



REPÚBLICA DEL PARAGUAY
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA FICHA CLÍNICA



ASUNCIÓN – PARAGUAY
2010



AUTORIDADES

DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ

Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

DR. EDGAR D. GIMÉNEZ CABALLERO

Vice Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

DRA. MARÍA GRACIELA G. DE CÁCERES

Directora

Dirección General de Información Estratégica en Salud

**PARTICIPANTES DE LOS TALLERES DE DISCUSIÓN PARA EL ANALISIS
DE LA PROPUESTA DE CONTENIDO DE LA FICHA CLINICA**

**DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD- DIGIES
DIRECCIÓN DE BIOESTADISTICA**

Dra. Graciela Gamarra de Cáceres
Dra. Luz Romero de Molinas
Abog. Filomena Rivas
Dra. Rosa Lina Ferreira
Lic. Lucia Bogado Riveros
Lic. Manuel Vargas
Estefana C. de Olmedo
Manuela Bernal

**Dirección de
Planificación y
Evaluación**
Dr. Roberto Dullak

**Dirección General de
Programas de Salud**
Dr. Rubén Darío Ortiz
Lic. Vidalina Arzamendia
Lic. María Delasnieve Insfrán
Lic. Blas Duarte

**Dirección de Salud
Integral de
Niñez y Adolescencia**
Dra. Raquel Escobar
Dra. Elke Strubing
Jesús Irrazabal

Dirección de Salud Mental
Dra. Mirta Mendoza
Dr. Martín Moreno

**Instituto Nacional de Prevención
Cardiovascular - INCARP**
Dr. Víctor A. Espínola

**Centro de Información y Recursos
para el Desarrollo – CIRD**
Dr. Carlos Rodríguez
Dr. Alexis Moreno
Dra. Mirtha Mongelós

**Centro Paraguayo de Estudios de
Población - CEPEP**
Dra. Cynthia Prieto

III R.S - Cordillera
Dr. Cristian Yegros
Alfredo Adan Klein

V R.S - CAAGUAZÚ
Dr. Obdulio Ovelar
Lic. Dora Elva Acosta

IX R.S - Paraguari
Lic. Zunilda Samaniego
Sonia Rejis de Pavón
Dr. Eudes Cabrera

IV R.S - Guaira
Dra. Ruperta de Invernizzi
Lic. Ramona Fernández
Dr. Cristian Yegros
Josefina Leiva

VII R. S - Itapuá
Dra. Celina Llano
Dra. Alicia Carolina
Madrazo

Dora Pico
María Esther de Gaona
Dra. Liz Espínola
Vicente Danniel Ortiz
Carmen Villalba
Selva Noguera
Liberata Orué Cubilla
Dr. Víctor Gómez
Dra. Liz Espínola de Gómez

XI R. S - CENTRAL
Edith Díaz
Lic. Julio Cesar Aveiro
Dra. Griselda Talavera
Dra. María Fabiola Alarcón
Lic. María Asunción Alonso
Dr. Heraldito Rojas
Dr. Blas Medina
Dr. Walter Cáceres A.
Dra. Gloria Rojas

Dra. Gloria Samudio
Dr. Rubén Balbuena
Dr. José Antonio Buena
Dr. Raúl Real
Dra. Raquel Lovera
Dra. Fátima Ocampos
Lic. Domingo S. Avalos
Dra. Leticia Semidei
Romina Galeano

XII R. S. ÑEEMBUCU

Dr. Francisco López

XVIII R. S - CAPITAL

Dra. Lourdes Dionich

Lic. Gladys Arce

Lic. Celina Rolón

Lic. Máxima Gaona

Pascual Giménez

Alicia Morales de Irala

Dra. Amada Rodríguez

Lic. Wilma Coronel

Dra. Amada González

Elena S. Irala

Dr. Andrés Delmás

Dra. Nora Flores

Dra. Vidalia Lesmo

Dra. Marta Duarte

Lucila Ramírez

Dr. Juan Carlos Ferreira

Dra. Silvana Gómez

Dr. Mario Medina

Luz Bella Zárate

Dr. Gustavo Espinoza

Claudia González

Dr. Germán Torres Villamayor

Lic. Graciela Flores

Lic. Ofelia Rojas

Dr. Federico Lacarrubba

Armando Rojas

Dra. Cristina Chamorro

Dr. Miguel Insaurralde

Olga Lovera

Instituto de Previsión Social – IPS

Dr. Carlos Bello

Dr. Hugo Molina

Dra. Karina Fernández

Hospital Central FF.AA

Dr. Andrés Báez

Neida Aquino

Hospital de Policía

Fátima Pedrozzo

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS -UNA

Hospital de Clínicas

Dra. Gloria Brítez

Lic. Marta Brizuela

Dra. Sandra F. Samudio

Dr. Santiago Báez

Dra. Teresa Romero de Albrecht

Nancy Pagliaro

Dr. Andrés Vidovich

Dr. Castor Samaniego

Centro Materno Infantil San Lorenzo

Dr. Blas Gilberto Franco

Dra. Ida Esquivel

Carmen Maidana

Ada C. Insfrán

SOCIEDAD PARAGUAYA DE:

Gineco-Obstetricia

Dra. María Marta González

Pediatría

Dra. Carmen Figueredo

Medicina Interna

Dr. Cesar Chirico

ASISTENTE TÉCNICO MSIS-CIRD/USAID

Lic. Zunilda E. Salinas R.

SUPERVISORA DE CAMPO SSIEV MSIS-CIRD/USAID

Lic. Úrsula M. de Mendoza

APOYO FINANCIERO – CIRD/USAID

MIEMBROS DEL COMITÉ TÉCNICO NACIONAL DEL EXPEDIENTE CLINICO

Coordinación General
Dirección General de Información Estratégica en
Salud - DIGIES

Dra. María Graciela G. de Cáceres

Coordinación Ejecutiva
Dirección de Bioestadística

Lic. Lucia Bogado Riveros

Asesoría Técnica - Jurídica
DIGIES

Abog. Filomena Rivas Arias

DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD

Dirección de Salud Reproductiva:

Dr. Rubén Darío Ortiz

Dirección de Niñez y Adolescencia

Dra. Elke Strubing

Dra. Blanca Villalba de Piccinini

DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Dr. Gustavo Vidal Ortiz Torres

DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL

Dra. Mirtha Mendoza

HOSPITAL CENTRAL FF.AA

Dra. Gladys Alegre de Argüello

HOSPITAL CENTRAL IPS

Dra. Myriam Adorno

Dr. Carlos A. Bello

HOSPITAL LOMA PYTA

Dra. Mercedes Mallorquín

HOSPITAL SAN PABLO

Dra. Ana Arrechea

Dra. Estela Florentín

Dra. Rossanna González

HOSPITAL DEL CÁNCER

Lic. María Asunción Alonso

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TRINIDAD

Dra. Nora Flores

Dra. Daisy Cáceres

HOSPITAL NACIONAL

Dra. Avelina Troche

Dra. Gloria N. Rojas

Dr. Luis María Bogado

Dr. José Antonio Buena

Dr. Rubén Balbuena

Dra. Raquel Lovera

Dr. Cesar Ismael Zorrilla

CENTRO MATERNO INFANTIL DE SAN LORENZO

Dra. Ida Esquivel

Dr. Daniel Ramalho

HOSPITAL GENERAL DE BARRIO OBRERO

Dra. María Rosa Amarilla

IV REGIÓN SANITARIA – DEPARTAMENTO DE ADOLESCENCIA

Dra. Ana Cristoff

HOSPITAL DE POLICÍA

Dr. Reinaldo Aguilera

CONTENIDO

Presentación.....	1
Introducción	2
Antecedentes.....	3
Instrucciones para el llenado de la Ficha Clínica.....	5
Responsables del llenado de la Ficha Clínica:	5
Apertura de la Ficha Clínica	7
1. Especialidad.....	8
2. Establecimiento de Salud.....	8
3. Región Sanitaria.....	8
4. Distrito.....	8
5. Fecha de Ingreso (dd/mm/aaaa)	9
6. Documento de Identificación	9
7. Apellido(s) y Nombre(s).....	9
8. Fecha de Nacimiento	10
9. Edad	10
10. Sexo.....	10
11. Lugar de Nacimiento	10
12. Nacionalidad	10
13. Etnia.....	10
14. Estado Civil	11
15. Lugar de Residencia Habitual del/la paciente.....	11
16. Nivel Educativo	11
17. Seguro Médico	12
18. Situación Laboral	12
19. Datos del Padre	13
20. Datos de la Madre.....	14
21. Si es acompañante:	14
22. Antecedentes Socio-Económicos.....	15
23. Esquema de Vacunación	16
24. Familigrama	16
25. Antecedentes Patológicos Familiares.....	18
26. Antecedentes Personales	18
27. Antecedentes Perinatales	21
28. Antecedentes Alimentarios.....	23
29. Desarrollo Madurativo	23
30. Hábitos.....	23

31. Antecedentes Gineco-Obstétricos-Urológicos.....	24
32. Cabeza	25
33. Cuello.....	26
34. Tórax.....	26
35. Ap. Respiratorio	26
36. Ap. Cardiovascular	26
37. Abdomen y Pelvis	26
38. Aparato Génito-Urinario	27
39. Aparato Osteoartromuscular:	27
40. Piel, Faneras y Tejido Celular Subcutáneo.....	28
41. Sistema Hemolinfopoyético	28
42. Sistema Nervioso Central.....	28
43. Semiología Psiquiátrica	29
44. Odontograma	31
45. Exámenes Auxiliares de Diagnóstico	32
46. Internaciones	30
47. Registro de Atención Ambulatoria	30
Tablas Complementarias	36
Anexo.....	38
Glosario	45
Bibliografía	46



PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) presenta este “**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA FICHA CLÍNICA**”, estructurado en el marco del diseño e Implementación del Sub-Sistema de Información de los Servicios de Salud (SSISS), uno de los componentes del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

La Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES), a través de la Dirección de Bioestadística, en forma conjunta con el Comité Técnico Nacional del Expediente Clínico, integrado por Médicos/as, Enfermeros/as, Estadísticos/as e Informáticos/as, han diseñado y elaborado el instrumento de recolección de datos que conforman la Ficha Clínica.

Este documento es el resultado de numerosas reuniones de trabajo realizadas para el análisis de las variables a ser incluidas en la misma, una versión preliminar de ésta fue presentada a interlocutores relevantes del ambiente médico con la participación efectiva de profesionales de la Salud dependientes del MSPyBS, Instituto de Previsión Social (IPS), Sanidad Militar, Sanidad Policial, Facultad de Ciencias Médicas de la UNA.

Este instructivo está dirigido al profesional actuante involucrado en el área de atención de pacientes en todos los Servicios tanto Públicos como Privados y al personal operativo, de conformidad con la estructura de funcionamiento del Sistema de Salud en el Paraguay.

La aplicación y uso de este instructivo tiene como objetivo mejorar la calidad de los datos plasmados en la Ficha Clínica, unificar, garantizar los registros de atención proporcionados en las instituciones de salud de distintos niveles de complejidad y dar respuesta a la necesidad de conocer la prestación de servicios asistenciales, de tal forma que sirva al Sistema Nacional de Salud del país, para la toma de decisiones basadas en la evidencia.

DRA. ESPERANZA MARTINEZ
Ministra de Salud Pública y Bienestar Social



INTRODUCCIÓN

La Ficha Clínica es un documento que contiene el conjunto de datos del/la paciente, obtenidos a través del interrogatorio del examen físico y de los estudios laboratoriales y conservados como fuente de información en el establecimiento prestador del Servicio de Salud.

La Ficha Clínica forma parte del Sub-Sistema de Información de los Servicios de Salud (SSISS). Constituye un documento principal en un sistema de información, imprescindible en su vertiente asistencial, administrativa, y además, constituye el registro de la atención prestada al paciente durante la consulta en el Servicio de Salud a la cual accede, de lo que deriva su trascendencia como documento legal.

Es definida como el registro completo realizado de forma confidencial a todo tipo de paciente que sea atendido por primera vez; a través del diálogo con él mismo o con la persona responsable que lo acompaña a la consulta ambulatoria.

La Ficha Clínica tiene por objeto registrar y almacenar información del/la paciente-usuario en la consulta ambulatoria, se elabora en la primera consulta y a la que se van incorporando datos sobre ocurrencia de hechos y sus características en las sucesivas consultas.

La colaboración eficiente, oportuna del profesional interviniente y personal administrativo de cada institución de salud en el llenado de las distintas variables incluidas en ésta ficha, se traducirá en el logro de los objetivos de la gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias del país.



