajo de la casilla correspondiente la palabra no aplicable y el motivo de la no anotación.

### 13. BIBLIOGRAFIA

- Agualimpia, Carlos. Manual de Evaluación Clínica, Médicos. Bogotá, Minsalud. 1965.
- ICBF. División de Investigación, Sección Epidemiológica. Tablas de peso y talla en niños colombianos. Bogotá, 1968.
- Ministerio de Salud Pública, Dirección de Atención Médica, División Materno-Infantil. Manual para la Supervisión del crecimiento y desarrollo del niño menor de 4 años. Versión preliminar. Bogotá, 1974.

## 14. ANEXOS

1. EVALUACION DEL MANUAL DEL MEDICO EXAMINADOR
2. REVISION DIAGNOSTICOS HISTORIA CLINICA
3. FORMA EC 1.1. - HISTORIA CLINICA DE ADULTOS
4. FORMA EC 2.1. - HISTORIA CLINICA PEDIATRICA
5. FORMA EC 7. - CONTROL DE CALIDAD PARA MEDIDAS DE HISTORIA CLINICA ( 0 - 14 AÑOS )
6. FORMA EC 8. - CONTROL DE CALIDAD PARA MEDIDAS DE HISTORIA CLINICA ( 15 O MAS AÑOS )

## ANEXO 1

EVALUACION DEL MANUAL DEL MEDICO EXAMINADOR Y DE LA HISTORIA CLINICA,  
UTILIZADOS EN EL ESTUDIO NACIONAL DE SALUD.

Por: Hernando Alarcón, Myriam Heredia, María Teresa Bejarano y otros.

### MANUAL DEL MEDICO EXAMINADOR.

En general el manual esta bien elaborado en cuanto a presentación y formato.

Se sugiere:

- 1) Con base en experiencias anteriores, incluir un listado de las patologías más comunes que encontrará el médico para que éste revise sus conocimientos acerca de ellas y así poder estandarizar los principales elementos para su correcta identificación. También se debe incluir otro listado de hallazgos comunes y sus definiciones en ramas tales como oftalmología y otorrinolaringología, áreas en que por lo general el médico general posee conocimientos superficiales.
- 2) Para obviar dificultades de comunicación entre médicos y pacientes incluir algunos modismos utilizados en los distintos lugares del país para referirse a ciertos síntomas, signos o partes del cuerpo, por ejemplo:

Amortiguado por adormecimiento o parestesias.  
Corrientes mayores y menores por deposición y orina.  
Compañones por testículos.  
Apretado por asfixiado.  
Buenamosa por ictericia (hepatitis).  
Corredera por borborigmos.

- 3) Eliminar las instrucciones que acerca de los equivalentes en vasos, copas, tragos y botellas que se dan en el capítulo de alcoholismo pues estos datos solo son utilizados en el procesamiento de la información.

También se debe instruir al médico para que pregunte detalladamente y en el idioma apropiado acerca de todas las bebidas de fabricación casera pues como pudimos observar, en algunas regiones son bebidas habituales y no consideradas como alcohólicas.

- 4) Hacer mayor énfasis en la forma como el médico debe describir los antecedentes y/o síntomas relatados por el paciente: localización, características, tiempo de evolución.
- 5) En las instrucciones del examen oftalmológico se hace referencia a que los hallazgos del fondo del ojo se deben clasificar según un orden que evidentemente es la clasificación de retinopatía hipertensiva por lo cual solo debe ser empleado para esta entidad. Además retinopatía como su nombre lo indica no deja la posibilidad de un grado normal o cero.
- 6) En la descripción de los focos auscultatorios se emplean términos no utilizados en la actualidad. Ej.: Mesocardico, Aórtico II y III, Apex, etc.
- 7) En cuanto a la medición de la hepatomegalia se sabe que es más confiable medir por percusión el tamaño total del hígado que medir su crecimiento en centímetros por debajo del reborde.
- 8) Modificar el numeral "Resumen de Datos Obtenidos" incluyendo las instrucciones necesarias para que el médico solo anote los síntomas que en realidad conduzcan a realizar un diagnóstico y todos aquellos razonamientos que sustenten el diagnóstico (datos o exámenes que lleva el paciente).
- 9) En este numeral se debe anular la indicación que recuerda no olvidar los diagnósticos de "Cicatrices de cirugía mayor".
- 10) En cuanto a la certeza del diagnóstico parece un contrasentido el hecho que la frase "El diagnóstico que ha hecho con seguridad necesita o no comprobación" puesto que si existe tal seguridad obviamente no necesita comprobación.
- 11) Incluir dentro de los deberes del médico examinador las instrucciones para efectuar el control de calidad (objetivo y forma de llenar el formulario) así como los procedimientos para la calibración de tensiómetros y balanzas.

## HISTORIA CLINICA

### Forma

La historia clínica está elaborada de una forma que encasilla demasiado la información fomentando la tendencia a hacer determinados diagnósticos. Ej.: Prurito anal, que dió pie para hacer diagnósticos de oxiuriasis. Sin embargo hay que tener en cuenta que de estar elaborada de una manera en la que el médico tuviera más independencia para pregun

tar, seguramente se perderían muchos datos; más aun cuando dicha historia lo que persigue es obtener todos los diagnósticos evidentes o sospechados por el médico y no los diagnósticos de entidades sentidas por el paciente.

Contenido: (La numeración hace referencia a la historia clínica de adultos, anexo 2).

1. Identificación: adecuada.
2. Registro control: adecuado.
3. Medidas generales: adecuadas.
4. Toma de tensión arterial: al iniciar la entrevista el paciente se encuentra sometido a un gran estrés por lo tanto no es el momento adecuado para la primera toma de tensión arterial. Esta se debería tomar al iniciar y al finalizar el examen físico. Igualmente el sitio de la historia clínica donde debería ir colocada la toma de tensión arterial es al iniciar el examen físico, así tal vez disminuirían las omisiones que aparecen en algunas historias.
5. Salud reciente: las preguntas 1 y 2 son adecuadas. La pregunta 3 debería decir: en los últimos 15 días ha tomado o se ha aplicado algún medicamento ordenado por un médico?, porque la pregunta tal como está formulada incluye medicamentos formulados o no por el médico, es decir que parte de esta información se repite en la pregunta cuatro.
6. Tabaquismo: adecuado.
7. Alcoholismo: esta información es difícil de obtener y precisar. Se deben especificar mejor las bebidas pues algunas como las fermentadas no son consideradas alcohólicas en algunos sitios; por lo tanto se omiten.
8. Antecedentes familiares: agregar: cáncer, asma, epilepsia, trastornos mentales.
9. Antecedentes personales: incluir antecedentes alérgicos, de trabajo y vivienda. Todos los antecedentes deberán incluir tiempo de aparición y evolución clínica y cronológica, y si es posible, precisar tratamiento.
10. Antecedentes de trabajo: no se debe excluir ninguna persona pues aunque no trabaje puede estar expuesta a cualquier agente nocivo. Aquí hay que tener en cuenta que es muy arriesgado hacer diagnósticos de patología ocupacional más aun si no se cuenta con ningún

método paraclínico para su confirmación, a excepción del contacto con algunos insecticidas y tal vez en el caso de la dermatitis de contacto.

11. Interrogatorio general y por sistemas: la sintomatología en este punto puede ser muy vaga y la mayoría de los pacientes contestan a ésta en forma afirmativa sin que la información de bases para ningún diagnóstico. Aquí podríamos agregar que en términos generales este tipo de historia clínica está hecha para valerse de métodos paraclínicos más sofisticados que con los que se cuenta. A este punto se podría agregar el rubro de escalofríos y suprimir el de insomnio.
12. Organos de los sentidos: adecuado.
13. Glándulas mamarias: adecuado.
14. Cardiovascular: podría suprimirse el rubro de otras disneas por estar incluidas ya.
- 15a. Digestivo: adecuado.
- 15b. Urinario: agregar coluria.
- 15c. Gineco-obstétrico: se puede suprimir el rubro 3b puesto que los embarazos iniciales a veces son difíciles de detectar.
16. Agregar a Neurológico, Psiquiátrico.
17. Músculo esquelético: adecuado.
18. Hemolinfático: adecuado.
19. Piel y mucosas: agregar exantema.

