

HISTORIA CLÍNICA No.

ASEGURADORA CÓDIGO

1er. APELLIDO

2do. APELLIDO

NOMBRES

N° IDENTIFICACION TIPO CC CE PA RC TI AS MS UN

TIPO USUARIO EDAD 1 2 3 SEXO M F
 C S V P O A M D

RESIDENCIA HABITUAL DEPARTAMENTO MUNICIPIO ZONA U R

DIRECCIÓN VEREDA

OCCUPACIÓN TELÉFONO

CONSULTA PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

COD. SOAT 39141
 COD. CUPS 89.0.2.01

FECHA DE CONSULTA HORA
 D D M M A A A A H H M M

ADULTO DE 45 AÑOS ADULTO DE 60 AÑOS ADULTO DE 80 AÑOS
 ADULTO DE 50 AÑOS ADULTO DE 65 AÑOS ADULTO DE 85 AÑOS
 ADULTO DE 55 AÑOS ADULTO DE 70 AÑOS ADULTO MAYOR A 85 AÑOS

MOTIVO DE CONSULTA
Y ENFERMEDAD
ACTUAL

* ANTECEDENTES
FAMILIARES

DIABETES SI NO
 DISLIPIMIAS SI NO
 HIPERTENSIÓN SI NO
 CÁNCER DE CUELLO UTERINO SI NO
 ENFERMEDAD CARDIO-CEREBRO VASCULAR SI NO
 CUALES
 CÁNCER DE SENO SI NO
 CÁNCER DE PRÓSTATA SI NO
 CÁNCER DE CÓLON SI NO
 CÁNCER DE ESTOMAGO SI NO
 OTROS

* ANTECEDENTES
PERSONALES

PATOLÓGICOS
 QUIRÚRGICOS
 FARMACOLÓGICOS
Y TÓXICOS
 ALÉRGICOS
 INFECCIOSOS
 TRAUMÁTICOS
 OTROS
 GINECOLÓGICOS M CICLOS FUR
 G P V A C FUP

HISTORIA CLÍNICA No.

ANTECEDENTES PERSONALES	MENOPAUSIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EDAD <input type="text"/>
	ACTIVIDAD SEXUAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	PLANIFICACIÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	QUE MÉTODO <input type="text"/>

ANTECEDENTES PERSONALES	SEXUALES	NÚMERO COMPAÑEROS SEXUALES <input type="text"/>
		CONOCIMIENTO ETS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		USO PREVENTIVO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TOS CON EXPECTORACIÓN MAYOR A 15 DÍAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO si la respuesta es SI diligenciar ficha para TBC		

ANTECEDENTES PERSONALES	GRUPO ETNICO <input type="text"/>	
	CIGARRILLO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NÚMERO AL DÍA <input type="text"/>
	EXPOSICIÓN A LEÑA O CARBÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	CONSUMO ALCOHOL CANTIDAD	<input type="text"/> SOCIAL <input type="text"/> DIARIO <input type="text"/> A VECES <input type="text"/> NUNCA <input type="text"/>
	HABITOS ALIMENTICIOS	<input type="checkbox"/> BUENOS <input type="checkbox"/> MALOS
	ACTIVIDAD FÍSICA CUAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="text"/>
	STRESS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	USO DE MÉTODOS ANTI-STRESS CUALES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="text"/>
	FLUJO VAGINAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SANGRADOS ANORMALES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA RESULTADO	<input type="text"/>
	DOLOR DE SENOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	SECRECIONES POR SENOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	HINCHAZÓN DE SENOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	GANGLIOS AXILARES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
MASAS O BULTOS EN SENOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
FECHA ÚLTIMA MAMOGRAFÍA RESULTADO	<input type="text"/>	
FECHA ÚLTIMO EXAMEN PRÓSTATA TIPO RESULTADO	<input type="text"/>	

EXAMEN FÍSICO	PESO <input type="text"/>	TALLA <input type="text"/>	ÍNDICE MASA CORPORAL <input type="text"/>
	T/A <input type="text"/>	RELACIÓN CINTURA CADERA <input type="text"/>	
	T/A SENTADO <input type="text"/>	FC <input type="text"/>	Temp. <input type="text"/>
	T/A DOS MINUTOS <input type="text"/>	FR <input type="text"/>	
	ASPECTO GENERAL	<input type="text"/>	
	CABEZA	<input type="text"/>	
CUELLO	<input type="text"/>		

HISTORIA CLÍNICA No.