ANTECEDENTES

Para la elaboración de los contenidos de la Ficha Clínica se han considerado distintos precedentes:

- Diagnósticos del Sistema de Información en Salud (SIS), dirigido a responsables de Direcciones Generales y Regionales dependientes del Ministerio de Salud.
- Diagnóstico del SIS, mediante formularios estandarizados de la Red Métrica de Salud.
- Diseño del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y definición de Sub-Sistemas de Información.
- Recomendaciones y conclusiones de talleres de discusión del formulario de Egreso Hospitalario diseñado.
- Resultados de Pruebas Piloto realizadas en Instituciones de Salud de distintos niveles de complejidad e Instituciones prestadoras de atención a pueblos indígenas.
- Antecedentes internacionales referidos de Sistemas de Información de algunos países seleccionados.

El proyecto de reformulación del Subsistema de Información de los Servicios de Salud propiamente dicho se inició en el año 2008 a partir de los tres primeros antecedentes mencionados.

En **Octubre del 2008**, se realizaron cuatro Jornadas de Capacitación en los departamentos de Amambay, Caaguazú, Misiones y Asunción, para la utilización del formulario de Egreso Hospitalario, Manual de Normas y la presentación del borrador de la nueva Ficha Clínica. Los mismos se pusieron a consideración de funcionarios del Área de Estadística, Encargados de Egresos Hospitalarios, Capacitados recientemente en CIE-10 y Encargados del Sub-Sistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV).

En **Noviembre – Diciembre del 2008**, la Dirección de Bioestadística presentó en una reunión de trabajo el borrador de la Ficha Clínica, a funcionarios de la DIGIES, Bioestadística, Consultor Nacional, Jefes de Estadística del Hospital Nacional, Hospital del Cáncer y Hospital Regional de Paraguarí. Como resultado de la reunión surgió la necesidad de realizar un Taller para presentar la propuesta del contenido de la Ficha Clínica a profesionales médicos y la propuesta de llevar los instrumentos a una Prueba Piloto.

En el mismo mes, se realizó el Taller de Socialización con profesionales médicos, Licenciadas/os en Enfermería y Estadígrafos/as Regionales. Las sugerencias recibidas



durante el desarrollo del Taller, generaron la conformación de grupos de trabajo más pequeños con profesionales médicos; se realizaron 6 reuniones de trabajo con el fin de revisar y analizar en detalle las variables que se incluirían.

A los efectos de poner a consideración los instrumentos elaborados, a mediados del mes de diciembre, se realizaron nuevamente 2 (dos) Talleres para la Validación de los Instrumentos de Recolección de Datos. Conforme a las sugerencias recepcionadas en los talleres, se realizaron las correcciones de los instrumentos.

Febrero – Marzo del 2009, se solicitó a Directores de Instituciones de Salud a los efectos de nombrar representantes médicos que integren el Comité Técnico Nacional del Expediente. En el mes, se realizaron 3 reuniones de trabajo para los ajustes del instrumento e instructivo.

Paralelamente a estas actividades se contrató un Consultor Internacional para el Diseño y Desarrollo del Sub-Sistema de Información de los Servicios de Salud: componente Ambulatoria.

Agosto – Septiembre del 2009, se implementó la Prueba Piloto de la Ficha Clínica y el Registro Diario de Consulta Externa, en 40 Instituciones de Salud. Finalizada la prueba piloto, se revisaron exhaustivamente los instrumentos con profesionales médicos que laboran en Consultorio Externo, a pedido de los mismos, se diseñaron dos instrumentos, la Ficha Clínica Pediátrica y la de Adultos.

En **Noviembre – Diciembre del 2009**, luego de un análisis comparativo de las variables contenidas en la Ficha Clínica Pediátrica y de Adultos, se constató que diferían unas de otras en un escaso número, razón por la cual, se analizaron in extenso cada uno de los instrumentos. Se logró un consenso con el Comité Técnico del Expediente Clínico y fue rediseñada una Ficha Clínica Básica estandarizada, prestando extrema atención a los intereses de cada Especialidad y a los aportes proporcionados por los profesionales durante el tiempo de su elaboración.



Instrucciones para el llenado de la Ficha Clínica:

- ☞ Las anotaciones deben ser legibles.
- ☞ No se deben utilizar ABREVIATURAS ni SIGLAS cuando se refiere a Apellidos y Nombres, Localidades, Motivo de Consulta o Diagnósticos, etc. Se podrán utilizar en casilleros que no permitan la descripción total de los datos.
- ☞ Las anotaciones deben elaborarse con bolígrafo de tinta azul.
- ☞ Es indispensable que la Ficha Clínica del/la paciente esté completamente llenada.

Estará a cargo del Director del Establecimiento de Salud, Director Médico, Encargado del Área y Estadígrafo/a velar por el cumplimiento de las normas y el control del adecuado llenado de la Ficha Clínica.

La Ficha Clínica está dividida en cuatro partes:

I. La primera parte (preguntas 1 al 21), está destinada a registrar Datos del Generales del Establecimiento de Salud y Datos del/la paciente.

II. La segunda parte (preguntas 22 al 31), corresponde a los Antecedentes del/la paciente.

III. La tercera parte (preguntas 32 al 44), corresponde al Examen Físico en el momento de la primera consulta.

IV. La cuarta parte (pregunta 45 al 47), se refiere a Exámenes Auxiliares de Diagnóstico, Internaciones y Registro de Atención Ambulatoria.

Si el/la paciente consulta por primera vez en el Establecimiento de Salud, deben completarse todos los ítems de las cuatro partes de la Ficha Clínica y el primer bloque correspondiente al **Registro de Atención Ambulatoria**. Cuando el/la paciente regrese para la consulta de seguimiento o de retorno, se podrá utilizar la **IV Parte**: Exámenes Auxiliares de Diagnóstico y el Registro de Atención Ambulatoria.

Responsables del llenado de la Ficha Clínica:

La constitución de un equipo multidisciplinario para el llenado de la Ficha Clínica, conformado por el personal administrativo y profesional de salud, asegura la rapidez y precisión en el relevamiento de los datos.

***Corresponde al:***

Personal Administrativo (preguntas 1 al 22): asignar el número de Ficha Clínica (**FC001 N°.....**) para su apertura. Completar Datos Generales del Establecimiento de Salud. Obtener los datos de identificación del/la paciente, del padre y de la madre, y antecedentes socio-económicos. Una vez que se completaron todos los datos, registrar Nombre, Apellido y sello del personal administrativo al pie de página de la Ficha Clínica.

Personal de Enfermería (pregunta 23) y Registro de Atención Ambulatoria (ítem 1 al 14, 32 y 33): copiar de la Tarjeta de Vacunación o Libreta de Salud del Niño/a las vacunas recibidas, tomar signos vitales y datos antropométricos del/la paciente. Registrar Nombre, Apellido, Sello y Firma del personal de enfermería.

Profesional Médico (Medico, Odontólogo, etc.) (preguntas 24 al 46; Registro de Atención Ambulatoria ítem 15 al 31): en la primera consulta el médico tratante deberá construir el familigrama, realizar el relevamiento pormenorizado de antecedentes patológicos familiares y personales, perinatales, alimentarios, desarrollo madurativo, hábitos fisiológicos y viciosos, antecedentes gineco-obstétricos-urológicos, un examen físico detallado. Evaluar resultados y solicitar exámenes auxiliares de diagnóstico al/la paciente. Asentar motivos de consulta, diagnósticos y tratamiento. Registrar Nombre, Apellido, Sello, N° de Registro y Firma del profesional al finalizar la consulta.



APERTURA DE LA FICHA CLÍNICA

El Número de Cédula de Identidad del/la paciente al momento de la consulta se utilizará como Número Identificador del Expediente Clínico, y para la Ficha Clínica. El Documento de Identificación válido, será la Cédula de Identidad para los ciudadanos paraguayos/extranjeros o Pasaporte, la misma será una exigencia para la confección de la Ficha Clínica, tenga a vista el documento de identidad.

El número debe registrarse en el ángulo superior izquierdo de cada una de las páginas en el lugar establecido.

En caso de que el/la paciente no porte el documento de identificación:

a- Menores de edad: que no porten o aún no cuenten con Documento de Identidad en el momento de solicitar la consulta, se le asignará un número provisorio de Expediente Clínico, que se registrará a lápiz de papel. Dicho número corresponderá a la Cédula de Identidad de la madre, seguido de una barra inclinada, y el número 1 que indicará el primer hijo/a que consulta; sin importar el orden de nacimiento del que consulta. **Ej.** 1165263/1;

Si tiene más de un hijo/a indocumentado que requiera la atención, el número después de la barra debe colocarse en orden correlativo a la demanda de la consulta. **Ej.** 1165263/2; 1165263/3, para el segundo y tercer hijo respectivamente.

b- Pacientes adultos: que no porten o aún no cuenten con Cédula de Identidad, se le habilitará un número provisorio de Expediente Clínico, que se registrará a lápiz de papel. Dicho número corresponderá al orden correlativo de números provisionales de Fichas confeccionadas en cada Institución, a partir de la fecha de implementación del Expediente Clínico.

Los Expedientes Clínicos habilitados con número provisorio a lápiz de papel, serán almacenados en un lugar específico y apartado, dentro del área de la Sección Archivo.

Cuando el/la paciente al cual se le adjudicó un número provisorio de Expediente Clínico regrese al Establecimiento de Salud para próximas consultas:

- a) Se solicitará la Cédula de Identidad para acreditar la consulta (requisito obligatorio).
- b) Se cambiará el número provisorio por el número correspondiente de la Cédula de Identidad, se procederá a la inscripción en el Registro del Archivo de la Institución, luego será archivada correctamente al final de la consulta.



La ocurrencia de consultas sucesivas de un paciente determinado sin portar los documentos requeridos se pondrá a conocimiento del personal del Área de Servicio Social del Establecimiento de Salud, a fin de OPTIMIZAR los medios para la obtención del documento si no lo tuviere.

DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

1. Especialidad

Marque con X dentro del círculo la especialidad, en la cual el/la paciente es recibido/a para la atención médica y donde deberá elaborarse íntegramente la Ficha Clínica.

Si se trata de **5. Otros**, anote el nombre de la Especialidad. **Ejemplo:** Urología, Oftalmología, Neurología, etc.

2. Establecimiento de Salud

Anote el nombre del Establecimiento de Salud donde consulta el/la paciente.

Ejemplo: Hospital General de Barrio Obrero ó HG Barrio Obrero; Hospital Regional de Ciudad del Este ó HR Ciudad del Este; Centro de Salud de Tobati ó CS Tobatí.

Las casillas que se encuentran al final de la fila serán utilizadas para la codificación en el establecimiento de salud.

3. Región Sanitaria

Escriba en números romanos la Región Sanitaria, seguido del nombre donde se encuentre ubicado el Establecimiento de Salud.

Ejemplo: XVIII R.S Capital; X RS Alto Paraná; I RS Concepción; VII RS Itapúa.

Las casillas que se encuentran al final de la fila serán utilizadas para la codificación en el establecimiento de salud.

4. Distrito

Escriba el nombre del Distrito correspondiente a la Región Sanitaria donde se encuentra ubicado el Establecimiento de Salud.

Ejemplo: Capital; Ciudad del Este; Horqueta; Fram.

Las casillas que se encuentran al final de la fila serán utilizadas para la codificación en el establecimiento de salud.



5. Fecha de Ingreso (dd/mm/aaaa)

Escriba la fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos) y año (cuatro dígitos) que el/la paciente consulta por primera vez en el Establecimiento de Salud.

I PARTE: DATOS DEL/LA PACIENTE

La primera parte contiene datos de la identidad del/la paciente: Número de Documento de Identidad, Apellidos y Nombres, Fecha de Nacimiento, Edad, Sexo, Lugar de Nacimiento, Nacionalidad, Etnia, Datos de la ubicación de la residencia, Nivel educativo, Situación Laboral, además de los datos del padre y/o la madre, o del acompañante.

6. Documento de Identificación

Anote el número de Cédula de Identidad o del Pasaporte del/la paciente con el documento a la vista.

Marque el círculo que corresponde al documento de Identificación presentado: Cédula de Identidad o Pasaporte.

Si el/la paciente cuenta con Documento de Identificación (Cédula de Identidad/Pasaporte) y no porta en el momento de solicitar la primera consulta pero recuerda el número, se anotará el número (a lápiz de papel) y se marcará el círculo **“No Porta”**.

Si el/la paciente cuenta con Documento de Identificación (Cédula de Identidad/Pasaporte), no porta en el momento de solicitar la primera consulta y no recuerda el número, se dejarán vacías las casillas de los números y se marcará el círculo **“No Porta”**.

Si el/la paciente no tiene Documento de Identificación (Cédula de Identidad/Pasaporte), se marcará el círculo **“No Tiene”**.

Si el/la paciente no puede aportar datos por su condición de salud y el acompañante desconoce la tenencia o no del documento de Identidad se anotará el círculo **“No se conoce”**.