#### Examen Físico:

- 21a. Craneo y cara: adecuado.
- 21b. Ojos: suprimir el rubro 7 pues ya está incluido en otros trastornos de la visión. Emplear idiotipos para agudeza visual.
- 21c. Oídos: emplear diapasón para valorar agudeza auditiva. Agregar oído medio.
- 21d. Naríz: adecuado.

Resto de examen físico adecuado. Incluir en abdomen ruidos intestinales.

31. Resumen de hallazgos positivos:

Inicialmente se colocaban todos los signos y síntomas positivos aunque no llevaran a ningún diagnóstico lo cual producían confusión en el médico quien omitía diagnósticos y en algunos casos por no dejar datos sueltos se excedía en la formulación de éstos. Posteriormente se escribió el diagnóstico y, en frente, los numerales que lo sustentaban mejorando en gran parte la calidad de los diagnósticos.

33. Diagnósticos a nivel local:

Los rubros sobre percepción previa del paciente y solicitud de atención son adecuados. El punto 5 no parece tener utilidad y nunca es tuvo claro porque no se sabía si la información que aparece era dada por el médico o por el paciente y así por ejemplo aparecen diagnósticos agudos de más de 12 meses de evolución.

Otro punto confuso es el que se refiere a la certeza del diagnóstico. Debía quedar como necesita comprobación e impresión. Es importante recordar que los diagnósticos que se incluyen deben ser de entidades patológicas definidas y no de signos o síntomas aislados. Además en lo posible se debe especificar la parte del cuerpo lesionada y la evolución cronológica.

34. Percepción previa: adecuada.

35. Total de diagnósticos: adecuado.

Historia Pediátrica:

7a. Embarazo y parto: adecuado.

7b. Inmunizaciones: debe aplicarse a todos los niños.

7c. Antecedentes patológicos: cambiar el término de carenciales por nutricionales.

7d. Hospitalizaciones: las hospitalizaciones como tales no tienen importancia, deben ser empleadas como medio para recordar antecedentes patológicos.

16. Evaluación simplificada del desarrollo:

Esta evaluación teóricamente se debe hacer siguiendo una cartilla en la cual se describen habilidades que debe realizar el niño utilizando ciertos instrumentos; esto no siempre se llevó a cabo en la práctica donde se hacía la valoración por antecedentes referidos por la madre o por el acompañante puesto que el tiempo de examen es

muy corto y no siempre se obtiene la colaboración del niño.

## DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA

Es la parte crítica de la historia clínica, pues es aquí donde el médico falla dejándose llevar por la rutina y la monotonía, llegando a omitir datos importantes ya sea en antecedentes, revisión por sistemas o examen físico, que hace que los diagnósticos que para él pudieron ser obvios en campo, no lo sean para el médico que revisa.

En el entrenamiento hay que hacer mucho énfasis en describir bien los antecedentes, el manejo y la evolución cronológica y clínica de cualquier alteración funcional, no limitarse tan solo a transcribir una información que aparece en la historia clínica.

No consignar signos o síntomas aislados que no lleven al diagnóstico de una entidad patológica definida porque ésto se presta para formular diagnósticos de síntomas o signos aislados. Ej.: Dismenorrea, cefalea, o lleva a hacer diagnósticos de simples hallazgos que no causan un verdadero trastorno funcional. Ej.: desviación del tabique nasal.

En cuanto al espacio que hay para la descripción, éste puede ser empleado no solo para la descripción de datos positivos pues el explicar datos negativos puede ser de utilidad para aclarar ciertos diagnósticos.

## ANEXO 2

### REVISIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

En la etapa de planeación del Estudio Nacional de Salud se previó la creación de un comité de consenso a nivel central que revisara la historia clínica y corrigiera, si era del caso, los diagnósticos producidos a nivel local.

Posteriormente se decidió hacer una primera revisión de las historias clínicas por los médicos examinadores, procurando que el encargado de la revisión fuera un médico diferente de aquel que había practicado los exámenes; en esta primera revisión se identificaron inconsistencias, omisiones, falta de precisión en los diagnósticos y diagnósticos no sustentados.

Con la experiencia obtenida en esta primera revisión el Comité Técnico del Estudio decidió hacer una segunda revisión, para que los médicos examinadores con la participación de por lo menos uno de los médicos del nivel central responsables de la dirección del Estudio hicieran correcciones con las siguientes pautas generales:

- Si el diagnóstico no tiene sustentación en la información de la historia clínica, éste se eliminará.
- Si por la información de la historia clínica se identifica un diagnóstico omitido, éste se agregará, pero se dejarán en blanco las respuestas a los ítems 2 a 5; en el ítem 6, grado de certeza, se adicionará la alternativa 4 para indicar que se trata de un diagnóstico agregado.
- Si hay elementos de juicio en la historia clínica que permitan precisar un diagnóstico, se hará la corrección correspondiente. Ej.: Bronquitis crónica en lugar de Bronquitis, Várices de miembros inferiores en lugar de várices, tumor maligno de seno, en lugar de tumor de seno, etc.

Además se dieron las indicaciones específicas que se anotan a continuación y que incluyen criterios para suprimir o modificar diagnósticos y también para su codificación posterior con base en la C.I.E. de 1975 (9° Revisión).

## 1. Supresión de Diagnósticos

Se suprimirán:

- 1.1. Diagnósticos que se refieran a enfermedades tratadas que no presenten en el momento del examen clínico alguna patología en relación a dicha enfermedad.  
Ej.: Amibiasis tratada, Insuficiencia Cardíaca Congestiva.
- 1.2. Diagnósticos que hacen referencia a tratamientos quirúrgicos.  
Ej.: Amigdalectomizado, histerectomizado.
- 1.3. Fracturas, heridas, traumatismos antiguos que no hayan dejado deformidades, limitaciones de movimientos u otras secuelas.
- 1.4. Diagnósticos de poca importancia: precocidad psicomotora; pubertad; dislalia y dislexia (excepción cuando tengan relación con el desarrollo); tapón de cerumen; dishidrosis; sudamina; acné vulgar o comedones; salpullido; pecas o efelides; verrugas; seborrea; caspa; tendinoma o ganglión; cicatriz post-operatoria o traumática que no implique alguna alteración anatómica como retracción o deformidad; abrasiones, erosiones y heridas superficiales.
- 1.5. Los diagnósticos como abscesos de origen dentario, aftas, labial glositis, candidiasis, frenillo labial, leucoplasia, lengua fisurada, estomatitis geográfica, úlcera oral, fístula de la boca en tejido blando y leucoqueratosis nicotínica, no se tendrán en cuenta por encontrarse identificados en el estudio odontológico.

## 2. Modificación y codificación de diagnósticos

Los diagnósticos identificados a continuación serán modificados y/o codificados \* así:

- 2.1. Síndrome o estado gripal; se considerará como enfermedad aguda de vías respiratorias altas (465.9).
- 2.2. Secuelas no especificadas de desnutrición, no se aceptará como diagnóstico, salvo cuando la secuela (efectos tardíos) tengan una categoría identificada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.), en cuyo caso se llevará a dicha categoría.

---

\* Para la codificación se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.), 1975, 9ª Revisión.

