



Nursing Heart Inc | Asociación Corazón de Enfermería



Referral: S / N
Medical _____
OB/GYN _____
Dental _____
Vision _____
HT/DM _____
Psych. _____

HISTORIAL MÉDICO

Pueblo: **Caserio San Bartolome, Aldea Varituc.**

Fecha (Date): **5 y 6 de Noviembre, 2018**

Nombre del Paciente (Name) _____ Teléfono _____

Fecha de Nacimiento (Date of birth) ____/____/____ (dd/mm/yy) Edad (Age) _____

Sexo (Gender) Masculino (Male) Femenino (Female) Grado escolar (Grade) _____

Nombre de la madre o padre (Mother/Father) _____

Motivo de consulta/HPI: _____

Revisión de sistemas /ROS: _____

SIGNOS VITALES (Vital Signs)

Alergias (Allergies) _____ Gravida _____ Para _____ LMP _____

Peso (Weight) Talla (Height) Temperatura (T) Pulso (P) Respir. (R) Presión Sanguínea (BP)
 _____ Kg _____ cms _____ C _____/min _____/min _____/_____ mmHg

EXAMÉN FÍSICO (Physical Exam)

General _____

Piel (Skin) _____

HEENT: Cabeza (Head) Ojos (Eyes) Oídos (Ears) Nariz (Nose) Boca/Garganta (Mouth/Throat)

Cuello (Neck) _____

Pulmones (Lungs/Thorax) _____

Corazón (Heart) _____

Abdomen (Abdomen) _____

Extremidades & Musculoesquelético (Extremities/Musculoskeletal) _____

Genitourinario (Genitourinary) _____

Neurológico (Neurological) _____

Otros (Other) _____

DIAGNOSIS (DX) _____

TRATAMIENTO (Treatment/Medicines)

	Nombre de Medicina (Name)	Presentación (Form)	Vía (Route)	Dosis (Dose)	Días (Days)	Cantidad (Quantity)
1)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5)	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Albendazol (Albendazole) SI (YES) NO (NO)

Vitaminas (Vitamins) SI (YES) NO (NO)

PRUEBAS (Tests)

Orina/Urine: _____ Pregnancy: _____ Glicemia/Glucose: _____

LEU _____

NIT _____

URO _____

PRO _____

Ph _____

BLO _____

SG _____

KET _____

BIL _____

GLU _____

REFERIDO (Referred) SI (YES)

Motivo de Referencia (Reason for Referral) _____

Enfermero/Medico Firma (Nurse/Medical Provider) _____