No debe utilizarse fotocopias ni documentos de identidad con fecha de expedición vencida.

7. Apellido(s) y Nombre(s)

Escriba el/los Apellido(s) y Nombre(s) del/la paciente sin usar abreviaturas, con letra legible, sin borrones ni enmiendas. Si la mujer es casada escriba sólo el apellido de soltera.



8. Fecha de Nacimiento

Escriba la fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos), año (cuatro dígitos) según consta en el documento de Identificación. Interrogue la hora (cuatro dígitos) y de ser posible anótelo.

9. Edad

Escriba la edad en números, en **uno de los casilleros** al momento de solicitar la primera consulta.

1. En horas (00-23), cuando es menor de un día. Ej:
2. En días cumplidos (01 – 29), cuando es menor de un mes. Ej:
3. En meses (01 – 11), cuando es menor de un año. Ej:
4. A partir de 1 año o más anote la edad en años cumplidos. Ej:

10. Sexo

Marque con X el sexo del/la paciente. **1. Masculino** **2. Femenino**

3. Marque con X en **Indeterminado** sólo en aquellos casos especiales en quienes, por alguna razón, no ha sido posible la determinación del sexo. **Ejemplo:** malformaciones congénitas, etc.

11. Lugar de Nacimiento

Anote el lugar donde nació el/la paciente.

Si es extranjero/a complete solamente el dato País.

Si es paraguayo/a anote además el nombre del Departamento y el Distrito .

12. Nacionalidad

Anote la nacionalidad del/la paciente. **Ejemplo:** Paraguaya, Argentina, Uruguay, Boliviana, Colombiana, etc.

13. Etnia

1. Marque con X el casillero **“No Aplica”**, si el/la paciente no es indígena
2. Si el/la paciente es indígena, complete con X la opción **“Aplica”**, pregunte y especifique la etnia a la cual pertenece. **Ejemplo:** Aché, Avá Guaraní, Ayoreo, Mbyá, Maká, otros.



(Véase Tabla Complementaria: N° 1 Listado de Etnias)

14. Estado Civil

Marque con X, el estado civil actual del/la paciente al momento de la consulta, sea soltero/a, casado/a, viudo/a, unido/a, separado/a, divorciado/a.

7. Marque con X, la opción “**No Aplica**”, en el caso de recién nacidos o menores de edad.

8. Marque con X la opción “**Se desconoce**”, cuando no se pudo obtener el dato por alguna circunstancia.

15. Lugar de Residencia Habitual del/la paciente

Escriba el nombre del Departamento, Distrito, Barrio, Compañía o Asentamiento.

Marque con X el área de residencia del/la paciente, sea Urbana –ciudad- o Rural –campo-.

Si el área urbana está sectorizado escriba número de Sector y Manzana.

En Dirección anote calle/s, número de casa.

De ser posible escriba N° de Teléfono (línea baja y/o celular) y dirección de correo electrónico.

10. Anote el lugar de Residencia Ocasional, donde suele hospedarse el/la paciente circunstancialmente por la accesibilidad al Centro Asistencial donde realiza la consulta.

11. **Referencia:** escriba el sitio que permita ubicar fácilmente el domicilio del/la paciente

Ejemplo: a una cuadra de la iglesia de Trinidad; frente al Colegio Santa Clara; cerca de la cancha de fútbol de Olimpia; cerca de velatorio Cañete e Hijos etc.). Estos datos serán útiles si se detectan ciertos tipos de enfermedades y los responsables institucionales tienen la obligación de hacerle seguimiento.

12. Marque con X “**No se sabe**” si el/la paciente desconoce la referencia de su domicilio.

13. Diseñe un **Croquis** de ubicación domiciliaria habitual u ocasional que permita la rápida localización en caso de urgencia o para citaciones de consultas posteriores.

16. Nivel Educativo

Marque con X sólo una de las opciones del nivel educativo según sea completo o incompleto.

En caso de ser incompleto, anote dentro del paréntesis el último año cursado.

Los niveles son los siguientes:

1. **Ninguno:** cuando no asistió a ningún nivel.

2. **Educación Inicial:** corresponde a la asistencia del/la paciente a las tres primeras etapas de un nivel educativo (maternal, pre-jardín y jardín). Especifique la última etapa a la cual



concurrió.

3. Primaria: comprende los primeros grados de instrucción básica, desde el preescolar al sexto grado.

4. Secundaria: comprende los cursos del bachillerato, desde el primero al sexto curso.

5. Escolar Básica: formación de preescolar al noveno grado (Reforma Educativa Paraguaya).

6. Escolar Media: comprende desde el primer al tercer curso (Reforma Educativa Paraguaya).

7. Universitario: comprende los estudios que imparten los establecimientos de enseñanza superior que culminan con la obtención de un título universitario de nivel profesional o tecnológico. Incluye las siguientes modalidades: Licenciaturas, Técnica Superior, Tecnológica, Universitaria, Avanzada o Postgrado.

8. Superior no Universitario: se incluye en esta categoría: Formación Docente, Profesor/a Parvulario/a, etc.

9. No Aplica: cuando el/la paciente es un recién nacido o menor de edad que no asistió a las tres primeras etapas de un nivel educativo (maternal, pre-jardín y jardín).

10. Ignorado: cuando no se pudo obtener el dato por situaciones especiales del/la paciente. (paciente con trastornos mentales, pérdida de conciencia, u otros)

17. Seguro Médico

Marque con X si el/la paciente posee un seguro o cobertura de salud, como IPS, Sanidad Policial, Sanidad Militar. Si está asegurado/a a una Institución Privada, especifique la institución.

En éste punto "Se puede marcar más de una opción".

5. Marque con X la opción "**Ninguno**" si el/la paciente declara no poseer cobertura de salud.

6. Marque con X la opción "**Otro**" y especifique en el caso de que el/la paciente declare poseer por ejemplo un Seguro Comunitario, por Convenio, etc.

7. Marque con X "**No se sabe**" cuando el/la paciente o acompañante no es capaz de aportar los datos.

18. Situación Laboral

1. Marque con X la opción "**No Aplica**" si el/la paciente es un recién nacido o menor de 14 años de edad.

2. Marque con X la opción "**No Trabaja**" si el/la paciente lo declara.



3. En caso contrario, marque con X la opción “**Trabaja**”, especifique la ocupación (electricista de obras, albañil, personal de enfermería, etc.).
4. Especifique la profesión del/la paciente. Ej: Arquitecto/a, Ingeniero/a, Matemático/a, Estadístico/a, Odontólogo/a, etc.

Tenga en cuenta que:

“No se incluyen como trabajo las actividades domesticas no remuneradas (ama de casa). Tampoco se incluyen las actividades como voluntario”.¹

19. DATOS DEL PADRE

Marque con X la opción “**Aplica**” cuando el/la paciente es menor de edad, ó mayor de edad soltero/a o casado/a que se encuentre en grave estado de salud, trastorno mental, etc. y requiera la designación de su Padre como responsable.

En este caso complete lo siguiente:

1. Apellido(s) y Nombre(s) del Padre.
2. Registre el tipo de Documento de identificación ya sea Cédula de Identidad o Pasaporte. Marque el tipo de documento y también el casillero “**No porta**”, en caso de que no porte dicho documento.
Marque el casillero “**No tiene**”, cuando el padre no tiene documento.
Marque el tipo de documento y la opción “**No se conoce**” cuando no porta y no recuerda el número de documento.
3. Escriba la edad en años cumplidos.
4. Marque con X el estado civil actual del padre, sea soltero, casado, viudo, unido, separado, divorciado. Marque con X la opción “No Sabe” cuando se desconoce el estado civil del padre.
5. Escriba el último nivel educativo alcanzado **Ejemplo:** 6to. grado, 6to. Curso, etc.
6. Especifique la ocupación actual del padre.
7. Marque con X si el padre asume o no el sustento económico de la familia.
8. Marque la opción “**Otro**” y especifique si el padre está fallecido o desaparecido.

Marque con X la opción “**No Aplica**” cuando el/la paciente mayor de edad no requiera la designación de su Padre como responsable, en este caso dejar en blanco los ítems del bloque 19.

¹ Manual del Censista. Censo 2002. DGEEC. Pág. 41



20. DATOS DE LA MADRE

Marque con X la opción “**Aplica**” cuando el/la paciente es menor de edad ó mayor de edad soltero/a o casado/a que se encuentre en grave estado de salud, trastorno mental, etc. y requiera la designación de su Madre como responsable. En este caso complete lo siguiente:

1. Apellido(s) y Nombre(s).
2. Registre el tipo de Documento de identificación ya sea Cédula de Identidad o Pasaporte. Marque el tipo de documento y también el casillero “**No porta**”, en caso de que no porte dicho documento.

Marque el casillero “**No tiene**”, cuando el padre no tiene documento.

Marque el tipo de documento y la opción “**No se conoce**” cuando no porta y no recuerda el número de documento.

3. Escriba la edad en años cumplidos.
4. Marque con X el estado civil actual de la madre, sea soltera, casada, viuda, unida, separada, divorciada. Marque con X la opción “**No Sabe**” cuando se desconoce el estado civil de la madre.
5. Escriba el último nivel educativo alcanzado. Ejemplo: 6to. grado, 6to. curso, etc.
6. Especifique la ocupación actual de la madre.
7. Marque con X si la madre asume o no el sustento económico de la familia.
8. Marque la opción Otro si la madre está fallecida o desaparecida.

Marque con X la opción “**No Aplica**” cuando el/la paciente mayor de edad no requiera la designación de su Madre como responsable, en este caso dejar en blanco los ítems del bloque 20.

21. Si es acompañante:

En el caso de que el/la paciente no se encuentre en condiciones de aportar sus datos de identificación, por pérdida de conocimiento al momento de la consulta, enajenación mental, accidentado/a grave, menor de edad u otra situación,...) y está acompañado/a de alguna persona que pueda proporcionar los datos con el propósito de completar la Ficha Clínica, señale los datos de ésta persona:

1. Escriba Apellido(s) y Nombre (s).
2. Escriba el N° de Cédula de Identidad.
4. Escriba el N° de Teléfono (línea baja y/o celular)
3. Escriba el vínculo con el/la paciente: hijo/a, hermano/a, pariente, esposo/a, amigo/a, vecino/a, transeúnte o socorrista, etc. con quién llega al Establecimiento de Salud.



II PARTE: ANTECEDENTES

22. ANTECEDENTES SOCIO-ECONÓMICOS

Es importante para determinar la calidad de vida y las condiciones de la vivienda como el tipo de construcción, el origen del abastecimiento de agua y servicios higiénicos. Además para obtener información sobre las diferentes maneras de eliminación de la basura generada en el hogar.

22.1 Vivienda

Marque con X el tipo de material de las paredes, techo, piso y dependencias de la vivienda, escriba el número de dormitorios y el número de personas en el hogar.

Se considera **Hacinamiento** cuando hay más de 3 personas por dormitorio, excluyendo cocina, baño o piezas destinadas al comercio o industria.

Para determinar si hay o no hacinamiento, utilice ésta fórmula:

Nº de Personas en el Hogar

Nº de Dormitorios

22.2 Servicios Sanitarios

Marque con X si posee servicios como Agua: ESSAP/SENASA, pozo sin bomba, pozo con bomba, red privada, tajamar, nacimiento, río o arroyo, aljibe u otro.

En cuanto a la Eliminación de Basura: puede ser a través de la quema, recolección pública o carrito de basura, tira en el hoyo, en el patio, baldío, zanja, calle, chacra, arroyo, río, laguna u otro lugar.

En cuanto al desagüe del baño marque con X si este se desagua en un Hoyo o pozo, Pozo ciego, Red pública (Cloaca) o en la superficie de la tierra, arroyo, río,

22.3. Servicios Básicos

Marque con X si cuenta con luz eléctrica, teléfono línea baja, teléfono celular, heladera, TV, otros (cocina, lavarropas, etc.)



23. ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Porta: 1. Tarjeta de Vacunación 1. Si 2. No 2. Libreta de Salud del Niño/a 1. Si 2. No

Es importante señalar en el esquema de vacunación las vacunas que el/la paciente ha recibido durante su vida, con el propósito de conocer su nivel de inmunización.

Las fechas de vacunación podrán ser recopilados de la Tarjeta de Vacunación, de la Libreta de Salud del Niño/a o de los registros de la institución si es conocido en el Establecimiento de Salud.

Marque con X si el/la paciente porta o no la Tarjeta de Vacunación ó Libreta de Salud del Niño/a, en el momento de la consulta.

Anote las fechas de aplicación de las dosis recibidas, **no tildar** dentro de los casilleros.