- 2.3. Bronquitis, otitis, rinofaringitis, etc., no identificadas como agudas o crónicas serán codificadas tal como especifica la C.I.E.
- 2.4. Desarrollo genital infantil y retraso del desarrollo sexual, si es de la adolescencia se clasificará como retraso del desarrollo sexual y de la pubertal no clasificado en otra parte (259.9); si es después de los 20 años se clasificará como infantilismo (259.9).
- 2.5. Espasmo del sollozo se codificará en 312.0.
- 2.6. Coloboma no congénito, se codificará en 364.5.
- 2.7. Eczema varicoso, se codificará como várices con inflamación (454.1).
- 2.8. Amigdalofaringitis crónica, se debe codificar separadamente como Amigdalitis crónica y Faringitis crónica.
- 2.9. Enfermedad Respiratoria alérgica, se codificará en 519.9.
- 2.10. Síndrome Acido Péptico, se codificará como Dispepsia y otros trastornos gástricos funcionales (536.8).
- 2.11. Adherencias se incluirá en el código correspondiente a adherencias peritoneales (568.9).
- 2.12. Prolapso genital: Cistocele, rectocele, colpocele, uretrocele, y prolapso vaginal sin prolapso uterino van a un solo código (618.0).  
Prolapso uterino sin mención de los anteriores (618.1).  
Prolapso que combine los anteriores con prolapso utero-vaginal (sin mención de completo o incompleto) va a prolapso utero-vaginal sin especificación (618.4).
- 2.13. Queratitis solar, se codifica como Dermatitis por quemadura solar (692.7).
- 2.14. Absceso calcificado de mejilla, se codifica en 706.2.
- 2.15. Síndrome Coqueluchoide, se codificará como tos (786.2).
- 2.16. Secuelas o efectos tardíos: cuando aparece la especificación de la causa de la secuela y existe un código que la identifique se codificará como secuela de Meningitis.  
Cuando no existe especificación de causa, se codifica la entidad.  
Ej.: Hemiplejía (sin identificación causal) se codificará como Hemiplejía.

- 2.17. Fracturas, traumatismos, heridas, etc., que hayan dejado secuelas se codificarán como efectos tardíos de traumatismos ( 905- a 909- ).  
Secuelas o efectos tardíos no especificados de traumatismos no especificados quedarán incluidos en el código residual 908.9.

3. Embarazo y enfermedades asociadas

- 3.1. Para evitar problemas de programación con relación a embarazo normal, se utilizará para este diagnóstico el código libre 649X.
- 3.2. En embarazo y enfermedades asociadas con embarazo, si la C.I.E. clasifica la asociación en un código específico se codificará así y se eliminará el código de embarazo.
- 3.3. Cuando no existe una categoría que identifique asociación entre embarazo y afección se codificarán los dos por separado.

4. Desnutrición

Los diagnósticos médicos de desnutrición serán respetados y se codificarán así:

- 4.1. Desnutrición SAI 263.9, cuando el peso y la talla se encuentren dentro de los límites normales (  $\pm$  10% de lo normal para la edad ). \*
- 4.2. Desnutrición grave: cuando el peso es menor de 60% de lo normal para la edad (262X).
- 4.3. Desnutrición grado moderado: cuando el peso está entre 60 y 75% de lo normal para la edad (263.0).
- 4.4. Desnutrición grado leve: cuando el peso está entre 75 y 90% de lo normal para la edad (263.1).

---

\* Se utilizaron como referencia las tablas de peso para niños colombianos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) División de Investigación, Sección de Epidemiología "Estudio Seccional de Crecimiento, Desarrollo y Nutrición en 12.138 niños de Bogotá, Colombia"

## 5. Combinaciones

Cuando existan manifestaciones, síntomas o signos que forman parte de una entidad causal básica, se unen y se codifican así:

- 5.1. Si existe en la categoría básica un código de 4 dígitos que incluya la combinación, se codificará esta combinación. Ej.: Diabetes y Retinopatía Diabética, se codificará Diabetes con complicaciones oculares (250.4).
- 5.2. Si la enfermedad básica y el signo tiene el mismo código, se utiliza el código común (un solo diagnóstico). Ej.: Hipertrofia de próstata, prostatismo, se codificará Hiperplasia de la próstata (600X).
- 5.3. Si existe un código separado para el signo o síntoma, se codifica solamente la entidad básica o la más específica. Ej.: Apendicitis perforada, abdomen agudo, se codificará Apendicitis perforada  
Ej.: Uretrocele, Incontinencia Urinaria atribuible a éste, se codificará Uretrocele. Ej.: Catarata, pérdida de la visión, se codificará Catarata. Ej.: Cervicitis, flujo vaginal, atribuible a éste, se codificará Cervicitis.
- 5.4. Cuando se asocian dos o más diagnósticos, al eliminar algunos de ellos, si las respuestas a las preguntas 2, 3, 4 y 5 del diagnóstico son iguales no se modifica nada en relación con el diagnóstico seleccionado, pero si las respuestas son diferentes se debe consultar para decidir como deben quedar registradas las respuestas 2, 3, 4 y 5 en relación con el diagnóstico que se mantiene.

## 6. Multiplicidad de Diagnósticos

Cuando exista más de 14 diagnósticos se debe separar la historia clínica para consultar con el Comité Técnico para hacer su revisión exhaustiva. \*

---

\* Esta ocurrió principalmente en las unidades trabajadas en 1977 (Costa Atlántica).

República de Colombia  
MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
ESTUDIO NACIONAL DE SALUD  
- Historia Clínica de Adultos -

UPM \_\_\_\_\_

Nombre

UPM No. \_\_\_\_\_

Segmento No. \_\_\_\_\_

Vivienda No. \_\_\_\_\_

Hogar No. \_\_\_\_\_

Persona No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
PRIMER APELLIDO O DE SOLTERA

\_\_\_\_\_  
SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA

HISTORIA CLINICA No.

Nombre del médico examinador: \_\_\_\_\_

1 - IDENTIFICACION

Para ser llenado por el coordinador

No. REGISTRO 1 y 2	No. U.P.M. 3 y 4	No. SEGMENTO 5 y 6	No. VIVIENDA 7 y 8	No. HOGAR 9 y 10	No. PERSONA 11 y 12	No. HISTORIA 13 - 16

NOMBRE \_\_\_\_\_ PRIMER APELLIDO O DE SOLTERA \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION DE LA VIVIENDA: \_\_\_\_\_  
 OCUPACION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

Para ser llenado por la recepcionista

<table border="1"> <tr> <th colspan="3">FECHA DE NACIMIENTO</th> </tr> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	FECHA DE NACIMIENTO			DIA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <th colspan="2">EDAD (Años)</th> </tr> <tr> <th>16 y 17</th> <th> </th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	EDAD (Años)		16 y 17				SEXO - 18 1 <input type="checkbox"/> MASCULINO 2 <input type="checkbox"/> FEMENINO
FECHA DE NACIMIENTO																	
DIA	MES	AÑO															
EDAD (Años)																	
16 y 17																	
OBSERVACIONES: _____																	

2 - REGISTRO DE CONTROL

NOMBRE DEL FUNCIONARIO (Para ser llenado por la recepcionista)	PROCEDIMIENTO	H O R A		DIFICULTADES O RAZON DE NO REALIZACION	FIRMA DEL FUNCIO NARIO
		DE	A		
	1. Recepción				
	2. Peso, talla y temperatura				
	3. Examen médico				
	4. Revisión de la historia médica				
	5. Examen oral				
	6. Punción venosa y recol.muest.				
	7. Recepción				

OBSERVACIONES DEL COORDINADOR DEL EQUIPO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

FIRMA DEL COORDINADOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

3 - MEDIDAS GENERALES

Para ser llenado por la Auxiliar de Enfermería

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">P E S O</th> <th colspan="2">19 - 24</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">KILOS</td> <td style="width: 50%;">GRAMOS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	P E S O		19 - 24		KILOS	GRAMOS							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">T A L L A</th> <th colspan="2">25 - 28</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">M.</td> <td style="width: 33%;">CENTIMETR.</td> <td style="width: 33%;">mmts.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	T A L L A			25 - 28		M.	CENTIMETR.	mmts.								<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">TEMPERATURA ORAL</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">GRADOS C.</td> <td style="width: 50%;">DECIMAS</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	TEMPERATURA ORAL		GRADOS C.	DECIMAS		
P E S O		19 - 24																																	
KILOS	GRAMOS																																		
T A L L A			25 - 28																																
M.	CENTIMETR.	mmts.																																	
TEMPERATURA ORAL																																			
GRADOS C.	DECIMAS																																		

