

<b>1. IDENTIFICACIÓN</b>				<b>No. De identidad</b>				
<b>APELLIDOS</b>				<b>NOMBRES</b>				
Fecha de Ingreso:				Teléfono:				
Fecha de nacimiento		Edad		Sexo: F ( ) M ( )		Ocupación		
Nombre de la madre				Nombre del padre				
Estado civil: s ( ) C ( ) UL ( ) V ( )				Escolaridad: Analf ( ) Prim ( ) Sec ( ) Iniv ( ) Tec ( )				
municipio:				Dirección:				
Acudiente:								
<b>2. MOTIVO DE CONSULTA: (Marque con X)</b>								
Ingreso al programa ( ) Control ( )								
<b>3. ANTECEDENTES PERSONALES: patológicos (Marque con X)</b>								
Varicela	SI	NO	Diabetes	SI	NO	Alérgicos	SI	NO
Sarampión	SI	NO	Fiebre Reumática	SI	NO	Hospitalización	SI	NO
Rubeola	SI	NO	Fracturas	SI	NO	Quirúrgicos	SI	NO
Artritis juvenil	SI	NO	BNM	SI	NO	Otros	SI	NO
Describa :								
<b>Inmunológicos</b>		Recibio esquema completo de vacunación hasta los 10 años				SI	NO	
Recibio refuerzos después de los 5 años				SI	NO	TOXOIDE TETÁNICO DIFTÉRICO (esquema completo)	SI	NO
Rubeola esquema completo				SI	NO	Sarampión Esquema Completo	SI	NO
<b>ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS</b>				<b>ANTECEDENTES ANDROLÓGICOS</b>				
Menarca (edad)		IRS		Espermaca (edad)				
ciclos	reg	irreg	Nº com. Sex	IRS		No comp. Sex.		
FUR		ITS		SI	NO	ITS	SI	NO
G( )P( )A( )V( )E( )M( )		PNF (edad inicio)		SI	NO	PNF (edad inicio)	SI	NO
Observ.		CCV: Fecha ( ) resul: ( )				Observ:		
<b>IV. ANTECEDENTES FAMILIARES: marque con "X"</b>								
<b>Enfermedad</b>		<b>QUIEN</b>		<b>Enfermedad</b>		<b>QUIEN</b>		
HTA	SI	NO		obesos	SI	NO		
ECV	SI	NO		diabetes	SI	NO		
enf coronaria	SI	NO		enf mental	SI	NO		
Muerte en < 60 años (IAM / ECV)	SI	NO		cáncer	SI	NO		
dislipidemias	SI	NO		hematológicos	SI	NO		
nefropatías	SI	NO		otros	SI	NO		
Observaciones:								
<b>V. FACTORES DE RIESGO DIETÉTICOS</b>								
consumo de grasa saturada y colesterol								
yema de huevo ( )	leche y queso con grasa ( )			carnes frías ( )				
comidas rapidas ( )	tocino ( )			mantequilla/margarina ( )				
crema de leche ( )	helado de crema ( )			fritos ( )				
fritanga ( )	carnes gordas ( )			chicharron ( )				
piel de pollo ( )	viceras ( )			ponque con crema ( )				

**HISTORIA CLINICA  
JOVEN 10-29 AÑOS**

FECHA VIGENCIA  
2014 - 01 - 01

DOCUMENTO  
CONTROLADO

**VI. FACTORES DE RIESGO COMPORTAMENTALES**

actividad física	SI	NO	especifique Horas/Semana	Factor protector > 3 horas / semana
licor	SI	NO	copas día	licor
tabaquismo	SI	NO	cigarrillos día / años	ex - fumador SI ( ) NO ( )
alguien fuma en la familia	SI	NO	quien ?	tiempo ?
sustancias psicoactivas	SI	NO	cual ?	veces / día:
otros	SI	NO	especifique :	

**VII. FACTORES PROTECTORES**

consumo de fibra soluble (avena)	1 vez/día ( )	frutas	3 veces / día:
consumo de fibra insoluble (salvado)	1 vez/día ( )	verduras	4 veces / día:
consumo de micronutrientes	1 vez/día ( )	agua	5 - 7 vasos/día
leguminosas	2 veces/sem ( )	dieta baja en sal	S ( ) A ( ) N ( )

**VIII. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL**

CON QUIEN VIVE	esposo ( sa)	madre	padre
El apoyo afectivo es brindado por	Hijos	otros	<b>solo</b>
el apoyo económico es brindado por	esposo ( sa)	madre	padre
ocupación de padres	Hijos	otros	<b>nadie</b>
la autoridad en la casa esta dada por	padre	madre	
Antecedentes Judiciales	<b>SI</b>	NO	Obs
Tiene un proyecto de Vida? (en que va a trabajar o de que va a vivir)	SI	<b>NO</b>	sin opinion
Personalidad	optimista	<b>pesimista</b>	extrovertido   introvertido   no Opina
Hobbies y Aficciones	SI	<b>NO</b>	cual.
Sintomas Neurovegetativos de angustia ( boca seca, cefalea frecuente, epigastralgia)	No	Aveces	<b>Frecuente</b>   Obs:
Ideas suicidas	<b>SI</b>	NO	sin opinion
miedos intensos	<b>SI</b>	NO	sin opinion
Que opinion tiene de usted mismo?			