Enfermedades contra las que protege las siguientes vacunas:

BCG: formas graves de tuberculosis: meningitis tuberculosa, tuberculosis miliar

OPV (Sabin Oral): poliomielitis o parálisis infantil

Pentavalente: difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B, meningitis, neumonía y otras por Hib

DPT: difteria, tétanos, tos ferina

ROTAVIRUS: diarreas por rotavirus – previene la deshidratación severa y complicaciones.

SPR: sarampión, parotiditis (paperas), rubéola

AA (Anti Amarílica): fiebre amarilla

Anti Influenza: complicaciones por influenza

Td: tétanos, difteria

HB: Hepatitis B

24. FAMILIGRAMA

Es la representación gráfica de los antecedentes del/la paciente a partir de los datos obtenidos en el interrogatorio, usando símbolos simples y visibles. Contiene la síntesis de la estructura familiar, el tipo de relaciones familiares, antecedente de enfermedades, conducta, creencias. Identificar dentro del esquema: quién consulta, fecha de nacimiento, edad, estado civil, miembros de su familia, relaciones intrafamiliares, miembros muertos, enfermedades padecidas y causa de muerte.

SIMBOLOS:

1. Cada miembro de la familia según el género está representado por: un cuadrado (Hombre) o por un círculo (Mujer).
2. Si una pareja tiene hijos, ellos cuelgan de la línea que conecta a la pareja.
3. En familias más numerosas que tienen más de un hijo como los gemelos están representados por dos círculos o cuadrados que están conectados por una misma línea.



4. Si son hijos adoptivos se utiliza la misma descripción gráfica que el punto 2 pero con líneas discontinuas: cuadrado (Hombre) o círculo (Mujer).
5. Para una persona fallecida se coloca una X dentro del cuadrado o círculo dependiendo del género.
6. El embarazo está representado por un triángulo, del mismo cuelga una línea vertical.
7. El aborto provocado esta representado por un círculo negro y una X y los espontáneos por una X.
8. El caso Índice, la persona clave o paciente identificado alrededor del cual se construye el Familigrama, se indica con un cuadrado o círculo doble dependiendo del género.
9. Dos personas casadas están conectadas por una línea que baja y cruza con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha.
10. El divorcio se indica con dos líneas oblicuas. La separación se marca con una línea diagonal. Las líneas oblicuas significan una interrupción en el matrimonio.
11. La pareja no casada se señala igual que las casadas pero con una línea de segmento.

Relaciones Interpersonales Familiares: claramente una cronología familiar puede variar en detalle dependiendo del alcance y profundidad de la información disponible. El nivel de relaciones en la familia es el elemento más inferencial de un familigrama: esto involucra delinear las relaciones entre miembros de la familia. Tales caracterizaciones se basan en informes de los miembros de la familia y observación directa.

12. La relación conflictiva está representado por una línea quebrada que une a los dos componentes de la familia
13. La relación cercana entre dos miembros de la familia se representa por dos líneas horizontales y paralelas.
14. La relación muy estrecha se representa por tres líneas horizontales y paralelas.
15. La relación muy estrecha pero conflictiva entre dos miembros de la familia se representa por tres líneas horizontales-paralelas y una línea quebrada sobre las mismas.
16. El quiebre de la relación entre dos miembros está representado por una línea horizontal que es detenida y atravesada por dos líneas perpendiculares.
17. Cuando la relación entre dos miembros se halla distante se la representa por una línea horizontal discontinua.



25. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Interrogue sobre las enfermedades que presenten o hayan presentado los familiares: padre, madre, hermanos o hijos por la posibilidad que alguna/s, tengan transmisión hereditaria o manifiesten predisposición genética. Es importante investigar la presencia de HTA, Diabetes Mellitus, alteraciones en el metabolismo de los lípidos, intolerancia al gluten, antecedentes de enfermedades coronarias, cánceres de distintos tipos (de mamas, de colon), enfermedades cerebro-vasculares, alergias, asma, trastornos psiquiátricos, enfermedades genéticas y otras (gota, hemofilia), etc.

Especifique antecedentes de la enfermedad de importancia clínica del padre y/o la madre, marque con X si los mismos están vivos o muertos. Si alguno de los dos o ambos fallecieron, especifique las causas de muerte y anote la edad al fallecimiento.

Escriba el número de hermanos y/o hijos, especifique antecedentes de la enfermedad de importancia clínica, escriba el número de hermanos y/o hijos vivos o muertos, en el caso de que el/los mismo/s fallecieron, especifique las causas de muerte y anote la edad al fallecimiento.

26. ANTECEDENTES PERSONALES

Marque con X las opciones Si o No de acuerdo a las patologías que presente el/la paciente en el momento de la consulta.

Cuando marque **Si** describa en el apartado de **Detalles**: la clasificación, el estadio de la enfermedad, evolución, complicaciones, tratamiento médico o intervenciones quirúrgicas.

Marque **No Sabe** (n/s) si no se puede recabar datos del/la paciente o de la persona que lo acompaña.

1. Cardiovasculares: hipertensión arterial; insuficiencia cardiaca; arritmias; cardiopatías congénitas o adquiridas; valvulopatías; antecedentes de fiebre reumática; endocarditis; historia de Ángor pectoris o infarto agudo de miocardio. Escriba estadios, grados, secuelas o complicaciones de las enfermedades citadas, medicación: dosis, consumo regular o irregular de medicamentos. Si hubo Internaciones: fecha aproximada y diagnóstico al alta.

Si no tiene diagnóstico clínico de dichas enfermedades anote los Signos o Síntomas de cierta data que orienten al diagnóstico de la enfermedad. **Ej.** edemas de miembros inferiores, disnea y sus grados, etc.

2. Respiratorios: malformaciones congénitas; antecedentes de patologías pulmonares



relevantes y/o sus complicaciones: neumonía, bronquitis a repetición, asma bronquial, tuberculosis pulmonar, contacto con bacilar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis quística, neumoconiosis, sinusitis crónicas, amigdalitis a repetición, historia de tos crónica, productiva o no, etc. Medicación recibida: dosis y tiempo.

3. Digestivos: malformaciones congénitas; diarrea aguda o crónica; esteatorrea; constipación; intolerancias o alergias alimentarias; síndrome de mal absorción; hemorragia digestiva alta o baja o signos sugestivos tales como hematemesis, melena, rectorragia. Anote tiempo de evolución, medicación recibida, complicaciones.

4. Genitourinarios: malformaciones congénitas; antecedentes de patologías urinarias y/o sus complicaciones; infección urinaria; síndrome nefrítico o nefrótico; cólico renoureteral, insuficiencia renal aguda o crónica; edemas, úlceras, tumores. etc. Trastornos de la micción: incontinencia urinaria, orina por rebosamiento, disuria, poliuria, nicturia, enuresis, etc. Anote tratamiento: dosis, duración.

5. Osteoartromuscular: malformaciones congénitas o adquiridas; antecedentes de patologías osteoartromusculares y/o sus complicaciones: artritis, artrosis, osteomielitis, fracturas, deformaciones: cifosis, escoliosis, posiciones viciosas, atrofiaciones musculares, etc.

6. Hemolinfopoyético: antecedentes de enfermedades hematológicas: leucemia, lupus eritematoso; púrpura o síndromes hemorrágicos; aplasia o anemia crónica refractaria al tratamiento. Anote clase, estadio y complicaciones; medicación: dosis y fase de tratamiento.

7. Endócrinos: diabetes; hipotiroidismo; hipertiroidismo, síndrome adrenal, Síndrome de Cushing; hipogonadismo; hiperprolactinemia, etc.

8. Neuropsiquiátricos: trastornos mentales o de conducta, aquellos relacionados a la percepción como las alucinaciones visuales, auditivas, olfativas. Los relacionados al pensamiento como las ideas delirantes, paranoicas, megalomaniacas, místicas o de suicidio.

Neurológicas: malformaciones congénitas; accidente cerebrovascular, causas y secuelas; parálisis flácida o espástica; tumores, malformaciones; enfermedades degenerativas y sus consecuencias: Atrofia cerebral, Enfermedad de Alzheimer, Demencia Senil, etc.

Historia de cefalea, convulsiones, antecedentes de status epiléptico, internaciones por convulsión; desde cuándo, evolución, complicaciones. Medicación: drogas, dosis, consumo regular o irregular, efectos colaterales.

9. Psicológicos: antecedentes psicológicos, conductas agresivas, depresivas, conflictivas, intento de suicidio. Los estados de ánimo deprimido o exaltado. etc.

10. Odontológicos: detalle si presenta caries, raigones, afecciones de las encías, periodontal, o molestias en la articulación de la mandíbula; tratamiento ortodóncico, etc.

11. Audiovisuales: describa los trastornos de la agudeza visual y/o de acomodación, miopía, hipermetropía, astigmatismo, estrabismo, etc.; visión borrosa diplopía, fosfenos, dolor ocular,



fotofobia, xeroftalmia, amaurosis; hipoacusia, otalgia, otorrea, otorragia, tinitus, etc.

12. Metabólicos: trastornos del metabolismo que pueden ser congénitos o adquiridos, debidos a: deficiencia enzimática o alérgica, hiper producción o acumulación por trastornos de eliminación. Trastorno del metabolismo de los glúcidos: glucosa, lactosa, fructosa, etc., de los lípidos: colesterol, triglicéridos; trastornos del metabolismo de las proteínas: albúmina, globulina, caseína, etc.; trastorno del metabolismo de los minerales: calcio, ácido úrico, fósforo, magnesio, etc.

13. Alérgicos: historia de alergia a fármacos, alimentos o factores ambientales: hongos, polvos, ácaros, etc.

14. Infeciosos: enfermedades por bacterias, virus, hongos, parásitos, etc. Ej. estafilococcias, estreptococcias, leishmaniosis, Infección por virus de inmunodeficiencia humana. HIV, tuberculosis, dengue, lepra. etc.

15. Tóxicos y/o dependencias: alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, etc.

16. Neoplásicos: antecedentes o portadores de alguna neoplasia o enfermedad tumoral maligna y los órganos afectados: mama, colon, tiroides, hígado, etc.

17. Malformaciones Congénitas: Síndrome de Down; Tetralogía de Fallot; Enfermedad de Hirschsprung; Espina Bífida; Atresia Anal, etc.

18. Traumatismos y/o quemaduras: registre fecha, áreas lesionadas, grados de la lesión y secuelas.

19. Maltrato: registre cualquier acción perjudicial o agresión voluntaria física o emocional ocasionada por otra persona. Especifique el vínculo con el/la paciente y la conducta adoptada ante el incidente.

20. Violencia Intrafamiliar: violencia que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio.

21. Adopción: anote si el/la paciente ha sido producto de adopción, la edad en la cual se incorporó a la nueva familia. Recabe todos los antecedentes de la familia biológica si hubiere forma de obtenerla, que valdrían como precedente para explicar enfermedades hereditarias o trastornos de conducta.

22. Madre y/o padre adolescente: conflictos familiares a consecuencia del embarazo y su adolescencia, edad en la que concibió el hijo

23. Niño/a en situación de calle: si vive en la calle; si trabaja en la calle o se mantiene con actividades de la calle, si rompió su vínculo familiar y abandonó definitivamente su hogar, si su referencia de autoridad ya no es su familia sino una persona de la calle.

24. Judiciales: se refiere a antecedentes de infracciones a leyes o normas instituidas que hicieron necesaria una acción legal o sanción durante la infancia o la adolescencia transcurrida.



25. Internaciones: interrogue sobre internaciones anteriores, fechas en las que se realizaron y causas patológicas que llevaron a la internación, si no se puede precisar el/los diagnóstico/s.

26. Cirugías: interrogue sobre cirugías anteriores, causas de intervenciones y fechas en las que se realizaron.

27. Transfusiones: interrogue si fue o no transfundido, tipo de sangre o hemoderivado recibido, grupo y factor Rh del/los donante/s, fecha de las transfusiones, motivo de la transfusión, si ocurrió o no reacción postransfusional.

28. Otro/s: cualquier antecedente personal, que considere relevante para una mejor evaluación del paciente como

- **Nefrológicas:** antecedentes de Infecciones de vías urinarias a repetición u otros, si no se consignó en la casilla N° 4 o 14.

- **Reumatológicas:** historia de artralgias, mono, oligo o poli articulares, migratorias o no, simétricos o asimétricos, articulaciones distales o proximales; colagenopatías, asociada a lupus, artritis reumatoidea; desde cuándo, complicaciones, tratamientos: drogas, dosis, efectos colaterales, etc.

- Alteraciones del olfato o del tacto que no fueron abordados a través de las patologías o los síndromes: alteraciones olfativas, anosmia, cacosmia, parosmia. Pérdida de la sensibilidad táctil, térmica o dolorosa, etc.