	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30%;">ORL</td><td style="width: 70%;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td></tr> <tr><td>AGUDEZA VISUAL</td><td><input style="width: 95%;" type="text"/></td></tr> <tr><td>C/P</td><td><input style="width: 95%;" type="text"/></td></tr> <tr><td>ABDOMEN</td><td><input style="width: 95%;" type="text"/></td></tr> <tr><td>GENITO URINARIO</td><td><input style="width: 95%;" type="text"/></td></tr> <tr><td>EXTREMIDADES</td><td><input style="width: 95%;" type="text"/></td></tr> <tr><td>EXAMEN MÚSCULO ESQUELÉTICO</td><td><input style="width: 95%;" type="text"/></td></tr> <tr><td>EXAMEN NEUROLÓGICO</td><td><input style="width: 95%;" type="text"/></td></tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>EXAMEN FÍSICO DE SENO</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>RETRACCIONES O DEPRESIONES</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>DOLOR PALPACIÓN</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>RED VENOSA UNILATERAL DILATADA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>RETRACCIONES DE PEZÓN</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>NÓDULOS O MASAS</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>GANGLIOS AXILARES</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>INFLAMACIÓN O EDEMA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>PIEL DE NARANJA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>GANGLIOS SUPRACLAVICULARES</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>EXAMEN FÍSICO DE TESTÍCULOS</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>INFLAMACIÓN UNILATERAL</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>INFLAMACIÓN BILATERAL</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>NÓDULOS O MASA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>VARICOCELE</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>DILATACIÓN VENOSA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>TACTO RECTAL</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>CONSISTENCIA PRÓSTATA</td><td colspan="2">CAUCHOSA NODULAR</td></tr> <tr><td>BORDES</td><td colspan="2">LIBRES FIJOS</td></tr> <tr><td>TAMAÑO</td><td>G1</td><td>G2 G3</td></tr> </table> </td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">PIEL</td> <td style="width: 40%;"> MANCHAS HIPOCRÓMICAS <table style="display: inline-table; border: 1px solid black;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table> PLACAS ERITEMATOSAS <table style="display: inline-table; border: 1px solid black;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table> AREAS HIPOANESTÉSICAS <table style="display: inline-table; border: 1px solid black;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table> </td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">“si la respuesta es afirmativa diligenciar HC para LEPRA</p> <p>ULCERA REDONDEADA CON CENTRO GRANULOMATOSO, INDOLORA <table style="display: inline-table; border: 1px solid black;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table> “si la respuesta es afirmativa diligenciar HC para LEISHMANIOSIS</p>	ORL	<input style="width: 95%;" type="text"/>	AGUDEZA VISUAL	<input style="width: 95%;" type="text"/>	C/P	<input style="width: 95%;" type="text"/>	ABDOMEN	<input style="width: 95%;" type="text"/>	GENITO URINARIO	<input style="width: 95%;" type="text"/>	EXTREMIDADES	<input style="width: 95%;" type="text"/>	EXAMEN MÚSCULO ESQUELÉTICO	<input style="width: 95%;" type="text"/>	EXAMEN NEUROLÓGICO	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>EXAMEN FÍSICO DE SENO</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>RETRACCIONES O DEPRESIONES</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>DOLOR PALPACIÓN</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>RED VENOSA UNILATERAL DILATADA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>RETRACCIONES DE PEZÓN</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>NÓDULOS O MASAS</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>GANGLIOS AXILARES</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>INFLAMACIÓN O EDEMA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>PIEL DE NARANJA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>GANGLIOS SUPRACLAVICULARES</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> </table>	EXAMEN FÍSICO DE SENO	SI	NO	RETRACCIONES O DEPRESIONES	SI	NO	DOLOR PALPACIÓN	SI	NO	RED VENOSA UNILATERAL DILATADA	SI	NO	RETRACCIONES DE PEZÓN	SI	NO	NÓDULOS O MASAS	SI	NO	GANGLIOS AXILARES	SI	NO	INFLAMACIÓN O EDEMA	SI	NO	PIEL DE NARANJA	SI	NO	GANGLIOS SUPRACLAVICULARES	SI	NO	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>EXAMEN FÍSICO DE TESTÍCULOS</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>INFLAMACIÓN UNILATERAL</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>INFLAMACIÓN BILATERAL</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>NÓDULOS O MASA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>VARICOCELE</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>DILATACIÓN VENOSA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>TACTO RECTAL</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>CONSISTENCIA PRÓSTATA</td><td colspan="2">CAUCHOSA NODULAR</td></tr> <tr><td>BORDES</td><td colspan="2">LIBRES FIJOS</td></tr> <tr><td>TAMAÑO</td><td>G1</td><td>G2 G3</td></tr> </table>	EXAMEN FÍSICO DE TESTÍCULOS	SI	NO	INFLAMACIÓN UNILATERAL	SI	NO	INFLAMACIÓN BILATERAL	SI	NO	NÓDULOS O MASA	SI	NO	VARICOCELE	SI	NO	DILATACIÓN VENOSA	SI	NO	TACTO RECTAL	SI	NO	CONSISTENCIA PRÓSTATA	CAUCHOSA NODULAR		BORDES	LIBRES FIJOS		TAMAÑO	G1	G2 G3	PIEL	MANCHAS HIPOCRÓMICAS <table style="display: inline-table; border: 1px solid black;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table> PLACAS ERITEMATOSAS <table style="display: inline-table; border: 1px solid black;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table> AREAS HIPOANESTÉSICAS <table style="display: inline-table; border: 1px solid black;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table>	SI	NO	SI	NO	SI	NO		SI	NO