4 - OTRAS MEDIDAS

1a. TOMA DE TENSION ARTERIAL. BRAZO DERECHO E IZQUIERDO

Para ser llenado por el Médico

TENSION ARTERIAL										
			1a. TOMA			2a. TOMA				
			BRAZO DERECHO		BRAZO IZQUIERDO	BRAZO DERECHO				
SISTOLICA	29 - 37									
DIASTOLICA	38 - 46									

5 - SALUD RECIENTE

1. Se ha sentido usted enfermo en los últimos 15 días?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pregunte 3)	47																																																							
2. Ha consultado al médico o a alguna otra persona por esta enfermedad en los últimos 15 días?	a. Médico 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	48																																																							
	b. Otra persona 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	49																																																							
3. Ha tomado medicamentos en los últimos 15 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Pregunte 4)	50																																																							
a. Cuáles?	_____	51																																																							
b. Diurético y/o antihipertensivo	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	52																																																							
4. Ha tomado, se ha aplicado o le han aplicado algún medicamento no ordenado por el médico en los últimos 15 días?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pase a tabaquismo)	53																																																							
a. Cuáles ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 85%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/> Antibióticos</td> <td style="text-align: center;">54</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/> Antihelmínticos</td> <td style="text-align: center;">55</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/> Analgésicos</td> <td style="text-align: center;">56</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/> Vitaminas</td> <td style="text-align: center;">57</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/> Hormonas (Incluye anovulator)</td> <td style="text-align: center;">58</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/> Antitusígenos y expectorantes</td> <td style="text-align: center;">59</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/> Antidiarréicos</td> <td style="text-align: center;">60</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/> Antiamibianos</td> <td style="text-align: center;">61</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/> Antiácidos</td> <td style="text-align: center;">62</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____</td> <td style="text-align: center;">63</td> </tr> </table>		SI	NO			1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Antibióticos	54	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Antihelmínticos	55	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Analgésicos	56	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Vitaminas	57	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Hormonas (Incluye anovulator)	58	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Antitusígenos y expectorantes	59	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Antidiarréicos	60	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Antiamibianos	61	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Antiácidos	62	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____	63	64
	SI	NO																																																							
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Antibióticos	54																																																					
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Antihelmínticos	55																																																					
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Analgésicos	56																																																					
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Vitaminas	57																																																					
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Hormonas (Incluye anovulator)	58																																																					
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Antitusígenos y expectorantes	59																																																					
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Antidiarréicos	60																																																					
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Antiamibianos	61																																																					
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Antiácidos	62																																																					
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> Otros (Especifique) _____	63																																																					
b. Cuánto le costaron estos medicamentos?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No pagó</td> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td><input type="checkbox"/> \$ (En pesos)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td><input type="checkbox"/> NS, ó NR.</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	0	0	0	<input type="checkbox"/> No pagó						<input type="checkbox"/> \$ (En pesos)			9	9	9	<input type="checkbox"/> NS, ó NR.			65																																					
0	0	0	<input type="checkbox"/> No pagó																																																						
			<input type="checkbox"/> \$ (En pesos)																																																						
9	9	9	<input type="checkbox"/> NS, ó NR.																																																						

6 - TABAQUISMO

1. Fuma usted actualmente?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pregunte 4)	65
2. Cuántos cigarrillos, tabacos o pipas fuma al día?	a. Cigarrillos 0 0 <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número	66 y 67
	b. Tabacos 0 0 <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número	68 y 69
	c. Pipas 0 0 <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número	70 y 71
3. Cuánto tiempo hace que fuma?	a. Menos de un año 1 <input type="checkbox"/> Sí (Pase a Alcoholismo) 2 <input type="checkbox"/> No	72
	b. Un año ó más <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número de años 9 9 <input type="checkbox"/> NS. ó NR. } Pase a Alcoholismo	73 y 74
4. Fumaba usted anteriormente?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pase a Alcoholismo)	75
5. Cuánto hace que dejó de fumar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número de años	76 y
	9 9 <input type="checkbox"/> NS. ó NR.	77

7 - ALCOHOLISMO

1. Toma usted bebidas alcohólicas actualmente?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pregunte 5)	78
2. Con qué frecuencia semanal toma usted?	1 <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana (Pase Antec. Familiares) 2 <input type="checkbox"/> Una vez ó más por semana	79
2A. Cuál bebida toma usted?	_____	
3. Cuántos días a la semana toma usted y que cantidad por día?	a. De licor 1. Días 0 <input type="checkbox"/> Ninguno (Pase a 3b.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número	80
	2. Cantidad <input type="checkbox"/> _____	81
	b. De cervezas 1. Días 0 <input type="checkbox"/> Ninguno (Pase a 3c.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número	82
	2. Cantidad <input type="checkbox"/> _____	83
	c. De vinos y otros fermentos 1. Días 0 <input type="checkbox"/> Ninguno (Pase a 4) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número	84
	2. Cantidad <input type="checkbox"/> _____	85
4. Cuánto tiempo hace que toma bebidas alcohólicas?	a. Menos de un año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número de meses Pase a Antec. Famil.	86 y 87
	b. Un año ó más <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número de años Pase a Antec. Famil.	88 y 89
5. Tomaba usted bebidas alcohólicas anteriormente?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pase a Antecedentes Familiares)	90
6. Cuánto hace que dejó de tomar bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número de años	91 y
	9 9 <input type="checkbox"/> NS. ó NR.	92

8 - ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. T.B.C. (Incluye todos los miembros del hogar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
SOLAMENTE ANTECEDENTES REFERIDOS A PARIENTES CONSANGUINEOS			
	SI	NO	_____
2. DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. ACCIDENTES CEREBROVASCULARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

9 - ANTECEDENTES PERSONALES

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. HIPERTENSION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. VENEREOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. TRAUMATICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. QUIRURGICOS (Incluye quirúrgicos gine cobstétricos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. HOSPITALIZACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. OTROS ANTECEDENTES PATOLOGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

10 - ANTECEDENTES DEL TRABAJO

NO APLICABLE  PERSONA SIN OCUPACION

EXPOSICION A:	SI	NO	DESCRIPCION:
1. POLVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. HUMOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. VAPORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. GASES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. TEMPERATURAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. RUIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. RADIACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. IRRITANTES POR CONTACTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. METALES PESADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

11 - INTERROGATORIO GENERAL Y POR SISTEMAS

	SI	NO	DESCRIPCION:
1. CEFALEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ANOREXIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. FIEBRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. ASTENIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. INSOMNIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. SOMNOLENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. EDEMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. POLIDIPSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. PERDIDA DE PESO EN SEIS MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

12 - ORGANOS DE LOS SENTIDOS

12.A- OJOS		SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. HIPERMETROPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
2. MIOPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
3. VISION BORROSA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
4. VISION DOBLE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
5. USA LENTES CORRECTORES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
6. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
12.B. - OIDOS		SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. OTORREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
2. OTALGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
3. TINITUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
4. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
12.C. - NARIZ		SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. SECRECION ANORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
2. OBSTRUCCION NASAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
3. DOLOR SENOS PARANASALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
4. EPISTAXIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
5. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
12.D - BOCA - FARINGE - LARINGE		SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. ODINOFAGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
2. DISFONIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
3. AFONIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
4. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____

13 - GLANDULAS MAMARIAS

NO APLICABLE  HOMBRES

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. SECRECIONES ANORMALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. MASTODINIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. MODULOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

14 - CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIO

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. DISNEA DE ESFUERZOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. DISNEA DE DECUBITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. OTRAS DISNEAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. DOLOR TORACICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. PALPITACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. FRIALDAD DE MIEMBROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. CLAUDICACION INTERMITENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. TOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. EXPECTORACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. HEMOPTISIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. SIBILANCIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

