



| | | | | | |
|---|---|--|---------------------------------|--------------------------|--|
|  <p>Departamento del Meta Solución Salud Empresa Social del Estado NIT. 822005595-1</p> | <p>E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"</p> | <p>VERSIÓN 1</p> | <p>CÓDIGO FR - PYP - 21</p> | <p>PÁGINA 1 DE 4</p> |  <p>GOBERNACIÓN DEL META</p> |
| | <p>HISTORIA CLINICA DE RIESGO CARDIOVASCULAR</p> | <p>FECHA VIGENCIA 2014 - 01 - 01</p> | <p>DOCUMENTO CONTROLADO</p> | | |

I. INGRESO (Llenar en la primera consulta)

1. IDENTIFICACIÓN

| | | | | | |
|-----------------|---------|-----|------------------|------------|---------------|
| Fecha | Día | Mes | Año | Hora | Teléfono |
| Nombres | | | | | |
| Primer Apellido | | | Segundo Apellido | | |
| Edad: | Género: | F | M | Ocupación: | No. Documento |

2. Motivo de Consulta

| |
|-------|
| MC/EA |
|-------|

3. Revisión por sistemas: Marque sí (S) o no (N)

| RXS | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N |
|--------------------|---|---|---------------|---|-----------------|---|------------|---|----------------|---|
| CEFALEA | | | SUDORACION | | DISNEA PX. NOC. | | POLIDIPSIA | | EDEMAS | |
| LIPOTIMIA | | | EPISTAXIS | | DISNEA PE | | POLIFAGIA | | CLAUDICACIÓN | |
| VERTIGO | | | PALPITACIONES | | DISNEA ME | | POLIURIA | | LESIÓN EN PIES | |
| TINITUS | | | PRECORDIALGIA | | DISNEA GE | | HEMATURIA | | DOLOR | |
| SINT. VISUALES | | | ORTOPNEA | | | | DISURIA | | NEURITICO | |
| Comentarios | | | | | | | | | | |

4. Antecedentes personales: Marque sí (S) o no (N)



| AP | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N |
|--------------------|---|---|------------------|---|-------------|---|-------------------|---|-----------------|----|
| HTA | | | HTA X EMBARAZO | | RETINOPATIA | | FUMA < 10 | | ANTICOAGULACION | |
| ECV - ICT | | | DM 1 / DM 2 | | EPOC | | FUMA de 10 a 20 | | ANTICONCEPTIVOS | |
| IAM | | | DM GESTACIONAL | | TB | | FUMA mas de 20 | | MENOPAUSIA | |
| ANGINA | | | DISLIPIDEMIA | | ASMA | | CONSUMO LICOR | | | |
| ICC | | | E ARTERIAL PERIF | | CANCER | | LICOR DIARIO | | F.U.M. | |
| SOPLO CARD | | | IRC | | ALERGICOS | | LICOR c/8-15 días | | G: | P: |
| Comentarios | | | | | | | | | | |

5. Antecedentes familiares: Marque sí (S) o no (N)

| AF | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N |
|--------------------|---|---|-------------|---|----------------|---|-----------------|---|----------------|---|
| HTA | | | DM 1 / DM 2 | | DISLIPIDEMIA | | IAM | | HIPOTIROIDISMO | |
| ENF. VASCULAR | | | OBESIDAD | | ENF. CORONARIA | | HIPERTIROIDISMO | | NEFROPATIA | |
| Comentarios | | | | | | | | | | |

6. Examen Físico: Marque sí (S) o no (N)

| PESO (Kg) | TALLA (cm) | F.C. | F.R. | T ^a | | | | | | | |
|-----------------|------------|------------|-------------------------|----------------|---|----------|---|---|--------------|---|---------|
| I.M.C. (Kg./m2) | Pupilas | PA Sentado | Perimetro de la cintura | | | | | | | | |
| Cuello: | S | N | Cardiopulmonar | S | N | Abdomen | S | N | Extremidades | S | N |
| I. YULUGAR | | | PMI | | | MASAS | | | PULSO | | ULCERAS |
| SOPLOCAROTIDEO | | | Rs Cs Rs | | | SOPLOS | | | P-PEDIO | | AMPUT. |
| MASAS | | | SOPLOS | | | MEGALIAS | | | SENSIBILIDAD | | EDEMAS |
| NÓDULO TOROIDEO | | | DEFICT-PULSO | | | DOLOR | | | | | |
| Fondo de ojo | S | N | | S | N | | S | N | | S | N |
| SE REALIZO | | | CRUECES A/V | | | EXUDADO | | | PAPIEDEMA | | HEMORR. |

| | | | | | |
|---|---|--|---------------------------------|--------------------------|--|
|  <p>Departamento del Meta Solución Salud Empresa Social del Estado NIT. 822006595-1</p> | <p>E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"</p> | <p>VERSIÓN 1</p> | <p>CÓDIGO FR - PYP - 21</p> | <p>PÁGINA 2 DE 4</p> |  <p>GOBERNACIÓN DEL META</p> |
| | <p>HISTORIA CLINICA DE RIESGO CARDIOVASCULAR</p> | <p>FECHA VIGENCIA 2014 - 01 - 01</p> | <p>DOCUMENTO CONTROLADO</p> | | |