27. ANTECEDENTES PERINATALES Aplica No Aplica

Marque con X la opción “Aplica” cuando la paciente es mujer y/o una gestante con antecedentes de embarazos previos. En este caso complete lo siguiente:

27. 1 ANTECEDENTES MATERNOS

1. Prenatales:

Número de Embarazo: anote el n° de embarazo al cual correspondió el niño/a.

Número de Controles: registre el número de controles prenatales realizados en el transcurso de esa gestación.

Ingesta de Medicamentos: escriba si la madre consumió medicamento/s prescritos o no por el médico, especifique cuáles, en qué cantidad y por cuanto tiempo. Investigue probables efectos teratogénicos o tóxico/s.

Ingesta y/o hábitos viciosos: escriba si la madre fumó cigarrillo o tabaco, precise la cantidad; promedio diario de consumo de café; tipo de bebida alcohólica: cerveza, ron, vino, etc., cantidad y frecuencia en días o por semana.



Patologías en el transcurso embarazo como Sífilis, VIH, Chagas, Hipertensión Arterial, Eclampsia, Cardiopatías y Otros (Infección Urinaria, Diabetes, Nefropatía)

2. Parto

Lugar de Nacimiento: marque con X si el parto ocurrió en una Institución de Salud o domiciliaria con parteras tradicionales (empíricas) u otro.

Tipo: marque con X si es:

1. Vaginal: expulsión del feto por la vía natural, también denominada parto normal.

Eutócico: es el parto normal y el que se inicia de forma espontánea en una mujer, con un feto a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.

Instrumental: utilización de instrumentos como; vacum, fórceps

2. Cesárea: operación quirúrgica, extracción del feto por la sección de las paredes abdominales y uterinas. Especifique el motivo de la Cesárea.

27.2 ANTECEDENTES NEONATALES

Escriba:

1. Peso en gramos y/o Kilogramos (Kg.)

2. Talla en centímetros (cm.)

3. Perímetro cefálico en centímetros (cm.)

4. Edad gestacional en semanas.

5. Llanto: vigoroso o débil

6. Apgar en minutos, al 1º y 5º minuto de vida.

7. Test del piecito: verifique si se realizó o no el test del piecito. Si se realizó marque con X si fue normal o anormal y en éste último caso especifique el motivo.

8. Eliminación del Meconio: marque con X si hubo o no eliminación de meconio dentro de las 24 horas.

9. Caída de cordón: en días contando a partir del nacimiento.

10. Internación en el periodo neonatal: marque con X si hubo o no internación, registre días y los motivos que llevó a la internación.

Marque "**No sabe**", si desconoce los motivos de su internación.

Marque X la opción "**No Aplica**" si el/la paciente es un/a adolescente, adulto/a, anciano/a, y deje en blanco los ítems correspondientes al bloque 27.

**28. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS** Aplica No Aplica

Marque con X la opción “**Aplica**” cuando el/la paciente es recién nacido, lactante menor ó mayor hasta la edad escolar. En este caso complete lo siguiente:

1. Lactancia: marque con X el tipo de alimentación que recibe el/la niño/a.

- **Materna exclusiva:** sólo ha recibido leche materna y ningún otro líquido o leche artificial. Especifique el tiempo.

- **Mixta:** recibió leche materna y además líquida o leche artificial.

- **Artificial:** leche artificial o leche maternizada. Escriba la edad de iniciación.

2. Ablactación: escriba la edad de inicio de alimentos sólidos.

3. Alimentación Actual: especifique tipo de alimentación actual, calidad, cantidad y periodicidad.

Marque con X la opción “**No Aplica**” si el/la paciente es un/a adolescente ó adulto/a y deje en blanco los ítems correspondientes al bloque 28.

29. DESARROLLO MADURATIVO Aplica No Aplica

El desarrollo psicomotor es muy importante por sus numerosas implicancias de orden neurológico, porque la capacitación motora del/la niño/a constituye un punto de partida natural en la estimación de la madurez.

El lenguaje incluye toda forma de comunicación visible y audible, vocalizaciones de palabras y oraciones como imitación, comprensión y movimientos posturales en relación al sonido.

En cuanto al desarrollo social, incluye las reacciones individuales del/la niño/a frente a otras personas, estímulos culturales, su adaptación a la vida doméstica y grupos sociales.

Marque con X la opción “**Aplica**” cuando el/la paciente que consulta es un niño/a. En este escriba la edad en que ocurrió cada uno de los eventos.

Marque con X la opción “**No Aplica**” cuando el/la paciente que consulta es un adolescente, adulto/a. En este caso deje en blanco los ítems del bloque 29.

30. HÁBITOS**30.1 FISIOLÓGICOS**

1. Alimentarios: describa la calidad, cantidad, variedad o si realiza algún tipo de dieta de acuerdo a la patología que tenga el / la paciente.

2. Urinarios: escriba si padece poliuria, oliguria, anuria, polaquiuria, nicturia, opsiuria.

3. Defecatorios: diarrea crónica u ocasional, constipación, rectorragia, etc. o normal.



30.2 VICIOSOS

1. **Tabaco:** escriba cuántos cigarrillos fuma el/la paciente cada día y cuántos años lleva fumando.
2. **Bebidas Alcohólicas:** especifique el tipo y la cantidad en promedio ingerida de bebida alcohólica como cerveza, vino, whisky, etc.
3. **Drogas:** registre tipo de drogas y la frecuencia que consume el/la paciente

31. ANTECEDENTES GÍNECO-OBSTÉTRICOS-UROLÓGICOS

Anote en cada punto los datos que corresponda:

1. **Menarca/Espermarca:** anote la edad en años y meses de la primera menstruación si es mujer; y de la primera eyaculación o sueño húmedo, si es varón.
2. **Menopausia/Andropausia:** escriba la edad en que la mujer dejó de menstruar, natural o quirúrgicamente. En el varón escriba la edad en la que él refiere, una disminución en su potencia sexual, entre otras funciones orgánicas, resultado de los bajos niveles de testosterona en el organismo.
3. **Ciclo Menstrual:** marque con X si el ciclo menstrual es regular, es decir, aquellos en los que el intervalo entre las menstruaciones es más o menos similar, no menor a 21 días ni mayor a 35. En caso contrario, marque con X la opción Irregular.
4. **Ritmo:** registre cada cuántos días se presenta la menstruación. En cuanto a la duración registre número de días de sangrado. Ej: 30/3, 30/5, 28/2.
5. **FUM:** Si es mujer, anote la fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos) y año (dos últimos dígitos) en que tuvo su última menstruación. Si la mujer no recuerda su fecha de última menstruación, marque con X en la opción "No conoce". Si no tuvo aún la menarca, o es un varón, marque con una X en el círculo "No corresponde".
6. **Gestación:** escriba el número de embarazos que ha tenido independientemente del resultado del mismo.
7. **Partos:** escriba el número de partos vaginales que ha tenido la gestante.
8. **FUP:** registre fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos) y año (dos últimos dígitos) del último parto.
9. **Cesárea:** escriba el número de nacimientos resueltos por vía abdominal.
10. **FUC:** registre fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos) y año (dos últimos dígitos) de la última cesárea.
11. **Aborto:** escriba número de abortos que ha tenido la gestante.
12. **FUA:** registre fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos) y año (dos últimos dígitos) del último aborto.



13. Inicio de Relación Sexual: escriba la edad en años de la primera relación sexual, aunque al momento de la consulta no mantenga relaciones sexuales.

14. Abuso Sexual: se refiere a cualquier contacto sexual entre una persona que no ha completado su desarrollo madurativo, emocional y cognitivo y otra, que la obliga a coerces, moral o afectivamente a una actividad sexual de cualquier tipo, con o sin penetración, incluyendo caricias; una persona que es obligada a participar en una actividad sexual no deseada. Marque la opción con X y especifique la edad.

15. Métodos Anticonceptivos: si no utilizó ningún método marque con X la opción No. En caso contrario marque con X si utilizó métodos anticonceptivos y especifique el método: inyectables, orales; DIU (dispositivo intrauterino); condón o preservativo, etc.

16. Infección de Transmisión Sexual: Para ambos sexos. Se refiere a infecciones adquiridas, habitualmente, por contacto sexual. Se incluye la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, aunque no haya sido adquirido por transmisión sexual. Marque con X la opción correspondiente y especifique en el espacio en blanco las infecciones.

17. Secresión Vaginal/Peneana: marque la opción correspondiente con X. Si es mujer indique la presencia de secreción o descarga vaginal que se asocia en ocasiones a prurito, ardor, olor desagradable y coloración no compatible con la leucorrea fisiológica. En el varón registre cualquier secreción peneana no fisiológica.

En **Observaciones**, describa con mayor detalle lo que para el profesional sea relevante.

III PARTE: EXAMEN FÍSICO – En el momento de la primera consulta

32. CABEZA

a) Cráneo:

- Forma: Braquicéfalo, dolicocefalo - Tamaño: Normocéfalo, Macrocefalo, microcefalo

b) Ojos:

Párpados; Globo Ocular: tamaño: exoftalmía, enoftalmía, tensión.

Conjuntivas: ocular y palpebral; escleróticas; iris; pupila; córnea; reflejo fotomotor; fondo de ojo. En el examen de retinopatía angiospástica se puede detectar la presencia de hipertensión arterial, etc.

c) Oídos: pabellón auricular, conducto auditivo externo, membrana timpánica.

d) Nariz: fosas nasales, tabiques, cornetes

e) Senos Paranasales: puntos dolorosos

f) Amígdalas y Faringe: lesiones, congestión

g) Cavidad Bucal: labios (coloración, humedad, lesiones), paladar duro y blando (lesiones, congestión), piezas dentarias.



33. CUELLO

Cuello: aspecto, simetría, forma y tamaño (ancho y corto, delgado y largo); movilidad (flexión, extensión, lateralización, rotación), ingurgitación yugular, pulso carotideo (presencia o ausencia, simetría, intensidad), sensibilidad, aumentos de volumen localizados (tumores, bocio, adenopatías), masa, rigidez

a) Tiroides: forma, tamaño, lóbulos.

34. TÓRAX

Conformación Ósea: normal, en quilla, pectus excavatum, relieves musculares.

MAMAS Y AXILAS: tamaño, simetría, forma, lesiones de piel, pezones, areolas, retracciones, tumoraciones, etc.

35. AP. RESPIRATORIO

Frecuencia Respiratoria (FR); **Tipo Respiratorio:** frecuencia, amplitud, ritmo;

Signos de Insuficiencia: cianosis, tiraje, quejido; vibraciones vocales

Percusión: sonoridad, submatidez, matidez, hipersonoridad, timpanismo, región anterior, posterior y axilar

Auscultación: ruidos normales (murmullo vesicular y bronco vesicular) y adventicios (rales húmedos y secos) en todas las regiones.

36. AP. CARDIOVASCULAR

a) Área Central:

Ictus cordis: ubicación, extensión, frémito, intensidad, Maniobra de Valsalva.

Auscultación: 1er. y 2do. Ruido en los diferentes focos, frecuencia cardiaca, si el ritmo es regular o irregular. Si se auscultan soplos **describa** la ubicación en el precordio y en el tiempo, irradiación, intensidad, tiempo del ciclo cardíaco.

b) Área Periférica: Pulso: describa la frecuencia por minuto, regularidad, amplitud, igualdad, isocronía, sincronía, **palpe** los pulsos periféricos: radial, femoral, poplíteo, tibial posterior, etc. Describa las Várices.

37. ABDOMEN Y PELVIS

a) Inspección: aspecto, simetría, lesiones de la piel, cicatrices, circulación colateral, ombligo.

b) Palpación: superficial, describa temperatura y sensibilidad. **Profunda** describa las características de las vísceras: hígado, bazo, normal o si estuviere aumentado: tamaño, consistencia, característica de la superficie, lisa o nodular, sensibilidad. Presencia de circulación colateral. Reflujo hepato yugular. Examine los puntos herniarios.

c) Percusión: sonoridad normal o alterada por ascitis, distensión por gases, globo vesical,



tumores de la pared o intra abdominal.

Auscultación: ruidos hidroaéreos: aumentados, disminuidos o ausentes.

Tacto Rectal: Inspección de región peri anal, lesiones, vesículas, fístulas, tumores. Tono de esfínter, paredes rectales, temperatura, sensibilidad, fístulas, tumores dilataciones venosas-paquetes hemorroidales.