15 - DIGESTIVO

15.A - DIGESTIVO	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. DISFAGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. PIROSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. VOMITO Y NAUSEAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. FLATULENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. DOLOR ABDOMINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. HEMATEMESIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. DIARREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. ENTERORRAGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. MELENAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. CONSTIPACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. PRURITO ANAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. EXPULSION PARASITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

15.B - URINARIO		DESCRIPCION:
	SI NO	
1. OLIGURIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2. POLIURIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3. POLAQUIURIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4. DISURIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5. HEMATURIA MACROSCOPICA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6. SECRECION URETRAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7. CAMBIO CALIBRE CHORRO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8. MICCION INVOLUNTARIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9. OTROS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

NO APLICABLE  HOMBRES

15.C - GINECOBISTETRICO		DESCRIPCION:
1. MENARQUIA	Años <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. F.U.M.	Mes Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3 a. NUMERO DE EMBARAZOS	Número <input type="text"/> <input type="text"/>	
b. EMBARAZO ACTUAL	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4. NUMERO NACIDOS VIVOS	Número <input type="text"/> <input type="text"/>	
5. NUMERO NACIDOS MUERTOS	<input type="text"/> <input type="text"/>	
6. NUMERO DE ABORTOS	<input type="text"/> <input type="text"/>	
7. TRASTORNOS MENSTRUALES	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8. AMENORREA (Excluye embarazo)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9. HEMORRAGIA POST-MENOPAUSICA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10. SINTOMAS MENOPAUSIA (Oleadas, calor y otros)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11. FLUJO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12. PRURITO VULVAR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
13. OTROS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14. USA DIU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
15. TOMA ACTUALMENTE ANOVULATORIOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

16 - NEUROLOGICO

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. TRASTORNOS EN LA ORIENTACION TEMPOROESPACIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. CAMBIOS DE CONDUCTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. SINTOMAS DEPRESIVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. SINTOMAS MANIACOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. TRASTORNOS DEL SUEÑO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. TRASTORNOS DE LA MEMORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. TRASTORNOS DEL LENGUAJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. PARESIAS Y PARALISIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. TRASTORNOS DEL CONTROL DE ESFINTERES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. PARESTESIAS Y ANESTESIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO Y DE LA MARCHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. ATAXIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

17 - MUSCULO ESQUELETICO

17.A - DOLOR		DESCRIPCION: _____
	SI	NO
1. EN CUELLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. EN REGION DORSO LUMBAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. EN EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. EN ARTICULACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.B - DIFICULTAD O LIMITACION DE MOVIMIENTO		DESCRIPCION: _____
	SI	NO
1. EN CUELLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. EN COLUMNA DORSO LUMBAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. EN ARTICULACIONES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 - HEMOLINFATICO

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. PETEQUIAS Y EQUIMOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ADENOPATIAS GENERALIZADAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. SANGRADO GINGIVAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

19 - PIEL-MUCOSAS

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. PRURITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ULCERACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

20 - EXAMEN FISICO

20.A - ASPECTO GENERAL

BUENO

REGULAR

MALO

Descripción breve del aspecto general del paciente: \_\_\_\_\_

Comunicación, estado anímico, obesidad o enflaquecimiento, colaboración al interrogatorio

21 - CABEZA

21.A - CRANEO Y CARA	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. CICATRICES EN CARA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. LESIONES VII PAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. LESIONES V PAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. LESIONES DE CUERO CABELLUDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

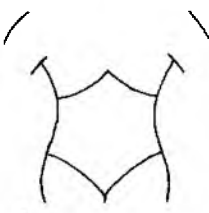
21.B - OJOS				DESCRIPCION:
	SI	NO		
1. PTERIGION, CONJUNTIVITIS Y OTRAS LESIONES DE PÁRPADOS Y ESCLERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. ESTRABISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. ANORMALIDADES DE REFLEJOS PUPILARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. OTRAS LESIONES DE III-IV-VI PARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. CATARATAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. OTRAS LESIONES DE CRISTALINO, IRIS, CORNEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. PERDIDA TOTAL DE LA VISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. OTROS TRASTORNOS DE VISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. OTROS HALLAZGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. FONDO DE OJOS SE PRACTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21.C - OIDOS				DESCRIPCION:
	SI	NO		
1. SORDERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. HALLAZGOS PATOLOGICOS OIDO EXTERNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. HALLAZGOS PATOLOGICOS EN TIMPANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. OTORREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21.D - NARIZ				DESCRIPCION:
	SI	NO		
1. OBSTRUCCION NASAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. DOLOR SENOS PARANASALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. DESVIACION DEL TABIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. OTROS HALLAZGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

21. E - BOCA - FARINGE - LARINGE				DESCRIPCION:
	SI	NO		
1. CIANOSIS DE LABIOS Y MUCOSAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
2. LABIO LEPORINO Y PALADAR HEN DIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
3. HALLAZGOS PATOLOGICOS EN LENGUA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
4. HALLAZGOS PATOLOGICOS EN AMIGDALAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
5. DISFONIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
6. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	

**22 - CUELLO**

	SI	NO	DESCRIPCION :
1. DOLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. LIMITACION DE MOVIMIENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. ADENOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. CRECIMIENTO DE TIROIDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. HALLAZGOS PATOLOGICOS A LA AUSCULTACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. ANORMALIDADES PULSO CAROTIDEOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. CICATRIZ DE HERIDA OPERATORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**23 - TORAX - TOMA DE TENSION ARTERIAL BRAZO DERECHO ( ESCRIBALA EN LA HOJA No. 2)**

23.A - INSPECCION PALPACION				DESCRIPCION:
1. FRECUENCIA CARDIACA p.m.	Número	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
2. PULSO RADIAL p.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. XIFOSIS - ESCOLIOSIS	SI	NO		
4. DEFORMIDADES CAJA TORACICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. CIRCULACION COLATERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. HALLAZGOS PATOLOGICOS DE LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. RETRACCION DE PEZONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. SECRECIONES ANORMALES DE SENOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. TUMORACIONES DE SENOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. ADENOPATIAS AXILARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. CIANOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12. CICATRIZ DE HERIDA OPERATORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13. OTROS HALLAZGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		


23.B - PULMONES		DESCRIPCION:
	SI NO	_____
1. PERCUSION ANORMAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
2. ALTERACION DEL MURMULLO VES- TIBULAR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
3. ESTERTORES - RONCOS- SIBILAN- CIAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
4. OTROS HALLAZGOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

23.C - CORAZON		DESCRIPCION:
	SI NO	_____
1. CARDIOMEGALIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
2. TRASTORNOS DEL RITMO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
3. ALTERACION DE LOS RUIDOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
4. SOPLOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
5. OTROS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

24 - ABDOMEN

	SI	NO	DESCRIPCION:
1. CIRCULACION COLATERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ASCITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. HERNIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. DOLOR A LA PALPACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. HEPATOMEGALIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. ESPLENOMEGALIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. MASAS ABDOMINALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. PUNTOS RENALES DOLOROSOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. DOLOR A LA PERCUSION RENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. CICATRIZ DE HERIDA OPERATORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

25 - GENITO URINARIO MASCULINO

NO APLICABLE  MUJERES

	SI	NO	DESCRIPCION:
1. HERNIAS INGUINO-ESCROTALES CRURALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ADENOPATIAS INGUINALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. SECRECIONES URETRALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. FIMOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. VARICOCELE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. ANORMALIDADES DE TESTICULOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. ULCERACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. OTROS HALLAZGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