ORL	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																									
AGUDEZA VISUAL	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																									
C/P	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																									
ABDOMEN	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																									
GENITO URINARIO	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																									
EXTREMIDADES	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																									
EXAMEN MÚSCULO ESQUELÉTICO	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																									
EXAMEN NEUROLÓGICO	<input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>EXAMEN FÍSICO DE SENO</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>RETRACCIONES O DEPRESIONES</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>DOLOR PALPACIÓN</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>RED VENOSA UNILATERAL DILATADA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>RETRACCIONES DE PEZÓN</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>NÓDULOS O MASAS</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>GANGLIOS AXILARES</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>INFLAMACIÓN O EDEMA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>PIEL DE NARANJA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>GANGLIOS SUPRACLAVICULARES</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> </table>	EXAMEN FÍSICO DE SENO	SI	NO	RETRACCIONES O DEPRESIONES	SI	NO	DOLOR PALPACIÓN	SI	NO	RED VENOSA UNILATERAL DILATADA	SI	NO	RETRACCIONES DE PEZÓN	SI	NO	NÓDULOS O MASAS	SI	NO	GANGLIOS AXILARES	SI	NO	INFLAMACIÓN O EDEMA	SI	NO	PIEL DE NARANJA	SI	NO	GANGLIOS SUPRACLAVICULARES	SI	NO	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>EXAMEN FÍSICO DE TESTÍCULOS</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>INFLAMACIÓN UNILATERAL</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>INFLAMACIÓN BILATERAL</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>NÓDULOS O MASA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>VARICOCELE</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>DILATACIÓN VENOSA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>TACTO RECTAL</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>CONSISTENCIA PRÓSTATA</td><td colspan="2">CAUCHOSA NODULAR</td></tr> <tr><td>BORDES</td><td colspan="2">LIBRES FIJOS</td></tr> <tr><td>TAMAÑO</td><td>G1</td><td>G2 G3</td></tr> </table>	EXAMEN FÍSICO DE TESTÍCULOS	SI	NO	INFLAMACIÓN UNILATERAL	SI	NO	INFLAMACIÓN BILATERAL	SI	NO	NÓDULOS O MASA	SI	NO	VARICOCELE	SI	NO	DILATACIÓN VENOSA	SI	NO	TACTO RECTAL	SI	NO	CONSISTENCIA PRÓSTATA	CAUCHOSA NODULAR		BORDES	LIBRES FIJOS		TAMAÑO	G1	G2 G3																													
EXAMEN FÍSICO DE SENO	SI	NO																																																																																								
RETRACCIONES O DEPRESIONES	SI	NO																																																																																								
DOLOR PALPACIÓN	SI	NO																																																																																								
RED VENOSA UNILATERAL DILATADA	SI	NO																																																																																								
RETRACCIONES DE PEZÓN	SI	NO																																																																																								
NÓDULOS O MASAS	SI	NO																																																																																								
GANGLIOS AXILARES	SI	NO																																																																																								
INFLAMACIÓN O EDEMA	SI	NO																																																																																								
PIEL DE NARANJA	SI	NO																																																																																								
GANGLIOS SUPRACLAVICULARES	SI	NO																																																																																								
EXAMEN FÍSICO DE TESTÍCULOS	SI	NO																																																																																								
INFLAMACIÓN UNILATERAL	SI	NO																																																																																								
INFLAMACIÓN BILATERAL	SI	NO																																																																																								
NÓDULOS O MASA	SI	NO																																																																																								
VARICOCELE	SI	NO																																																																																								
DILATACIÓN VENOSA	SI	NO																																																																																								
TACTO RECTAL	SI	NO																																																																																								
CONSISTENCIA PRÓSTATA	CAUCHOSA NODULAR																																																																																									
BORDES	LIBRES FIJOS																																																																																									
TAMAÑO	G1	G2 G3																																																																																								
PIEL	MANCHAS HIPOCRÓMICAS <table style="display: inline-table; border: 1px solid black;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table> PLACAS ERITEMATOSAS <table style="display: inline-table; border: 1px solid black;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table> AREAS HIPOANESTÉSICAS <table style="display: inline-table; border: 1px solid black;"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table>	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																																			
