Departamento del Meta – Solución Salud – Empresa Social del Estado – NIT. 822006595-1	E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 1	CÓDIGO FR - PYP - 15	PÁGINA 1 DE 2	GOBERNACIÓN DEL META
	ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	FECHA VIGENCIA 2014 - 01 - 01	DOCUMENTO CONTROLADO		

CENTRO DE ATENCIÓN _____

A - IDENTIFICACION

EPS _____

1er. Apellido	2 do. Apellido (o de casada)	Nombres	No HISTORIA CLINICA

B - ANTECEDENTES

1 - FAMILIARES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1 - HIPERTENSION	☐	☐	☐	4 - HEPATOPATIAS	☐	☐	☐
2 - DIABETES	☐	☐	☐	5 - TUMORES	☐	☐	☐
3 - CARDIOPATIAS	☐	☐	☐	6 - MENTALES	☐	☐	☐

2- PERSONALES

	SI	NO	NO SABE		SI	NO	NO SABE
1 - HIPERTENSION	☐	☐	☐	9 - MENTALES	☐	☐	☐
2 - DIABETES	☐	☐	☐	10 - INFECCION PELVICA	☐	☐	☐
3 - CARDIOPATIAS	☐	☐	☐	11 - INFECCION CERVICAL	☐	☐	☐
4 - HEPATOPATIAS	☐	☐	☐	12 - FLUJO VAGINAL	☐	☐	☐
5 - NEFRITIS	☐	☐	☐	13 - CIRUGIA GINECOLOGICA	☐	☐	☐
6 - TUMORES	☐	☐	☐	14 - OTROS	☐	☐	☐
7 - TROMBOFLEBITIS	☐	☐	☐	15 - RESULTADO CITOLOGIA PREVIA			
8 - FUMA	☐	☐	☐	FECHA: ☐☐ DIA ☐☐ MES ☐☐ ANO			
CUANTOS DIARIOS _____							

ESCOLARIDAD

- PRIMARIA INCOMP. ☐
- PRIMARIA COMPLETA ☐
- SECUND. INCOMP. ☐
- SECUND. COMPLETA ☐
- UNIVERSITARIA ☐
- OTRA (Cuál) _____

3- HISTORIA DE EMBARAZOS ANTERIORES

NUMERO DE ORDEN	TERMINACION DEL EMBARAZO							No. DE HIJOS VIVOS ACTUALMENTE _____ ☐☐
	AÑO DE TERMINACION	MESES DE GESTACION	PARTO VAGINAL	CESAREA	ABORTO	PRODUCTO: NAC. VIVOS	PRODUCTO: NAC.MUERTOS	OBSERVACIONES

OTROS ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS: MENARQUIA, CICLOS, GRAVIDEZ, PARIDAD, ABORTOS, EMBARAZOS, ECTOPICOS, CIRUGIA Y OTROS

4- HISTORIA MESTRUAL

CICLO REGULAR		FECHA ULTIMA MENSTRUACION			TRASTORNOS MENSTRUALES
	SI ☐				SI ☐ NO ☐
	NO ☐	DIA	MES	AÑO	TIPO: _____

5- HISTORIA ANTICONCEPCIONAL

HA USADO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE ESTA CONSULTA SI ☐ NO ☐

METODO UTILIZADO	TIEMPO DE UTILIZACION		PRESCRITO EN:				PROBLEMAS
	DE:	A:	MINSALUD	PROFAMILIA	OTRO	NINGUNO	

C-EXAMEN FISICO

		SI	NO		SI	NO
1- PESO _____	3- MAMAS NORMALES	◯	◯	7- UTERO Y ANEXOS NORMALES	◯	◯
	4- SIGNOS DE EMBARAZO	◯	◯	8- MIEMBROS INFERIORES EDEMA	◯	◯
2- TENSION ARTERIAL _____	5- No. DE SEMANAS ◯◯			VARICES	◯	◯
	6- CERVIX NORMAL	◯	◯	9- OTROS HALLAZGOS (Cuáles) _____		

Observaciones: _____

C-EXAMENES PRACTICADOS

	SI	NO			SI	NO
PRUEBA DE EMBARAZO	◯	◯	RESULTADO _____	FROTIS DE FLUJO	◯	◯
CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL	◯	◯	RESULTADO _____	OTROS _____		

E-RIESGO REPRODUCTIVO

ALTO ◯ MEDIO ◯ BAJO ◯

F- METODO ADOPTADO

PILDORA ◯	D.I.U ◯	INYECTABLE ◯	ESTERILIZAC ◯	OTROS ◯	FECHA	ATENDIDO POR
_____ (Cuál)	_____ (Cuál)	_____ (Cuál)	_____ (Cuál)	_____ (Cuál)	DIA MES ANO	MEDICO ◯ ENFERMERA ◯ AUXILIAR ◯

G. CONSULTAS - CONTROLES ENFERMERIA

DIA MES AÑO							
PESO (Kg.)							
TENSION ARTERIAL							
METOD. UTILIZADO DESDE LA ULT.ATENC.							
SATISFACCION CON EL METODO							
TRANSTORNOS MENSTRUALES							
CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO							
CEFALEAS							
MAREOS							
MANCHAS EN LA PIEL							
MOLESTIAS EN MAMAS							
EDEMA							
VARICES							
EXPULSION DISPOSITIVO							
DOLOR BAJO VIENTRE							
FLUJO VAGINAL							
SINTOMAS URINARIOS							
CITOLOGIA — RESULTADO							
CITOLOGIA — FECHA							
RIESGO REPRODUCTIVO							
CAMBIO METODO — CUAL							
CAMBIO METODO — FECHA							
REMISION A							
FECHA PROXIMA CITA							
ATENDIDO POR							