26 - GENITO URINARIO FEMENINO

NO APLICABLE  HOMBRES

	SI	NO	DESCRIPCION:
1. HERNIAS INGUINO CRURALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ADENOPATIAS INGUINALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. FLUJOS Y/O SECRECIONES ANORMALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. SECRECION URETRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. ULCERACIONES SANGRADO VAGINAL ANORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. TUMORACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. PROLAPSOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. HALLAZGOS PATOLOGICOS EN VAGINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. HALLAZGOS PATOLOGICOS EN CUELLO UTERINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. HALLAZGOS PATOLOGICOS EN CUERPO UTERINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. HALLAZGOS PATOLOGICOS EN ANEXOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. UTERO GRAVIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. CITOLOGIA CERVICO - VAG.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

27 - RECTO Y ANO

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. HEMORROIDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. PROLAPSOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. HEMORRAGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. TUMORACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. HIPERTROFIA PROSTATICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

28 - EXTREMIDADES

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. AUSENCIA O DISMINUCION DE PULSOS PERIFERICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. VARICE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. ACROCIANOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. ARTRITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. AMPUTACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. MALFORMACIONES CONGENITAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. MALFORMACIONES ADQUIRIDAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. ATROFIAS MUSCULARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. LIMITACION DE MOVIMIENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. MOVIMIENTOS ANORMALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. REFLEJOS ANORMALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD			_____
a) SUPERFICIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) PROFUNDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. PARESIAS Y/O PARALISIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. ALTERACIONES DEL TONO MUSCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. EDEMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



32 - BACILOSCOPIA

1. DEBE TOMARSE BACILOSCOPIA?                      SI                       NO

2. RESULTADO DE LA BACILOSCOPIA

PRIMERA MUESTRA

NEGATIVO

POSITIVO

GRADO \_\_\_\_\_

ASPECTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SEGUNDA MUESTRA

NEGATIVO

POSITIVO

GRADO \_\_\_\_\_

ASPECTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



	DIAGNOSTICO No. 5	DIAGNOSTICO No. 6	DIAGNOSTICO No. 7	DIAGNOSTICO No. 8	
1. Diagnóstico	_____ _____ _____ C.I.E.	_____ _____ _____ C.I.E.	_____ _____ _____ C.I.E.	_____ _____ _____ C.I.E.	_____ _____ _____ C.I.E.
2. Percepción previa del paciente	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pase a 5)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pase a 5)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pase a 5)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pase a 5)	
3. Solicito atención al médico?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pregunte 4)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pregunte 4)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pregunte 4)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pregunte 4)	
a. Recibió atención?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pregunte 4)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pregunte 4)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pregunte 4)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pregunte 4)	
b. Cuánto hace?	1 <input type="checkbox"/> Menos de un año 2 <input type="checkbox"/> Un año ó más	1 <input type="checkbox"/> Menos de un año 2 <input type="checkbox"/> Un año ó más	1 <input type="checkbox"/> Menos de un año 2 <input type="checkbox"/> Un año ó más	1 <input type="checkbox"/> Menos de un año 2 <input type="checkbox"/> Un año ó más	
4. Solicitó atención a otra persona?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pase a 5)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pase a 5)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pase a 5)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pase a 5)	
a. Recibió atención?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pase a 5)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pase a 5)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pase a 5)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No (Pase a 5)	
b. Cuánto hace?	1 <input type="checkbox"/> Menos de un año 2 <input type="checkbox"/> Un año ó más	1 <input type="checkbox"/> Menos de un año 2 <input type="checkbox"/> Un año ó más	1 <input type="checkbox"/> Menos de un año 2 <input type="checkbox"/> Un año ó más	1 <input type="checkbox"/> Menos de un año 2 <input type="checkbox"/> Un año ó más	
5. Evolución	1 <input type="checkbox"/> Congénito 2 <input type="checkbox"/> Menos de 3 } Adquirido 3 <input type="checkbox"/> 3 - 12 } (Evolución 4 <input type="checkbox"/> Más de 12 } meses) 5 <input type="checkbox"/> No sabe	1 <input type="checkbox"/> Congénito 2 <input type="checkbox"/> Menos de 3 } Adquirido 3 <input type="checkbox"/> 3 - 12 } (Evolución 4 <input type="checkbox"/> Más de 12 } meses) 5 <input type="checkbox"/> No sabe	1 <input type="checkbox"/> Congénito 2 <input type="checkbox"/> Menos de 3 } Adquirido 3 <input type="checkbox"/> 3 - 12 } (Evolución 4 <input type="checkbox"/> Más de 12 } meses) 5 <input type="checkbox"/> No sabe	1 <input type="checkbox"/> Congénito 2 <input type="checkbox"/> Menos de 3 } Adquirido 3 <input type="checkbox"/> 3 - 12 } (Evolución 4 <input type="checkbox"/> Más de 12 } meses) 5 <input type="checkbox"/> No sabe	
6. Grado de certeza del diagnóstico	<u>Seguridad</u> 1 <input type="checkbox"/> Necesita comprobación 2 <input type="checkbox"/> No necesita comprob. 3 <input type="checkbox"/> Impresión	<u>Seguridad</u> 1 <input type="checkbox"/> Necesita comprobación 2 <input type="checkbox"/> No necesita comprob. 3 <input type="checkbox"/> Impresión	<u>Seguridad</u> 1 <input type="checkbox"/> Necesita comprobación 2 <input type="checkbox"/> No necesita comprob. 3 <input type="checkbox"/> Impresión	<u>Seguridad</u> 1 <input type="checkbox"/> Necesita comprobación 2 <input type="checkbox"/> No necesita comprob. 3 <input type="checkbox"/> Impresión	

<p>34. Quién respondió sobre la percepción previa y la solicitud de atención de la mayor parte de los diagnósticos?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> El paciente  2 <input type="checkbox"/> Uno de los padres  3 <input type="checkbox"/> Otra persona</p>	<p>120</p>
<p>35. Total de diagnósticos</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Clínicamente normal  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número</p>	<p>121</p>

República de Colombia  
MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
ESTUDIO NACIONAL DE SALUD  
- Historia Clínica Pediátrica -

UPM \_\_\_\_\_  
Nombre

U P M No. \_\_\_\_\_

Segmento No. \_\_\_\_\_

Vivienda No. \_\_\_\_\_

Hogar No. \_\_\_\_\_

Persona No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE PRIMER APELLIDO O DE SOLTERA SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA

HISTORIA CLINICA No.

Nombre del médico examinador: \_\_\_\_\_

**1 - IDENTIFICACION**

Para ser llenado por el coordinador

No. REGISTRO 1 y 2		No. U.P.M. 3 y 4		No. SEGMENTO 5 y 6		No. VIVIENDA 7 y 8		No. HOGAR 9 y 10		No. PERSONA 11 y 12		No. HISTORIA 13 - 15	

NOMBRE \_\_\_\_\_ PRIMER APELLIDO O DE SOLTERA \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

DIRECCION DE LA VIVIENDA: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

Para ser llenado por la recepcionista

<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">FECHA DE NACIMIENTO</th> </tr> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			FECHA DE NACIMIENTO			DIA	MES	AÑO				<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">EDAD 10 - 15</th> </tr> <tr> <th>AÑOS</th> <th>MESES</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			EDAD 10 - 15			AÑOS	MESES					SEXO      20 1 <input type="checkbox"/> MASCULINO 2 <input type="checkbox"/> FEMENINO		
FECHA DE NACIMIENTO																										
DIA	MES	AÑO																								
EDAD 10 - 15																										
AÑOS	MESES																									

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**2 - REGISTRO DE CONTROL**

NOMBRE DEL FUNCIONARIO (Para ser llenado por la recepcionista)	PROCEDIMIENTO	HORA		DIFICULTADES O RAZON DE NO REALIZACION	FIRMA DEL FUNCIONARIO
		DE	A		
	1. Recepción				
	2. Peso, talla y temperatura				
	3. Examen médico				
	4. Revisión de la historia médica				
	5. Examen oral				
	6. Punción venosa y recol.muest.				
	7. Recepción				