SI	NO																																																																																									
SI	NO																																																																																									
SI	NO																																																																																									
SI	NO																																																																																									
* LABORATORIOS A SOLICITAR	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">GLICEMIA BASAL</td> <td style="width: 20%;">COD SOAT</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">19490</td> <td style="width: 40%;">RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>COD CUPS</td> <td style="text-align: center;">90.3.8.41</td> <td></td> </tr> <tr> <td>COLESTEROL HDL</td> <td>COD SOAT</td> <td style="text-align: center;">19237</td> <td>RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>COD CUPS</td> <td style="text-align: center;">90.3.8.15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>COLESTEROL LDL</td> <td>COD SOAT</td> <td style="text-align: center;">19237</td> <td>RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>COD CUPS</td> <td style="text-align: center;">90.3.8.15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>COLESTEROL TOTAL</td> <td>COD SOAT</td> <td style="text-align: center;">19242</td> <td>RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>COD CUPS</td> <td style="text-align: center;">90.3.8.18</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRIGLICERIDOS</td> <td>COD SOAT</td> <td style="text-align: center;">19940</td> <td>RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>COD CUPS</td> <td style="text-align: center;">90.3.8.73</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CREATININA</td> <td>COD SOAT</td> <td style="text-align: center;">19280</td> <td>RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>COD CUPS</td> <td style="text-align: center;">90.3.8.25</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UROANALISIS</td> <td>COD SOAT</td> <td style="text-align: center;">19775</td> <td>RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>COD CUPS</td> <td style="text-align: center;">90.7.1.05</td> <td></td> </tr> </table>	GLICEMIA BASAL	COD SOAT	19490	RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/>		COD CUPS	90.3.8.41		COLESTEROL HDL	COD SOAT	19237	RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/>		COD CUPS	90.3.8.15		COLESTEROL LDL	COD SOAT	19237	RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/>		COD CUPS	90.3.8.15		COLESTEROL TOTAL	COD SOAT	19242	RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/>		COD CUPS	90.3.8.18		TRIGLICERIDOS	COD SOAT	19940	RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/>		COD CUPS	90.3.8.73		CREATININA	COD SOAT	19280	RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/>		COD CUPS	90.3.8.25		UROANALISIS	COD SOAT	19775	RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/>		COD CUPS	90.7.1.05																																		
GLICEMIA BASAL	COD SOAT	19490	RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																							
	COD CUPS	90.3.8.41																																																																																								
COLESTEROL HDL	COD SOAT	19237	RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																							
	COD CUPS	90.3.8.15																																																																																								
COLESTEROL LDL	COD SOAT	19237	RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																							
	COD CUPS	90.3.8.15																																																																																								
COLESTEROL TOTAL	COD SOAT	19242	RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																							
	COD CUPS	90.3.8.18																																																																																								
TRIGLICERIDOS	COD SOAT	19940	RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																							
	COD CUPS	90.3.8.73																																																																																								
CREATININA	COD SOAT	19280	RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																							
	COD CUPS	90.3.8.25																																																																																								
UROANALISIS	COD SOAT	19775	RESULTADO <input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																							
	COD CUPS	90.7.1.05																																																																																								
RESULTADO	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">DIAGNOSTICO <input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td style="width: 40%;">CÓDIGO CIE <input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td>CÓDIGO CIE <input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td>CÓDIGO CIE <input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </table>	DIAGNOSTICO <input style="width: 95%;" type="text"/>	CÓDIGO CIE <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	CÓDIGO CIE <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	CÓDIGO CIE <input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																			
DIAGNOSTICO <input style="width: 95%;" type="text"/>	CÓDIGO CIE <input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																									
<input style="width: 95%;" type="text"/>	CÓDIGO CIE <input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																									
<input style="width: 95%;" type="text"/>	CÓDIGO CIE <input style="width: 95%;" type="text"/>																																																																																									