**IX. REVISION POR SISTEMAS DE SIGNOS Y SINTOMAS GUIA**

cefalea	mareos	anorexia
lipotimia	disnea paroxistica	astenia
vertigo	disnea de esfuerzo	epigastralgia
tinitus	ortopnea	heridas en pies
cambios visuales	polididsia	perdidade peso
constipacion	polifagia	debilidad
trast conciencia	poliuria	insomnio
taquicardias	hematuria	otros:

**X. EXAMEN FÍSICO (escriba N: normal, A: anormal, donde corresponda)**

Apariencia:

Peso (KG)  Talla (Cm):  IMC= P/T<sup>2</sup>:

T/A:  FC:  FR:

**CABEZA Y CUELLO:** OJOS:  NARIZ:  BOCA:

Describe si coloco anormal:

**OÍDOS:** Izquierdo  Derecho:

Describe si coloco anormal:

**CUELLO:**

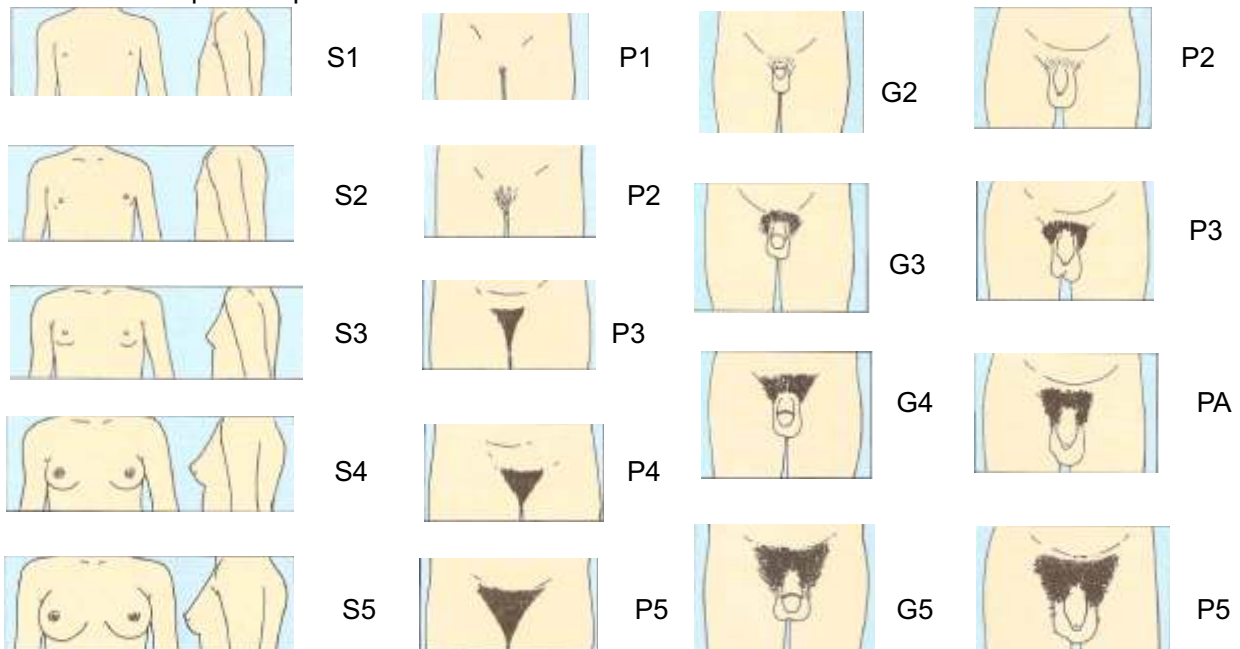
Adenopatias: SI  NO  Describe:

Tiroides:

**PIEL Y FANERAS:** N  A  Explique:

**VALORACIÓN DEL DESARROLLO: (Escala Tanner)**

Solicite al adolescente que marque con una "X"



**CARDIOPULMONAR:**

**RsCs** Ritmicos  Arritmicos  PMI

Describe:

Soplos: SI  NO  Otros:

Describe:

**RsRs** Normales  Anormales  Por:

Describe:

**EF SENO (Mujer)** Normales  Anormales

**ABDOMEN** N  A  Masas SI  NO  Explique:

megalias N  A  Explique:

Dolor N  A  Explique:

**LOCOMOTOR:**

Columna. N  A  Explique:

Articulaciones: N  A  Explique:

Extremidades: N  A  Explique:

**NEUROLOGICO** N  A  Explique:

Observaciones:

**HISTORIA CLINICA  
JOVEN 10-29 AÑOS**

FECHA VIGENCIA  
2014 - 01 - 01

DOCUMENTO  
CONTROLADO

**XI. PARACLINICOS:**

ESTUDIO	RESULTADOS					
	FECHA	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA	VALOR
Hgb - Hto (solo a niñas de 10 - 13 años)						
HDL (jóvenes con historia familiar de hiperlipidemias o IAM en < de 50 a)						
VDRL (solo a jóvenes sexualmente activos)						
HIV (solo a jóvenes sexualmente activos)						
CCV (solo a jóvenes sexualmente activas)						
<b>TAMIZAJE VISUAL (11 Y 16 )</b>	<b>OI</b>	<b>OD</b>	<b>TAMIZAJE AUDITIVO</b>		<b>OII</b>	<b>OID</b>
FECHA						
FECHA						
FECHA						
FECHA						

**XII. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**

JOVEN SANO	SI	NO	OBS
<b>JOVEN CON FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (Marque con "X")</b>	Obesidad		<b>RIESGO PSICO SOCIAL (si presenta &gt; 3 parámetros en sombreado )</b>
	Hiperlipidemia		
	Tabaquismo		
	Sedentarismo		
	Herencia HTA / DM		
	Acido Úrico		
	Otros		

**XIII. PLAN DE MANEJO**

1, Sano: Educación en prevención y control en 1 año	
2. Sin patología clínica o paralítica pero con factores de riesgo biológicos o psico sociales.	
3. Presenta patología clínica y paralítica. Remitir según necesidad de carácter prioritario.	
4. Educación programa adulto joven.	

\* HALLAZGOS

FIRMA	REGISTRO MEDICO
-------	-----------------