OBSERVACIONES DEL COORDINADOR DEL EQUIPO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL COORDINADOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**3 - MEDIDAS GENERALES**

Para ser llenado por la Auxiliar de Enfermería

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">PESO</th><th colspan="2">21 - 26</th></tr> <tr><th>KILOS</th><th>GRAMOS</th><th></th><th></th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	PESO		21 - 26		KILOS	GRAMOS							<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="3">TALLA</th><th colspan="2">26 - 33</th></tr> <tr><th>METROS</th><th>CENTIMETROS</th><th>cmts.</th><th></th><th></th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	TALLA			26 - 33		METROS	CENTIMETROS	cmts.								<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="3">TEMPERATURA ORAL</th></tr> <tr><th>GRADOS</th><th>DECIMAS</th><th></th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	TEMPERATURA ORAL			GRADOS	DECIMAS				
PESO		21 - 26																																				
KILOS	GRAMOS																																					
TALLA			26 - 33																																			
METROS	CENTIMETROS	cmts.																																				
TEMPERATURA ORAL																																						
GRADOS	DECIMAS																																					
CICATRIZ B.C.G.		NO APLICABLE <input type="checkbox"/> 5 AÑOS Y MAS																																				
<p>30</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SI</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">MEDIDA DE LA CI</th><th colspan="2">CATRIZ</th><th colspan="2">31 y 32</th></tr> <tr><th>CENTIMETROS</th><th>cmts.</th><th></th><th></th><th></th><th></th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	MEDIDA DE LA CI		CATRIZ		31 y 32		CENTIMETROS	cmts.											<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="3">PERIMETRO CEFALICO</th><th colspan="2">33 - 38</th></tr> <tr><th>CENTIMETROS</th><th>mmts.</th><th></th><th></th><th></th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	PERIMETRO CEFALICO			33 - 38		CENTIMETROS	mmts.											
MEDIDA DE LA CI		CATRIZ		31 y 32																																		
CENTIMETROS	cmts.																																					
PERIMETRO CEFALICO			33 - 38																																			
CENTIMETROS	mmts.																																					

**4 - OTRAS MEDIDAS**

NO APLICABLE  5 AÑOS Y MAS

PRESENCIA DE FONTANELAS			
<p>FRONTAL</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SI</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No</p>	36	<p>OCCIPITAL</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SI</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No</p>	37

**5 - SALUD RECIENTE**

1. Se sentió usted enfermo en los últimos 15 días?	1 <input type="checkbox"/> SI	38	
	2 <input type="checkbox"/> No (Pregunte 3)		
2. Ha consultado al médico o a alguna otra persona por ésta enfermedad en los últimos 15 días	a. Médico	39	
	b. Otra persona	40	
3. Ha tomado medicamentos en los últimos 15 días?	<input type="checkbox"/> SI	41	
	<input type="checkbox"/> No (Pregunte 4)		
a. Cuáles	_____		
b. Diurético y/o antihipertensivo	1 <input type="checkbox"/> SI	41	
	2 <input type="checkbox"/> No		
4. Ha tomado, se ha aplicado o le han aplicado algún medicamento no ordenado por el médico en los últimos 15 días?	1 <input type="checkbox"/> SI	42	
	2 <input type="checkbox"/> No (Pase a Antecedentes Familiares)		
a. Cuáles?	SI NO		
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Antibióticos	43	
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Antihelmínticos	44	
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Analgésicos	45	
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Vitamínicos	46	
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Hormonales (incluye anovulatorio)	47	
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Antitusígenos y expector.	48	
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Antidiarréicos	49	
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Antiamibianos	50	
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Antiácidos	51	
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Otros (Especifique)	52	
	b. Cuánto le costaron estos medicamentos?	0 0 0 <input type="checkbox"/> No pagó	53
		<input type="checkbox"/> \$ (En pesos)	54
	9 9 9 <input type="checkbox"/> NS. ó NR.	55	

**6 - ANTECEDENTES FAMILIARES**

Para ser llenado por el Médico

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. TBC (Incluye todos los miembros del hogar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
SOLAMENTE ANTECEDENTES REFERIDOS A PARIENTES CONSANGUINEOS			
	SI	NO	_____
2. DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. SIFILIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**7 - ANTECEDENTES PERSONALES**

<b>7.A - EMBARAZO Y PARTO</b>		DESCRIPCION: _____
1. DURACION DEL EMBARAZO (En meses)	Número <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
2. ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
3. EMPLEO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
4. PARTO COMPLICADO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
5. PROBLEMAS INMEDIATOS AL NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

NO APLICABLE  5 AÑOS Y MAS

<b>7.B - INMUNIZACIONES</b>		DESCRIPCION: _____
	SI NO	No. S.I.
1. DPT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No. dosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. SABIN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No. dosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. SARAMPION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<b>7.C - ANTECEDENTES PATOLOGICOS</b>		DESCRIPCION: _____
	SI NO	_____
1. INFECCIOSOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
2. GARENCIALES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
3. TRAUMATICOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
4. INTOXICACIONES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
5. OTROS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

<b>7.D - HOSPITALIZACIONES</b>		
AÑO	CAUSAS	NO HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/>
1. _____	_____	
2. _____	_____	
3. _____	_____	

**8 - INTERROGATORIO GENERAL Y POR SISTEMAS**

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. ANOREXIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. EDEMAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. CEFALEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. FIEBRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. FATIGABILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. IRRITABILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**9 - ORGANO DE LOS SENTIDOS**

9.A - OJOS	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. HIPERMETROPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. MIOPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. VISION BORROSA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. VISION DOBLE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. USA LENTES CORRECTORES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.B - OIDOS	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. OTORREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. OTALGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.C - NARIZ	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. SECRECION MUCOPURULENTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. OBSTRUCCION NASAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. DOLOR SENOS PARANASALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. EPISTAXIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.D - BOCA - FARINGE - LARINGE	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. ODINOFAGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. DISFONIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. A FONIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**10 - CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIO**

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. DISNEAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. TOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. EXPECTORACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. SIBILANCIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. DOLOR TORACICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. HEMOPTISIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. CIANOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**11 - DIGESTIVO**

11.A - DIGESTIVO	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. VOMITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. EXPULSION DE PARASITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. DISFAGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. MELENAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. DIARREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. DOLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. HEMATEMESIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. CONSTIPACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. ENTERORRAGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. PRURITO ANAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

11.B - URINARIO	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. OLIGURIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. POLIURIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. DISURIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. HEMATURIA MACROSCOPICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. ANORMALIDADES MICCION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. ENURESIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. SECRECION URETRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

NO APLICABLE  HOMBRES  
 MUJERES MENORES DE 10 AÑOS

11.C - GINECOBSTETICO	AÑOS		DESCRIPCION: _____
1. MENARQUIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	SI	NO	_____
2. TRASTORNOS MENSTRUALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. TRASTORNOS DEL RITMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. FLUJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

12 - NEUROLOGICO

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. TRASTORNOS EN LA ORIENTACION TEMPOROESPACIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. CAMBIOS DE CONDUCTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. SINTOMAS DEPRESIVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. SINTOMAS MANIACOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. TRASTORNOS DEL SUEÑO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. TRASTORNOS DE LA MEMORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. TRASTORNOS DEL LENGUAJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. PARESIAS Y PARALISIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. TRASTORNOS DEL CONTROL DE ESPINTERES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. PARESTESIAS Y ANESTESIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO Y DE LA MARCHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. ATAXIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

13 - MUSCULO ESQUELETICO

13.A - DOLOR	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. EN CUELLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. EN REGION DORSO LUMBAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. EN EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. EN ARTICULACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

13. B - DIFICULTAD O LIMITACION DE MOVIMIENTOS		DESCRIPCION:
	SI	NO
1. EN CUELLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. EN COLUMNA DORSO LUMBAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. EN ARTICULACIONES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 - HEMOLINFATICO