7. Diagnóstico inicial del estado nutricional, hábitos alimentarios y actividad física: Marque sí (S) o no (N)

| | S | N | | S | N | | S | N |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IMC > a 25 (sobrepeso u obesidad) | | | PERIMETRO CINTURA Hombres: > 90cm Mujeres: > 80 cm | | | | | |
| PREDOMINIO INGESTA DE GRASA SATURADA (carne gordas, manteca de cerdo, mantequilla, entre otros) | | | UTILIZA EL SALERO DE MESA ANTES DE CONSUMIR LOS ALIMENTOS | | | ACTIVIDAD FISICA: lleva a cabo ejercicio (marcha rápida, trotar, nadar, bailar, montar bicicleta) | | |
| CONSUME VERDURAS Y FRUTAS DIARIAMENTE | | | INTERCONSULTA A NUTRICIONISTA* (para realizar valoración nutricional completa, llevar a cabo anamnesis alimentaria, establecer requerimiento de calorías y nutrientes, elaborar el plan nutricional respectivo y brindar educación alimentaria). | | | Intensidad / semana ¿Cuántos días a la semana y cuánto tiempo por sesión? | | |

* Lo recomendable es que todos los sujetos sean remitidos a nutricionista para establecer el plan de cuidado nutricional y realizar las actividades de prevención.

8. Paraclínicos que presenta: Marque la fecha en que se realizaron

| | | | |
|------------------------|------------------|----------|-----------------|
| GLICEMIA | TRIGLICERIDOS | HDL | |
| Hb A1c | COLESTEROL TOTAL | LDL | MICROALBUMINURA |
| P. de O. (Proteinuria) | DEP. CREATININA | Ac URICO | Hb / Hto |
| EKG | RITMO | FC | EJE |
| | | PR | QRS |
| | | ST | OTROS |
| RX DE TORAX | | | |
| OTROS | | | |

9. Diagnósticos: Marque sí (S) o no (N)



| | S | N | | S | N | | S | N |
|--------------------------------|---|---|--------------------------|---|---|-------------------------------|---|---|
| PRESION ARTERIAL ALTA | | | DM 1 | | | HTA 2RIA | | |
| HTA PRIMARIA | | | DM 2 | | | ALTERACION GLUCEMIA DEL AYUNO | | |
| Falla cardiaca | | | Nefropatía | | | | | |
| Enfermedad coronaria | | | Enfermedad renal crónica | | | | | |
| Cardiomiopatía | | | Hipotiroidismo | | | | | |
| Enfermedad arterial periférica | | | EPOC | | | | | |
| Otros: | | | | | | | | |

10. Compromisos del paciente: marque con una x

| | | | |
|-----------------|----------------------|-------------------|---------------------|
| HACER EJERCICIO | REDUCCION DE PESO | NO FUMAR | NO LICOR |
| NO AZÚCARES | DISMINUCION DE GRASA | USAR EDULCORANTES | DIETA BAJA EN GRASA |

11. Paraclínicos ordenados: Marque sí (S) o no (N)

| | | | | |
|-----------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HB - HTO | COLESTEROL | PARCIAL DE ORINA | GLUCEMIA | CREATININA |
| HEMOGRAMA | Colesterol - HDL | | MICROALBUMINURIA | DEPUR CREATININA |
| | TRIGLICERIDOS | PROTEINURIA | Hb A1c | BUN |
| | ACIDO URICO | POTASIO | | OTROS: |
| EKG | RAYOS X | SODIO | | |

| | | | | | |
|---|---|--|---------------------------------|--------------------------|--|
|  <p>Departamento del Meta Solución Salud Empresa Social del Estado NIT. 822005595-1</p> | <p>E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"</p> | <p>VERSIÓN 1</p> | <p>CÓDIGO FR - PYP - 21</p> | <p>PÁGINA 3 DE 4</p> |  <p>GOBERNACIÓN DEL META</p> |
| | <p>HISTORIA CLINICA DE RIESGO CARDIOVASCULAR</p> | <p>FECHA VIGENCIA 2014 - 01 - 01</p> | <p>DOCUMENTO CONTROLADO</p> | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombres | No. Documento | | | | | | | | | | |
|---------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

1. Factores de riesgo (F de R): Marque con una x sobre el círculo

| | | | |
|--|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Edad | () años | Tabaquismo | <input type="radio"/> Sí |
| Mujeres > 65 años | <input type="radio"/> Sí | Número de paquetes/año () | <input type="radio"/> Sí |
| Hombres > 55 años | | Dislipidemia (cualquiera) | |
| Historia familiar de enfermedad cardiaca prematura (primer grado) | <input type="radio"/> Sí | Colesterol total > 250 mg/dL | |
| Mujeres > 65 años | | Colesterol LDL > 155 | |
| Hombres > 55 años | | Colesterol HDL | |
| Perímetro abdominal | | Mujeres < 48 mg/dL | |
| Mujeres 82 cm | () años | Hombres < 40 mg/dL | |
| Hombres 102 cm | <input type="radio"/> Sí | HTA ya diagnosticada | <input type="radio"/> Sí |
| | | Fecha | |