Pacientes embarazadas completar la Hoja del SIP: CLAP

38. APARATO GÉNITO-URINARIO

a) Genitales Femeninos: distribución pilosa, vulva, himen, meato,

Especuloscopía: con el espéculo vaginal se toman muestras cervicales para estudios microscópicos o realizar cultivos. Esta maniobra permite conocer la orientación largo y ancho de la vagina.,

Tacto Vaginal y Palpación Bimanual: describa las paredes vaginales, la temperatura; palpe el cuello y Fondos de Sacos que lo rodean, su orificio: puntiforme o transversal; identifique características, posición, tamaño, consistencia, movilidad y sensibilidad con los movimientos. Normalmente no debe producir dolor. Si está deforme por tumoración describa la consistencia y sensibilidad. Aplique la Maniobra de Fraenkel. Examine el Fondo de Saco de Douglas dolorosa o no, abombado o no. Si se retira secreción por guante describir color, consistencia, olor, si produce prurito o no.

b) Genitales Masculinos:

Describa la distribución pilosa, examine el pene, el prepucio, el glande, las bolsas escrotales, los testículos: describa las características de la piel y mucosa, presencia de úlceras secreciones, alteraciones del color o signos inflamatorios, tumoración, ganglios, etc.

Tacto Rectal: previa inspección de región peri anal describa las lesiones, tumores, vesículas, fístulas, hemorroides. Examine el tono del esfínter, las paredes rectales, el Fondo de Saco de Douglas dolorosa o no, abombado o no.

Si el paciente es varón adulto describa la próstata: tamaño, consistencia, sensibilidad.

Si es mujer interesa la descripción del Fondo de Saco de Douglas.

c) Puño percusión: explore ambas fosas lumbares: derecha e izquierda.

Puntos Ureterales

39. APARATO OSTEOARTROMUSCULAR:

a) Columna Vertebral: aspecto: normal, cifosis, escoliosis

b) Articulaciones: aspecto, simetría, movilidad.

c) Miembros: aspecto, simetría **Motilidad:** activa, pasiva

d) Músculos: trofismo, fuerza, tono, signos



40. PIEL, FANERAS Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

a) Piel: color, turgencia, elasticidad, tropismo, máculas, pápulas, vesículas, costras, habón, otros.

b) Faneras: pelo (color, textura, signos carenciales, condiciones higiénicas, infestación), uñas (color, textura, alteraciones unguéales)

c) Tejido celular subcutáneo: determine si está infiltrado o no por edema, mixedema o enfisema subcutáneo, características (distribución, color, temperatura, sensibilidad y consistencia)

41. SISTEMA HEMOLINFOPOYÉTICO

Incluye la exploración de los ganglios linfáticos, hígado, bazo. Signos hemorrágicos.

Ganglios Linfáticos: búsqueda por inspección y palpación se describen: la localización, tamaño (mm, cm), forma, consistencia, delimitación, movilidad, sensibilidad o dolor. Presencia o no de linfangitis que son signos inflamatorios en el trayecto de los vasos linfáticos.

Hígado: normalmente no visible a la inspección, pero presumible por abombamiento del hipocondrio derecho. Se explora a la palpación superficial y profunda para determinar el tamaño, la consistencia, característica de su superficie si es lisa o nodular, delimitación de los bordes, etc.

Bazo: realizar inspección para descartar agrandamiento, normalmente no es visible. Luego la palpación para descartar esplenomegalia o ptosis esplénica. Normalmente nunca es palpable.

Signos Hemorrágicos: búsqueda de petequias, equimosis, sufusiones hemorrágicas en las superficies mucosas de la boca y conjuntivas. Aplicación de la prueba del lazo si se sospecha alteraciones aun imperceptibles de la coagulación.

42. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Estado de Conciencia: describa el estado de conciencia: lúcido, desorientado en tiempo-espacio, obnubilación, sopor y coma.

Escala de Glasgow: es un registro que asigna un valor numérico a tres componentes: capacidad de apertura ocular, respuesta motora y verbal. La puntuación máxima es 15 y mínima 3. Es utilizada para monitorización del Nivel de Conciencia del paciente con traumatismo craneoencefálico. "La escala mide el Nivel de Conciencia, no la severidad del daño cerebral". (*Véase Tabla Complementaria: Tabla Nº 2*)

Lenguaje: disártrico, coherente, afasia de expresión o comprensión.

Marcha: conservada o si tiene algún tipo especial de marcha. Ej. Atáxica, de estepaje, etc.

Si no es explorada aclarar el motivo: paciente en coma, débil, con fractura, no colabora, etc.



Pares Craneales: I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII rama coclear y vestibular IX-X-XI-XII.

La exploración de los pares craneales aportará información respecto al lugar donde se localiza la lesión, aún más si están afectados varios nervios craneales a la vez corresponde la exploración de los nervios periféricos para investigar si se asocian a síntomas o signos centrales como hemiparesia o ataxia.

Reflejos: se exploran los cutáneos, osteotendinosos, clonus.

Signos Meníngeos: buscar rigidez de la nuca a través de los signos de Kernig y Brudzinski.

43. SEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA

Marque con X el círculo que corresponde a la alteración o a la opción si o no.

Se describen las alteraciones más frecuentes para facilitar la concepción de los términos y las patologías debido a que no es muy frecuente la atención de dichos pacientes por el médico general. No obstante resulta muy necesaria la evaluación exhaustiva para detectar precozmente los signos o síntomas que permitan un diagnóstico precoz y oportuno de la afección de la Salud Mental.

1. Orientación: Si la orientación es conservada o no. En detalles, especifique si hay alteración, el tipo y el tiempo de evolución:

Desorientación autopsíquica: cuando la persona no sabe quién es; puede estar relacionada con un trastorno de conciencia, de la memoria o con una interpretación delusiva.

Desorientación alopsíquica: cuando se refiere al tiempo -fecha o lugar -ubicación.

Desorientación en el cálculo del tiempo: lentificación o aceleración del tiempo transcurrido.

2. Percepción:

Alucinación: percepción sensorial de cualquier tipo sin un estímulo externo, es decir, es una percepción que entra por cualquiera de los cinco sentidos sin que haya una razón. Generalmente son causadas por drogas, privación de sueño, psicosis, estrés y otros trastornos mentales.

Tipos de Alucinaciones:

- **Auditivo-verbales:** aparecen en relación a determinados estímulos reales como ser el ruido de un motor en funcionamiento, el canto de un ave, el ruido de una canilla que gotea. El/la paciente percibe voces que dialogan entre sí sobre su persona o pensamiento o comentan sus actividades.
- **Visuales u ópticas:** se dan como vivencias ópticas amorfas (fotomas), se caracterizan por su falta de figuración como luces, colores, centelleos o figuras geométricas, que en ocasiones adquieren movimiento. En las alucinaciones visuales complejas la visión



adquiere características semejantes a la realidad, el/la paciente ve objetos o seres reconocibles.

- **Táctiles:** están referidas a sensaciones cutáneas. El/la paciente experimenta sensaciones de que le tocan, agarran, estrangulan, pinchan o atraviesan, etc.
 - **Somáticas:** afectan o están referidas al interior del cuerpo o a alguna de sus partes. El/la paciente tiene sensaciones de estar petrificado, hueco, vacío, lleno de líquido.
 - **Olfativo-gustativas:** se trata de sabores u olores generalmente desagradables.
 - **Extracámpicas:** son experiencias alucinatorias que están referidas a un lugar fuera del campo visual, del sujeto.
 - **Pseudoalucinaciones:** a diferencia de las alucinaciones verdaderas no se las relaciona con ninguna modalidad sensorial (visión, audición, tacto, etc.). Suceden en la mente del enfermo y son difíciles de diferenciar de otros procesos de pensamiento como los delirios.
- 3. Pensamiento:** proceso complejo por el cual se aprehende un objeto o un aspecto de un objeto o situación. Se reconoce a través del lenguaje oral, escrito o mímico.

Curso:

3.1 *Enlentecido:* dificultad en su fluidez, las asociaciones son escasas y existe una franca dificultad en la elaboración mental con una pobre variedad de ideas, sin embargo, con esfuerzo logra un pensamiento completo.

3.2 *Acelerado:* asociación y facilidad de pasar de un tema a otro se oponen a la alteración anterior.

3.3 *Fuga de Ideas:* sucesión rápida de pensamientos fragmentarios o del habla en la cual el contenido cambia abruptamente y el habla puede ser incoherente. Marque con X si hubo o no fuga de ideas.

Contenido:

3.4 *Ideas delusivas o delirantes:* se trata de una idea falsa, extraña, fija en la mente del/la paciente y que por más que se le explique que esto no es posible, para ella es una vivencia real.

3.5 *Paranoides:* existe una preocupación por una o más ideas delirantes (sobre todo de las del complejo paranoide), alucinaciones auditivas (voces de terceras personas que comentan los actos del/la paciente); no se presenta lenguaje desorganizado.



3.6 Megalomaniacas o Mesiánicas: la persona cree que tiene una misión en la vida.

3.7 Místicas: la persona cree que Dios o algún santo se comunica con el/ella, que comparten su vida.

4. Humor: un rasgo de madurez que hace posible que el ser humano pueda soportar la separación entre lo ideal y lo real de la existencia, así como responder de forma positiva a la vida y a las frustraciones cotidianas.

4.1 Tristeza: es un sentimiento desagradable, penoso y aflictivo que se acompaña de relajación con pobreza de los gestos y movimientos y de un tono monótono, cansado, lento o quejumbroso de la voz, puede no existir llanto, pero cuando existe es muy significativo.

4.2 Exaltado: estado anímico de inestable euforia con elación, la presión para verbalizar puede llegar al pensamiento ideofugal y el aumento de la actividad motora.

4.3 Ideas de suicidio: los que tienen ideas suicidas están, además, deprimidos. Los principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida del control sobre su situación vital y sus emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda visión positiva del futuro (desesperación).

5. Agitación Psicomotora: excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado.

44. ODONTOGRAMA

Odontograma:² denominado también **diagrama dentario**. Para hacer referencia a ello en la ficha clínica se han ideado formas de registro por medio de signos, que sustituyen los nombres de cada uno de los dientes.

El primer dígito especifica uno de los cuatro cuadrantes de la boca, empezando con el maxilar derecho y siguiendo la dirección de las agujas del reloj. Las piezas dentales permanentes son las más tratadas y los cuadrantes se definen con los dígitos del 1 al 4. Para las piezas deciduales, de leche o temporales los cuadrantes van del 5 al 8.

El segundo dígito indica el diente dentro del cuadrante empezando por el incisivo central y acabando por el tercer molar. Para describir una pieza dental se utilizan siempre dos dígitos, los primero describen los cuadrantes y los segundos los dientes en concreto.

² Investigación Criminológica I. Universidad de Murcia (Facultad de Derecho). Juan Ballester.

**Dientes Desiduales**

El 51 y el 61 son incisivos centrales, 52 y 62 son incisivos laterales, 53 y 63 son colmillos, 54 y 64 primer molar primario, 55 y 65 son segundo molar primario.

Dientes Permanentes Superiores

El 11 y 21 son incisivos centrales, 12 y 22 incisivos laterales, 13 y 23 colmillos, 14 y 24 son el primer premolar, 15 y 25 son el segundo premolar, 16 y 26 son el primer molar, 17 y 27 son el segundo molar, 18 y 28 son el tercer molar.

Dientes Permanentes Inferiores

El 38 y 48 son tercer molar (inferiores), 37 y 47 segundo molar, 36 y 46 primer molar, 35 y 45 el segundo premolar, 34 y 44 primer premolar, 33 y 43 son colmillos, el 32 y 42 incisivos laterales, 31 y 41 son incisivos centrales.

IV PARTE: EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO**45.**

La función principal de los exámenes auxiliares de diagnóstico es obtener información por medio de procedimientos analíticos en muestras biológicas de seres humanos, convirtiéndose en ayuda informativa para el médico que serán utilizados para el diagnóstico, evaluación de tratamiento y/o pronóstico del curso de la enfermedad.

No supe la función del médico sino que la complementa.

Se sugiere que el profesional que solicitó el examen interprete los resultados ya que los datos proporcionados por el laboratorio sólo tiene sentido cuando se correlaciona con los síntomas clínicos del/la paciente.

Escriba Apellido(s) del/la paciente y N° de Documento de Identidad.

Anote fecha de solicitud día (dos dígitos), mes (dos dígitos), año (cuatro dígitos), estudios solicitados, fecha de presentación día (dos dígitos), mes (dos dígitos), año (cuatro dígitos) y resultados de los estudios laboratoriales realizados con relación a los datos más relevantes que hagan alusión al cuadro clínico o a la patología.

46. INTERNACIONES

Es importante conocer enfermedades que requirieron internación, la duración, el/los tratamiento/s medicamentoso o quirúrgico, las complicaciones, secuelas o curación.



Anote fecha de ingreso día (dos dígitos), mes (dos dígitos), año (cuatro dígitos), fecha de egreso día (dos dígitos), mes (dos dígitos), año (cuatro dígitos), diagnóstico principal, tratamientos, plan de seguimiento y condición al alta: curado/a, mejorado/a, estacionario/a, empeorado/a.

