

### A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	EDAD (AÑOS)

N/C: NO CONOCE

### B. ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL INFORMANTE											
MOTIVO DE CONSULTA											
TIPO DE CONSULTA:		PRIMERA	<input type="checkbox"/>	SUBSECUENTE	<input type="checkbox"/>	FECHA DE ÚLTIMA CONSULTA POR PLANIFICACIÓN FAMILIAR					
CARACTERES FÍSICO-SEXUALES											
DESARROLLO PUBERAL MUJER					DESARROLLO PUBERAL HOMBRE						
TELARQUIA		PUBARQUIA		MENARQUIA		VELLO AXILAR		ESPERMARQUIA			
EDAD	NO	EDAD	NO	EDAD	NO	EDAD	NO	EDAD	NO		
RITMO MENSTRUAL											
CICLOS				CANTIDAD				COÁGULOS			
REGULAR	IRREGULAR	DURACIÓN	/	ESCASO	REGULAR	ABUNDANTE	N/C	SI	NO		
DOLOR MENSTRUAL				DOLOR MAMARIO		MASTODINIA		OTRAS MOLESTIAS			
SI	NO	N/C	PREMENSTRUAL	MENSTRUAL	POSTMENSTRUAL	SI	NO	N/C	SI		
DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER											
CERVICO UTERINO			SI	NO	N/C	MAMARIO		SI	NO	N/C	
OBSERVACIONES:											
SEXUALIDAD											
CALIDAD DE LA INFORMACIÓN		SUFICIENTE	INSUFICIENTE	PAREJA ACTUAL		SI	NO	N/C	TIEMPO DE RELACIÓN	AÑOS	N/C
TIPO DE EXPERIENCIA SEXUAL		NO	VAGINAL	ORAL	ANAL	N/C	VIOLENCIA SEXUAL	SI	NO	N/C	
TIEMPO DE VIOLENCIA		A	M	D	N/C	TRATAMIENTO PROFILÁCTICO		SI	NO	N/C	
OBSERVACIONES:											

### C. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

EMBARAZO CON USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				HISTORIA ANTICONCEPTIVA					
SI	NO	CUAL		GESTÁGENO ORAL	GESTÁGENO DEPÓSITO	DIU	OTROS	TIEMPO DE USO	CAUSA ABANDONO
USO ACTUÁL DE ALGÚN MÉTODO									
SI	NO	CUAL		TIEMPO DE USO	OBSERVACIÓN.				
BENEFICIARIO DEL MÉTODO				ADOPCIÓN MÉTODO ACTUAL				CRITERIO DE ELEGIBILIDAD	
MUJER EN EDAD FÉRTIL	MADRE LACTANTE	HOMBRE		GESTÁGENO ORAL	GESTÁGENO DEPÓSITO	DIU	OTROS	FECHA DE INICIO	

D. CONTROLES								
	PRIMERA	SUBSECUENTE						
FECHA								
PRESION ARTERIAL	/	/	/	/	/	/	/	/
PESO / Kg								
SANGRE INTERMENSTRUAL								
FLUJO GENITAL								
MAMAS (PALPACION)								
ÚLTIMA MENSTRUACION	FECHA							
	DURACION							
	CANTIDAD							
EVOLUCIÓN DIU	HILO							
	EXPULSIÓN							
	RETIRO							
	REINSERCIÓN							
CAUSA ABANDONO MÉTODO	SALUD							
	PERSONALES							
	DESEA HIJO							
	EMBARAZO							
MOLESTIAS SECUNDARIAS								
CAMBIO DE MÉTODO								
NOMBRE EXAMINADOR								

E. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL - ITS										
TIENE O HA TENIDO ALGUNA	SI	NO	CUAL		TRATAMIENTO	SI	NO	CUAL		
OBSERVACIONES:										

F. FECUNDIDAD										
NÚMERO EMBARAZOS	NÚMERO PARTOS	NÚMERO CESÁREAS	NÚMERO ABORTOS	EMBARAZOS ECTÓPICOS	NÚMERO NACIDOS VIVOS	NÚMERO NACIDOS MUERTOS				
FECHA ÚLTIMA GESTACIÓN	LACTANCIA ANTERIOR	SI	NO	LACTANCIA ACTUAL	SI	NO	LACTANCIA MÁXIMA EN MESES			

G. EXAMEN FÍSICO GENITALES FEMENINOS														
TANNER			EXAMEN MAMARIO				VULVA		CLITORIS		VAGINA		CUELLO UTERINO	
MAMAS	VELLO		NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL
OBSERVACIONES:														

H. EXAMEN FÍSICO GENITALES MASCULINOS														
TANNER			EXAMEN MAMARIO				CUERPO PENE		GLANDE		PREPUCIO			
GENITALES	VELLO		NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL
ESCROTO			TESTÍCULO DERECHO				TESTÍCULO IZQUIERDO							
NORMAL		ANORMAL	NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL						
OBSERVACIONES:														

I. EXAMENES COMPLEMENTARIOS										
HEMOGRAMA	GLICEMIA	PERFIL HORMONAL	EMO	TORCH	VRDL	HIV				
HEPATITIS	HPV	CITOLOGÍA VAGINAL	COLPOSCOPIA	ECO	MAMOGRAFÍA	OTROS				

J. DIAGNOSTICO										
	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF		
1.				4.						
2.				5.						
3.				6.						

K. PLANES DE TRATAMIENTO										
REGISTRAR LOS PLANES: DIAGNOSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL										
CARNET CEMA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
OBSERVACIONES										

L. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		