Total de factores de riesgo (F de R) 1 2 3 4 5 6

2. Lesión del órgano blanco (LOB): Marque con una x sobre el círculo

| | | | |
|--|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Enfermedad cerebro-vascular | Fecha (dd/mm/aa) | Enfermedad renal | Fecha (dd/mm/aa) |
| ICT | <input type="checkbox"/> Sí | Nefropatía diabética | <input type="radio"/> Sí |
| ACV isquémico | <input type="checkbox"/> Sí | Proteinuria (>300mg/24h) | <input type="radio"/> Sí |
| ACV hemorrágico | <input type="checkbox"/> Sí | | |
| Enfermedad coronaria | | Enfermedad renal | Creatinina () mg/dL |
| Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Sí | Mujeres > 1,4 mg/dL | <input type="radio"/> Sí |
| IAM (ST/No ST) | <input type="checkbox"/> Sí | Hombres > 1,5 mg/dL | |
| revascularización | <input type="checkbox"/> Sí | | |
| falla cardiaca | <input type="checkbox"/> Sí | | |
| Retinopatía avanzada | | Enfermedad arterial | <input type="radio"/> Sí |
| <input type="radio"/> Hemorragias / exudados | | Periférica | |
| <input type="radio"/> Papiledema | | | |

Lesión de órgano blanco (LOB): SI ____ NO ____

3. Condiciones clínicas asociadas (CCA): Marque con una x sobre el círculo

| | |
|--|----------------------------|
| Hipertrofia Ventricular izquierda | Disfunción renal |
| EKG: | <input type="radio"/> Sí |
| Sokolow > 38 mm | Creatinina |
| | Mujeres: > 1,2 a 1,4 mg/dL |
| | Hombres: 1,3 a 1,5 mg/dL |
| Ecografía: | <input type="radio"/> Sí |
| Índice masa ventricular | Microalbuminaria: |
| Mujeres > 125 g/m ² | Proteínas en orina 24h |
| Hombres > 110 g/m ² | 30 a 300 mg/dL |
| Aterosclerosis | Relación |
| Ecografía de carótida: | Albúmina / Creatinina |
| Grosor de la íntima + media | Mujeres: 31 mg/g |
| > 0,9 mm | Hombres: 22 mg/g |

Condiciones clínicas asociadas (CCA): SI ____ NO ____

4. Diabetes mellitus (Dm2): Marque con una x sobre el círculo

| | | | |
|---|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Diabetes mellitus ya diagnosticada | <input type="radio"/> Sí | Glucemia ayunas > 126 mg/dL | <input type="radio"/> Sí |
| Glicemia en ayunas | | (Dm2 de novo) | |
| () mg/dL | | Glucemia posprandial > 200 mg/dL | <input type="radio"/> Sí |
| Fecha | | (Dm2 de novo) | |

Diabetes mellitus (DM2): SI ____ NO ____

5. Presión arterial

| | | |
|---------------------|---------------------|-----------------|
| Primera toma | Segunda toma | PROMEDIO |
| PAS/PAD | PAS/PAD | PAS/PAD |

Escriba el nombre del medicamento prescrito (en genérico), la dosis en mg y la frecuencia diaria.
Si hay un reporte de efecto adverso, o si se suspende alguna de las medicaciones utilice la casilla de comentarios para describirlo.

| CONTROL | | MEDICACION | DOSIS (mg) | FRECUENCIA/DIA | COMENTARIOS |
|---------|----|------------|------------|----------------|-------------|
| 1 | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |
| | 5 | | | | |
| | 6 | | | | |
| | 7 | | | | |
| | 8 | | | | |
| | 9 | | | | |
| | 10 | | | | |
| 2 | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |
| | 5 | | | | |
| | 6 | | | | |
| | 7 | | | | |
| | 8 | | | | |
| | 9 | | | | |
| | 10 | | | | |
| 3 | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |
| | 5 | | | | |
| | 6 | | | | |
| | 7 | | | | |
| | 8 | | | | |
| | 9 | | | | |
| | 10 | | | | |
| 4 | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |
| | 5 | | | | |
| | 6 | | | | |
| | 7 | | | | |
| | 8 | | | | |
| | 9 | | | | |
| | 10 | | | | |
| 5 | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |
| | 5 | | | | |
| | 6 | | | | |
| | 7 | | | | |
| | 8 | | | | |
| | 9 | | | | |
| | 10 | | | | |
| 6 | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |
| | 5 | | | | |
| | 6 | | | | |
| | 7 | | | | |
| | 8 | | | | |
| | 9 | | | | |
| | 10 | | | | |