47. Registro de Atención Ambulatoria

Una consulta médica requiere mínimamente la determinación de los signos vitales y de las medidas antropométricas antes de iniciar el examen físico exhaustivo.

Estas determinaciones permitirán conceptualizar rápidamente al/la paciente dentro del contexto de la necesidad de la Atención Integral a la Salud, o la Estrategia de priorizar la severidad del Aparato o Sistema afectado, hasta tanto pueda lograrse en sucesivas consultas la Atención Integral.

1. Escriba la fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos) y año (cuatro dígitos) que el/la paciente solicita una consulta médica.
2. Escriba la hora (dos dígitos) y minutos (dos dígitos) del ingreso del/la paciente al servicio.
3. Anote la edad del/la paciente en años cumplidos, por ej. 45a (años); los/as pacientes menores de 1 año se anotarán en meses, por ej. 10m (meses) y los menores de un mes en días, por ej. 25d (días).

Tome los signos vitales y los datos antropométricos, escriba en la casilla y halle los percentiles que le correspondan, según la edad del/la paciente:

4. Temperatura Axilar o Rectal en centígrados (C°)
5. Presión Arterial en unidades de presión mmHg
6. Pulso latidos en minutos
7. Frecuencia Cardíaca latidos en minutos
8. Frecuencia Respiratoria en minutos
9. Peso en gramos o kilogramos
10. Talla en centímetros
11. Perímetro Cefálico en centímetros
12. Índice de Masa Corporal en kg/m². Utilice la fórmula: $\frac{\text{Peso}}{(\text{Talla})^2}$
13. Circunferencia Abdominal en centímetros
14. **Estado Nutricional:** escriba, **NT** (si no tiene desnutrición), **RD** (riesgo de desnutrición), **DM** (Desnutrición Moderada), **DG** (Desnutrición Grave), **S** (sobrepeso), **O** (obesidad). Las siglas se encuentran al pie de página del Registro de Atención Ambulatoria.



(Para la Clasificación del Estado Nutricional según IMC, véase Tabla Complementaria N° 3)

15. Alimentación: escriba el tipo de alimentación recibida como: **LME** (Lactancia Materna Exclusiva), **LM** (Lactancia Mixta) y **LA** (Lactancia Artificial). Las siglas se encuentran al pie de página del Registro de Atención Ambulatoria.

16. Desarrollo Madurativo: escriba la edad de aparición de los principales logros del niño/a a nivel de área motora, lenguaje y sociabilidad.

17. Estadío de Tanner: registre en números arábigos el Estadío de Tanner, de mamas y vello pubiano de ser mujer, y de vello pubiano y de genitales de ser varón, valorado en la fecha de atención.

18. Vacunación Vigente: marque con X la opción “Si” cuando el/la paciente está al día con todas las vacunas, independientemente de la edad del/la paciente, en caso contrario marque con X la opción “No”.

19. Programa: anote el nombre del programa cuando el/la paciente sigue un tratamiento de acuerdo a las normas de un Programa de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Por Ej.: Tuberculosis, Salud Sexual y Reproductiva-SSR, Diabetes, INCARD, Salud Bucodental, etc.

20. Nuevo: marque con X la opción “Si” cuando el/la paciente consulta por primera vez en relación con el programa al cual ha sido inscripto, para las consultas subsiguientes referentes al mismo programa debe marcarse con una “x” en la opción “No”.

21. Motivo de Consulta: es la causa principal de una patología del/la paciente en el momento de solicitar atención médica en el Establecimiento de Salud. Interrogue el motivo de la consulta. Anote el síntoma o signo más relevante si no es posible especificar.

Codifique utilizando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (**CIE-10**).

22. Examen Físico: describa en forma resumida el resultado del examen físico realizado, haciendo énfasis en el aparato afectado. El examen físico comienza con la observación del/la paciente desde el ingreso a la consulta. El desarrollo del examen físico deberá tener un orden adecuado en cuanto al procedimiento así como también de acuerdo a las regiones que deben explorar (Ej. Inspección, palpación, percusión y auscultación) y la cronología por aparatos y sistemas a fin de llegar a un buen diagnóstico o construcción del síndrome.

23. Diagnóstico Principal: *“Se define como la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe*



*seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal*³.

Codifique utilizando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (**CIE-10**).

24. Otros Diagnósticos: *“Se definen como aquellas que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de atención y afectaron el tratamiento del paciente. Las afecciones que hayan afectado anteriormente al paciente pero que no inciden en el episodio actual no se deben registrar”.* (1)

Codifique utilizando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (**CIE-10**).

25. Tratamientos: las prescripciones médicas farmacológicas y no farmacológicas deberán incluir el nombre genérico del fármaco, dosis, intervalo, días y vía de administración.

26. Procedimientos: anote el tipo de procedimiento o actividad que se realizó por ejemplo: obturación dental, legrado biopsico, lavado de oído, pruebas cutáneas, etc.

27. Interconsulta: procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al/la paciente, a solicitud del médico tratante. **Ejemplo:** a Otorrinolaringólogo, Cardiólogo, Neurólogo, Psiquiatra, Oftalmólogo, etc.

28. Registre el Nombre y Apellido del profesional que realiza la consulta.

29. Registre Sello, N° de Registro y Firma del Profesional al término de la consulta.

30. Especialidad: escriba el nombre de la especialidad donde el/la paciente consulta: Clínica Médica, Cirugía, Traumatología, Neonatología, Odontología, Psicología, Cardiología, etc.

31. Anote fecha día (dos dígitos), mes (dos dígitos) y año (cuatro dígitos) de la próxima consulta para valorar los cambios generales en el estado clínico así como la respuesta al tratamiento. También es válida para deslindar responsabilidad en el curso desfavorable de enfermedades que requieren permanente evaluación y cuya evolución no ha podido ser modificada por la falta de asiduidad del/la paciente a los controles.

32. Registre el Nombre y Apellido del/la Personal de Enfermería que realizó la toma de signos vitales y datos antropométricos.

33. Registre Sello, N° de Registro y Firma del/la Profesional de Enfermería.

³ Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), Vol.2, Pág. 97



TABLAS COMPLEMENTARIAS

TABLA Nº 1: LISTADO DE ETNIAS

Familia Lingüística Guaraní	12. Etnia Guaná
1. Etnia Aché	13. Etnia Toba Maskoy
2. Etnia Avá Guaraní	Familia Lingüística Mataco Mataguayo
3. Etnia Mbyá	14. Etnia Nivaclé
4. Etnia Pái Tavyterâ	15. Etnia Maká
5. Etnia Guaraní Occidental	16. Etnia Manjui
6. Etnia Guaraní Ñandeva	Familia Lingüística Zamuco
Familia Lingüística Lengua Maskoy	17. Etnia Ayoreo
7. Etnia Enlhet Norte	18. Etnia Yvytoso
8. Etnia Enxet Sur	19. Etnia Tomárâho
9. Etnia Sanapaná	Familia Lingüística Guaicuru
10. Etnia Toba	20. Etnia Toba-Qom
11. Etnia Angaité	

Fuente: Atlas de las Comunidades Indígenas en el Paraguay. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002. DGEEC.

TABLA 2: Escala de Glasgow

Respuesta Ocular	Espontánea	4
	A la voz	3
	Al dolor	2
	Ninguna	1
Respuesta Verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palabras inapropiadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Ninguna	1
Respuesta Motora	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retira al dolor	4
	Flexión al dolor	3
	Extensión al dolor	2
	Ninguna	1
TOTAL		3- 15



TABLA3: Clasificación del Estado Nutricional según Índice de Masa Corporal.

Mujeres de 10 a 18 años

Edad (años)	Bajo Peso Kg/m ²	Normal Kg/m ²	Sobrepeso Kg/m ²	Obesidad Kg/m ²
10	≤ 14.6	14.7-19.8	19.9-22.8	≥ 22.9
11	≤ 14.9	15.0-20.7	20.8-24.0	≥ 24.1
12	≤ 15.4	15.5-21.7	21.8-25.1	≥ 25.2
13	≤ 15.9	16.0-22.4	22.5-26.2	≥ 26.3
14	≤ 16.4	16.5-23.2	23.3-27.2	≥ 27.3
15	≤ 16.9	17.0-23.9	24.0-28.0	≥ 28.1
16	≤ 17.4	17.5-24.6	24.7-28.8	≥ 28.9
17	≤ 17.8	17.9-25.1	25.2-29.5	≥ 29.6
18	≤ 18.2	18.3-25.5	25.2-30.2	≥ 30.3

Varones de 10 a 18 años

Edad (años)	Bajo Peso Kg/m ²	Normal Kg/m ²	Sobrepeso Kg/m ²	Obesidad Kg/m ²
10	≤ 14.6	14.7-19.3	19.4-22.0	≥ 22.1
11	≤ 15.0	15.1-20.1	20.2-23.1	≥ 23.2
12	≤ 15.4	15.5-20.9	21.0-24.1	≥ 24.2
13	≤ 16.0	16.1-21.7	21.8-25.0	≥ 25.1
14	≤ 16.5	16.6-22.5	22.6-25.9	≥ 26.0
15	≤ 17.2	17.3-23.3	23.4-26.7	≥ 26.8
16	≤ 17.7	17.6-24.1	24.2-27.4	≥ 27.5
17	≤ 18.3	18.4-24.8	24.9-28.1	≥ 28.2
18	≤ 18.9	19.0-25.1	25.6-28.9	≥ 29.0

Fuente: Libreta de Salud del Niño/a. Pág. 16-17. Dirección Gral. de Programas de Salud. MSPyBS



ANEXO

23. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				Porta: 1. Tarjeta de Vacunación 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 2. Libreta de Salud del Niño/a 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>				
Vacunas - Desde el nacimiento hasta los 10 años				A partir de los 10 años según antecedentes previos				
Vacunas	Dosis	Edad de Vacunación	Fecha	Vacunas	Indicaciones	Dosis	Fecha	
BCG	Única	Recién Nacido		Td	En vacunados con Penta/DPT	A los 10 años	Refuerzo	
OPV	Primera Dosis	2 meses				Cada 10 años	Refuerzo	
Pentavalente			4 meses			En no vacunados o con esquema incompleto - iniciar o completar 5 dosis	Al contacto	1ra. Dosis
Rotavirus							1 mes de la 1ra. dosis	2da. Dosis
OPV			Segunda Dosis		4 meses		1 año de la 2da. dosis	3ra. Dosis
Pentavalente	1 año de la 3ra. dosis	4ta. Dosis						
Rotavirus	1 año de la 4ta. dosis	5ta. Dosis						
OPV	Tercera Dosis	6 meses			SR	En no vacunados o que sólo tienen 1 dosis SPR	Una dosis	
Pentavalente					AA	En no vacunados o viajeros internacionales	Una dosis	
SPR	Dosis de Esquema	12 meses (1 año)			Vacunas para grupos de pacientes de riesgo y situaciones especiales			
AA				HB	En no vacunados con penta	Trabajadores de salud: pacientes renales, inmunodeprimidos y pacientes con indicación específica	1ra. Dosis	
OPV	2da. Dosis							
DPT	3ra. Dosis							
OPV	Segundo Refuerzo	4 años		Anti Influenza	Trabajadores de salud: adultos mayores; enfermos crónicos; inmunodeprimidos; embarazadas y grupos de riesgo específicos	1 por año		
DPT				Otros	Según indicación de médico tratante conforme a criterios de riesgo definidos			
SPR	Refuerzo							
Anti Influenza	Primera	6 a 17 meses						
	Segunda	6 a 17 meses						
	Refuerzo	18 a 23 meses						
	Refuerzo	24 a 35 meses						

24. FAMILIGRAMA

(Diagrama con Padres, Hermanos y Abuelos)

25. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Parentesco	N°	Enfermedad	Vivo	Muerto	Causa de Muerte	Edad al fallecer
Padre						
Madre						
Hermanos						
Hijos						

26. ANTECEDENTES PERSONALES

1. Cardiovasculares Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	2. Respiratorios Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	3. Digestivos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	4. Genitourinarios Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	5. Osteoartromuscular Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	6. Hemolinfopoyético Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	7. Endócrinos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	8. Neurosiquiátricos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>
9. Psicológicos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	10. Odontológicos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	11. Audiovisuales Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	12. Metabólicos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	13. Alérgicos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	14. Infecciosos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	15. Tóxicos y/o Dependencias Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	16. Neoplásicos Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>
17. Malformaciones Congénitas Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	18. Traumatismos y/o Quemaduras Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	19. Maltrato Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	20. Violencia Intrafamiliar Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	21. Adopción Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	22. Madre y/o Padre Adolescente Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	23. Niño/a situación de Calle Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	24. Judiciales Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>
25. Internaciones: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/> Fecha ___/___/___ Dx. _____		26. Cirugías Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/> Fecha ___/___/___ Dx. _____		27. Transfusiones: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/> Fecha ___/___/___ Dx. _____		28. Otros Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> n/s <input type="radio"/>	