HISTORIA CLÍNICA No.

PLAN	<p>MAYOR DE 45 AÑOS, NO ANTECEDENTES, NO SÍNTOMAS, EXAMEN FÍSICO NORMAL <input type="checkbox"/></p> <p>ESTILOS DE VIDA SALUDABLES <table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table></p> <p>CONTROL 5 AÑOS <table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table></p> <p>CITLOGÍA CERVICO-UTERINA <table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table></p> <p>MAMOGRAFÍA MAYOR DE 50 AÑOS <table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table></p>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	SI	NO							
	SI	NO							
SI	NO								
SI	NO								
<p>MAYOR DE 45 AÑOS, CON ANTECEDENTES, NO SÍNTOMAS, EXAMEN FÍSICO NORMAL <input type="checkbox"/></p> <p>ESTILOS DE VIDA SALUDABLES <table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table></p> <p>PLAN DE INTERVENCIÓN FACTOR DE RIESGO <table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table></p> <p>FACTOR DE RIESGO <input type="text"/></p> <p>MANEJO <input type="text"/></p>	SI	NO	SI	NO					
SI	NO								
SI	NO								
<p>MAYOR DE 45 AÑOS, CON O SIN ANTECEDENTES, CON SINTOMAS, CON CUADRO PATOLÓGICO O RESULTADOS ANORMALES <input type="checkbox"/></p> <p>MANEJO <input type="text"/></p> <p>TRATAMIENTO <input type="text"/></p>									

REMITIDO

SI	NO
----	----

CAUSA REMISIÓN COD. CIE

SERVICIO IPS

ESPECIALIDAD

NOMBRE _____

FIRMA Y REGISTRO _____