	SI	NO	DESCRIPCION:
1. PETEQUIAS Y EQUIMOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ADENOPATIAS GENERALIZADAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. SANGRADO GINGIVAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

15 - PIEL MUCOSAS

	SI	NO	DESCRIPCION:
1. PRURITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. PALIDEZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ULCERACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

16 - EVALUACION SIMPLIFICADA DEL DESARROLLO

NO APLICABLE  4 AÑOS Y MAS

1. LENGUAJE	PRECOZ	<input type="checkbox"/>	DESCRIPCION: _____
	NORMAL	<input type="checkbox"/>	
	RETARDADO	<input type="checkbox"/>	
2. PSICOMOTOR	PRECOZ	<input type="checkbox"/>	_____
	NORMAL	<input type="checkbox"/>	
	RETARDADO	<input type="checkbox"/>	
3. CONDUCTA ADAPTATIVA	PRECOZ	<input type="checkbox"/>	_____
	NORMAL	<input type="checkbox"/>	
	RETARDADO	<input type="checkbox"/>	

**17 - EXAMEN FISICO**

**17.A - ASPECTO GENERAL**

Bueno

Regular

Malo

Descripción breve del aspecto general del paciente: \_\_\_\_\_

Comunicación, estado anímico, obesidad o enflaquecimiento, colaboración al interrogatorio.

**18 - CABEZA**

18.A - CRANEO Y CARA	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. CABELLO FACILMENTE DESPRENDIBLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ECTOPARASITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. LESIONES DE CUERO CABELLUDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. DERMATITIS Y DERMATOSIS DE LA CARA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. HIDROCEFALIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18.B - OJOS	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. PERDIDA TOTAL DE LA VISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. OTROS TRASTORNOS DE VISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. ESTRABISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. ANORMALIDADES DE REFLEJOS PUPILARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. OTRAS LESIONES DE III - IV - VI PARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. OTRAS LESIONES DE CRISTALINO, IRIS, CORNEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. CONJUNTIVITIS Y OTRAS LESIONES DE PARPADOS Y ESCLERAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. OTROS HALLAZGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. FONDO DE OJOS SE PRACTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

18.C - OIDOS	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. SORDERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. HALLAZGOS PATOLOGICOS OIDO EX-TERNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. HALLAZGOS PATOLOGICOS EN TIM-PANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. OTORREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

18.D - NARIZ	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. DOLOR SENOS PARANASALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. OBSTRUCCION NASAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. SECRECION PURULENTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. HIPERTROFIA CORNETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

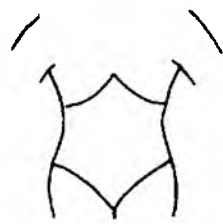
  

18.E - BOCA - FARINGE - LARINGE	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. ESTOMATITIS ANGULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ULCERACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. GINGIVORRAGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. HERPES LABIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. AFTAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. GLOSITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. ALTERACIONES DE AMIGDALAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HEN-DIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. HIPERTROFIA DE ADENOIDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

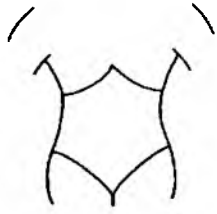
**19 - CUELLO**

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. ADENOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. CRECIMIENTO DE TIROIDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. OTRAS TUMORACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. HALLAZGOS PATOLOGICOS A LA AUSCULTACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. LIMITACION DE MOVIMIENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. DOLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. CICATRIZ DE HERIDA OPERATORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

20 - TORAX

20.A - INSPECCION PALPACION		Número		DESCRIPCION:	
1. FRECUENCIA CARDIACA	p.m.	<input type="text"/>	<input type="text"/>		_____
2. PULSO RADIAL	p.m.	<input type="text"/>	<input type="text"/>		_____
		SI	NO		_____
3. XIFOSIS-ESCOLIOSIS-LORDOSIS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
4. DEFORMIDADES CAJA TORACICA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
5. HALLAZGOS PATOLOGICOS DE LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
6. ADENOPATIAS AXILARES		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
7. CICATRIZ DE HERIDA OPERATORIA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
8. OTROS HALLAZGOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
20.B - PULMONES		SI	NO	DESCRIPCION:	
1. PERCUSION ANORMAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
2. ALTERACION DEL MURMULLO VESTIBULAR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
3. ESTERTORES-RONCOS-SIBILANCIAS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
4. OTROS HALLAZGOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
20.C - CORAZON		SI	NO	DESCRIPCION:	
1. CARDIOMEGALIA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
2. TRASTORNOS DEL RITMO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
3. ALTERACION DE LOS RUIDOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
4. SOPLOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
5. OTROS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	

21 - ABDOMEN

	SI	NO		DESCRIPCION:
1. CIRCULACION COLATERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
2. ASCITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
3. HERNIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
4. DOLOR A LA PALPACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
5. HEPATOMEGALIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
6. ESPLENOMEGALIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
7. MASAS ABDOMINALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
8. PUNTOS RENALES DOLOROSOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
9. DOLOR A LA PERCUSION RENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
10. CICATRIZ DE HERIDA OPERATORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
11. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____

22 - GENITO-URINARIO MASCULINO

NO APLICABLE  MUJERES

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. HERNIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ADENOPATIAS INGUINALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. SECRECIONES URETRALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. FIMOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. VARICOCELE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. ANORMALIDADES DE TESTICULOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. LESIONES VENEREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. MALFORMACIONES CONGENITAS DE LOS GENITALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. OTROS HALLAZGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

23 - GENITO-URINARIO FEMENINO

NO APLICABLE  HOMBRES

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. HERNIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ADENOPATIAS INGUINALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. FLUJOS Y/O SECRECIONES ANORMALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. SECRECION URETRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. MALFORMACIONES CONGENITAS DE GENITALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

24 - RECTO Y ANO

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. HEMORROIDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. PROLAPSOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. SANGRADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. TUMORACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

25 - EXTREMIDADES

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. AUSENCIA O DISMINUCION DE PULSOS PERIFERICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ARTRITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. AMPUTACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. MALFORMACIONES CONGENITAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. MALFORMACIONES ADQUIRIDAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. ANOMALIAS MUSCULARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. LIMITACIONES DE MOVIMIENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. MOVIMIENTOS ANORMALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. REFLEJOS ANORMALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD			_____
a) SUPERFICIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) PROFUNDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. PARESIAS Y/O PARALISIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. ALTERACIONES TONO MUSCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

26 - PIEL

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. DERMATITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. TUMORACIONES, NEVUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. CICATRICES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. ULCERACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. CAMBIOS DE PIGMENTACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. ECTOPARASITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. PETEQUIAS Y EQUIMOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

27 - NEUROLOGICO

	SI	NO	DESCRIPCION: _____
1. TRASTORNOS DE LA CONCIENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. TRASTORNOS DEL LENGUAJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. TRASTORNOS DE LA COORDINACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

28 - RESUMEN DE HALLAZGOS POSITIVOS DEL INTERROGATORIO

Y EL EXAMEN

(Referir los números)


29 - BACILOSCOPIA

1. Debe tomarse baciloscopia?                      SI                       NO

2. Resultado de la baciloscopia

PRIMERA MUESTRA

NEGATIVO

POSITIVO       GRADO \_\_\_\_\_ ASPECTO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SEGUNDA MUESTRA

NEGATIVO

POSITIVO       GRADO \_\_\_\_\_ ASPECTO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





<p>31. Quién respondió sobre la percepción previa y la solicitud de atención de la mayor parte de los diagnósticos?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> El paciente  2 <input type="checkbox"/> Uno de los padres  3 <input type="checkbox"/> Otra persona</p>	<p>120</p>
<p>32. Total de diagnósticos</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Clínicamente normal  <input type="checkbox"/> Número</p>	<p>121</p>





Editado en la Imprenta del  
Instituto Nacional de Salud  
Bogotá, D. E. - Colombia