Detalles:

27. ANTECEDENTES PERINATALES Aplica No Aplica

27.1 ANTECEDENTES MATERNOS
1. Prenatales: N° de Embarazo _____ N° de controles _____ Ingesta de Medicamentos _____
 Ingesta y/o hábitos viciosos _____
Patologías: 1. Sífilis 2. VIH 3. Chagas 4. Hipertensión Arterial 5. Otros _____
2. Parto: Lugar de Nacimiento: 1. Institucional 2. Domiciliario 3. Otro **Tipo:** 1. Vaginal: Eutócico Instrumental 2. Cesárea
 Motivo de la Cesárea _____
27.2 ANTECEDENTES NEONATALES
 1. Peso _____ 2. Talla _____ 3. PC _____ 4. EG _____ 5. Llanto _____ 6. APGAR: 1' _____ 5' _____
 7. Test Piecito: 1. Si 2. No Normal Anormal, esp. _____ 8. Eliminación de meconio (24 hs): 1. Si 2. No
 9. Caída de cordón (días) _____ 10. Internación en el Periodo Neonatal 1. Si 2. No 10.1 Días de Internación _____
 Motivos _____
 _____ No Sabe

28. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS Aplica No Aplica

1. Lactancia: 1. Materna Exclusiva (tiempo) _____ 2. Mixta 3. Artificial Edad de Inicio _____ **2. Ablactación** _____
3. Alimentación Actual _____

29. DESARROLLO MADURATIVO Aplica No Aplica

1. Sonrisa Social _____ 2. Fija y sigue con la mirada _____ 3. Reacción al Sonido _____ 4. Sostén Cefálico _____
 5. Emite Sonidos _____ 6. Sentado con apoyo _____ 7. Sentado s/apoyo _____ 8. Gatea _____
 9. Parado c/apoyo _____ 10. Camina c/s apoyo _____ 11. Garabatea _____ 12. Palabras _____
 13. Frases _____ 14. Control de Esfínteres _____ 15. Dificultad de Aprendizaje _____ 16. Trastornos de conducta _____

30. HÁBITOS

30.1 FISIOLÓGICOS
 1. Alimentarios: _____
 2. Urinarios: _____
 3. Defecatorios: _____
30.2 VICIOSOS
 1. Tabaco: _____
 2. Bebidas Alcohólicas: _____
 3. Drogas: _____

31. ANTECEDENTES GÍNECO-OBSTÉTRICOS-UROLÓGICOS

1. Menarca/ Espermarca Años Meses
2. Menopausia/ Andropausia Años
3. Ciclo Menstrual: 1. Regular 2. Irregular **4. Ritmo** ___/___/___ **5. FUM** ___/___/___ No Conoce No corresponde
6. Gestación
7. Partos
8. FUP ___/___/___ **9. Cesárea**
10. FUC ___/___/___ **11. Aborto**
12. FUA ___/___/___ **13. Inicio de Rel. Sexual** Años
14. Abuso Sexual: 1. No 2. Si Años
15. Método Anticonceptivo: 1. No 2. Si ¿Cuál? _____
16. Infección de Transmisión Sexual 1. No 2. Si ¿Cuál? _____
17. Secreción Vaginal/Peneana 1. No 2. Si Caract. _____
Observaciones _____

III PARTE: EXÁMEN FÍSICO - En el momento de la primera consulta

32. CABEZA a) **Cráneo:** Forma/Tamaño _____ b) **Ojos:** Párpados _____
Globo Ocular: Tamaño _____ Conjuntivas _____ Escleróticas _____ Córnea _____ Iris _____ Pupilas _____
 Reflejo Fotomotor _____ Fondo de Ojo _____
c) Oídos: Pabellón Auricular _____ Conducto Auditivo Externo _____ Membrana Timpánica _____
d) Nariz: Fosas Nasales _____ Tabiques _____ Cornetes _____ **e) Senos Paranasales:** Puntos Dolorosos _____
f) Amígdalas y Faringe: _____
g) Cavidad Bucal: Labios _____ Paladar Duro _____ Paladar Blando _____ Piso Bucal _____ Piezas Dentarias _____

33. CUELLO Forma, simetría, relieves musculares, ganglios, pulso carotídeo, ingurgitación yugular _____
a) Tiroides: Forma, tamaño, lóbulos _____

34. TÓRAX Conformación Ósea: Normal/En quilla/ Pectus excavatum/Relieves Musculares

MAMAS y AXILAS

35. AP. RESPIRATORIO FR _____ Tipo Respiratorio _____ **Signos Insuficiencia:** Tiraje/Quejido/Cianosis/Aleteo nasal

Vibraciones Vocales _____ Percusión _____

Auscultación

36. AP. CARDIOVASCULAR:**a) Área Central: Ictus Cordis:** Ubicación/Extensión/Intensidad/Ritmo/Frémito/ Maniobra de Valsalva

Auscultación: FC

b) Área Periférica: Pulso: Frecuencia _____ Regularidad _____ Amplitud _____ Igualdad _____ Isocronía _____ Sincronía _____**Palpación:** Pulsos periféricos _____

Várices/Circ. Colateral

37. ABDOMEN Y PELVIS**a) Inspección:** Aspecto, simetría, lesiones de la piel, cicatrices, circulación colateral, ombligo**b) Palpación:** Superficial

Profunda

Puntos Herniarios

c) Percusión**d) Auscultación**

Tacto Rectal

*(Pacientes embarazadas completar hoja del SIP: CLAP)***38. APARATO GENITO-URINARIO****a) Femeninos:** Distribución Pilosa/Vulva/Himen

Especuloscopía

Tacto Vaginal y Bimanual

b) Masculinos: Distribución Pilosa/Pene/Prepucio/Glande/Bolsas Escrotales/Testículos/Cordón Espermiático/Próstata**c) Puntos Ureterales:****d) Puño Percusión:** Derecha

Izquierda

e) Tacto Rectal**39. APARATO OSTEOARTROMUSCULAR****a) Columna Vertebral: Aspecto:** Normal/Cifosis/Escoliosis**b) Articulaciones:** Aspecto/Simetría/Movilidad**c) Miembros:** Aspecto/Simetría**d) Músculos:** Trofismo/Fuerza/Tono**e) Motilidad:** Activa/Pasiva/

Signos

40. PIEL, FANERAS Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO**a) Piel:** Color _____ Turgencia _____ Elasticidad _____ Trofismo _____ Máculas/Pápulas/Vesículas/Pústulas/Costras/ Habón:**b) Faneras: Pelo****Uñas****c) Tejido Celular Subcutáneo****41. SISTEMA HEMOLINFOPOYÉTICO** Ganglios _____ Hígado _____ Bazo _____ Signos Hemorrágicos _____**42. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL** Estado de Conciencia _____ Glasgow: ___/15 Rta. Ocular _____ Rta. Verbal _____ Rta. Motora _____

Lenguaje _____ Marcha _____ Reflejos: Cutáneos _____ Osteotendinosos _____ Clonus _____

Signos Meníngeos: Rigidez de nuca _____ Kernig _____ Brudzinski _____

Pares Craneales

43. SEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA**1. Orientación Conservada** 1. Sí 2. No **2. Percepción:** 2.1 Alucinación Tipo _____**3. Pensamiento: Curso:** 3.1. Enlentecido 3.2 Acelerado 3.3 Fuga de Ideas: 1. Sí 2. No**Contenido:** 3.4. Ideas delusivas o delirantes 3.5 Paranoides 3.6 Megalomaniacas 3.7 Místicas**4. Humor:** 4.1 Tristeza 4.2 Exaltado 4.3 Ideas de Suicidio: 1. Sí 2. No **5. Agitación Psicomotora** 1. Sí 2. No

47. REGISTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA Nombre y Apellido del/la Paciente: _____

1.Fecha	2.Hora	3.Edad	4. T°Axilar-Rectal	5.Presión Arterial	6.Pulso	7.Frecuencia Cardíaca	8. Frecuencia Respiratoria	9.Peso	10.Talla	11.Perímetro Cefálico	12. Índice de Masa Corporal	13.Circunferencia Abdominal	14. Estado Nutricional*	15.Alimentación**	16. Desarrollo Madurativo	17.Tanner	18. Vacunación Vigente	19.Programa	20.Nuevo			
																	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
								Percentile	Percentile	Percentile	Percentile											
21. Motivo de consulta CIE-10 <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/>										23. Diagnóstico CIE-10 <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/>												
22. Examen Físico										24. Otros Diagnósticos <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/>												
25. Tratamientos															26.Procedimientos		27. Interconsulta					
28. Nombre y Apellido del Profesional:															29. Profesional: Sello, N° de Registro y Firma :			30. Especialidad:		31. Fecha Próxima Consulta: _____/_____/_____		
32. Nombre y Apellido del Personal de Enfermería:															33. Sello y Firma :							

1.Fecha	2.Hora	3.Edad	4. T°Axilar-Rectal	5.Presión Arterial	6.Pulso	7.Frecuencia Cardíaca	8. Frecuencia Respiratoria	9.Peso	10.Talla	11.Perímetro Cefálico	12. Índice de Masa Corporal	13.Circunferencia Abdominal	14. Estado Nutricional*	15.Alimentación**	16. Desarrollo Madurativo	17.Tanner	18. Vacunación Vigente	19.Programa	20.Nuevo			
																	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
								Percentile	Percentile	Percentile	Percentile											
21. Motivo de consulta CIE-10 <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/>										23. Diagnóstico CIE-10 <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/>												
22. Examen Físico										24. Otros Diagnósticos <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px;" type="text"/>												
25. Tratamientos															26.Procedimientos		27. Interconsulta					
28. Nombre y Apellido del Profesional:															29. Profesional: Sello, N° de Registro y Firma :			30. Especialidad:		31. Fecha Próxima Consulta: _____/_____/_____		
32. Nombre y Apellido del Personal de Enfermería:															33. Sello y Firma :							

* Estado Nutricional: NT: No tiene desnutrición; RD: Riesgo de Desnutrición; DM: Desnutrición Moderada; DG: Desnutrición Grave; S: Sobrepeso; O: Obesidad ** Alimentación: LME: Lactancia Materna Exclusiva; LM: Lactancia Mixta; LA: Lactancia Artificial



GLOSARIO

ÁREA URBANA: definida conforme a las leyes administrativas, todas las localidades o parajes que se presentan en forma amanzanada, sin tener ninguna consideración especial. Son tales, todas las cabeceras de distritos especiales.

ÁREA RURAL: áreas que no se encuentran amanzanadas sin tomar en cuenta la cantidad de habitantes. Sin límite inferior de habitantes.

REFERENCIA: acto formal de envío de un paciente atendido en un determinado establecimiento de salud para otro de mayor complejidad. La referencia siempre debe ser hecha después de constatarse la insuficiencia de la capacidad resolutoria, según normas y mecanismos preestablecidos.

CONTRA-REFERENCIA: acto formal de retorno de un paciente al establecimiento de origen (que lo ha referido) tras resolución de la causa responsable por la referencia, y siempre acompañado de las informaciones necesarias al seguimiento del mismo, en el establecimiento de origen”.

FAMILIGRAMA: instrumento que permite valorar la dinámica, la composición, estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual está cursando la familia en un momento determinado.

OCUPACIÓN: tarea o función que desempeña en el puesto de trabajo y que puede estar relacionado o no con la profesión.

PROFESIÓN: actividad especializada del trabajo, realizada por un profesional que requiere estudios universitarios.



BIBLIOGRAFÍA

Simini F, Franco S, Pasqualini D, Lammers C. Sistema informático del adolescente con historia de salud sexual y reproductiva.. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; 2000

Fescina RH, Butrón B., De Mucio B., Martínez G, Díaz Rosello JL, Camacho V, Simini F, Mainero L. Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; 2007

El Departamento de Registros Médicos: Guía para su organización. Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares Nº 19. OPS/OMS

Llanio, R. Propedeutica Clínica y Fisiopatología. Ciudad de la Habana. Edit. Pueblo y Educación. t1 y t2, 1985. Págs. 1 al 20.

Humberto Rotondo. Semiología Psiquiátrica: Manual de Psiquiatría. 2da. Edición. Capítulo 5. sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/.../cap-5.htm

Rogelio Bazúa O'Connor, Víctor García Navarro, Javier Medrano Palafox. Alberto Íñiguez Aceves y Sergio Javier Villaseñor Bayardo. Revista Universidad de Guadalajara. *Mitos y realidades de la psiquiatría.*

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), Vol.2, Pág. 97

Manual del Censista 2002. DGEEC. Pág 23 al 29.