



HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

PLAN DE ATENCION INTEGRAL

N°	ACTIVIDADES	DESCRIPCION	20 ____	20 ____	20 ____	OBSERVACIONES	
			FECHA	FECHA	FECHA		
ELEMENTALES	1	EVALUACION	CRECIMIENTO FÍSICO				
			ESTADO NUTRICIONAL				
	2	EVALUACION	AGUDEZA VISUAL				
			AGUDEZA AUDITIVA				
			FISICO POSTURAL				
	3	EVALUACION	DESARROLLO PSICOSOCIAL				
			HABILIDADES SOCIALES				
			DEPRESION				
			CONSUMO DE ALCOHOL				
	4	EVALUACION DE DESARROLLO SEXUAL (TANNER)					
	5	TAMIZAJE DE VIOLENCIA					
6	ATENCION ODONTOLOGICA						
7	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA						
8	ORIENTACION INTEGRAL	CONSEJERIA SALUD MENTAL					
		CONSEJERIA NUTRICIONAL					
		CONSEJERIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					
9	CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN DE ITS Y REFERENCIA SI CORRESP.						
10	IDENTIFICACION Y AFILIACIÓN DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PSICOSOCIAL						
11	DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES						
COMPLEMENTARIAS	12	INMUNIZACIONES					
	13	EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIO	COLESTEROL TOTAL				
			GLUCOSA				
			HEMOGLOBINA				
	14	ATENCION Y SEGUIMIENTO DE LA MORBILIDAD					
	15	VISITA FAMILIAR INTEGRAL					
16	TALLERES Y TEMAS EDUCATIVOS						

Visita de Seguimiento

Interconsulta y Referencia

CRITERIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ATENCION
INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

ADOLESCENTE HOMBRE: Todas las actividades elementales

ADOLESCENTE MUJER: Todas la actividades elementales

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

N° HCL



HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

FECHA

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AÑO	20....	20....	20....
EDAD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VALORACIÓN DE 1RA CONSULTA

ANTECEDENTES

PERSONALES

AÑO	20.....	20.....	20.....
Fecha: día y Mes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SI	NO	NS
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSF. SANGUINEAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HOSPITALIZACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTERVEN. QUIRURGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCIDENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO DE TABACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO DE ALCOHOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO DE DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USO DE MEDICINAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTERAC VISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALT. AUDICION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALT. POSTURAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRAST. NUTRICION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPRESION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANSIEDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIOLENCIA FAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TAMIZAJE RPR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TAMIZAJE VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOBA/ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VACUNAS COMPLETAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FAMILIARES

AÑO	20.....	20.....	20.....
Fecha: día y Mes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SI	NO	NS
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBESIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIPERLIPIDEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRAST. PSICOLOGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSUMO TABAC, ALCOH Y DROG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PADRE/MADRE ADOLESC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUICIDIO/INTENTO SUICIDIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPRESION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FAMILIA

VIVES CON	Año	20.....	20.....	20.....
Fecha: día / Mes / Año		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		SI	NO	SI
PADRE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MADRE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERMANO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABUELO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INDEPEND		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAREJA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONA A CARGO	1°	2°	3°
MARQUE CON X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G.I DE PERSONA A CARGO	1°	2°	3°
MARQUE CON X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIN INSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUPERIOR TEC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUPERIOR UNIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OCCUPACION DE LA PERSONA A CARGO	20.....	<input type="text"/>
	20.....	<input type="text"/>
	20.....	<input type="text"/>

Legenda: NN = No Necesita
NS= No sabe

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA			
AÑO	20.....	20.....	20.....
Fecha: día y Mes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SI	NO	NN
RELACIONES SEXUALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USO DE MAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOMA DE PAP (ult 3 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VACUNAS	DOSIS/FECHA			
	1°	2°	3°	
	Difteria y tetanos (DT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sarampión Rubeola (SR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hepatitis B (HvB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antiamarilica (AMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

LABORALES	Año	20....	20....	20....
Fecha: día y Mes		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		SI	NO	SI
¿TRABAJAS?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ES REMUNERADO?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A TIEMPO COMPLETO?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AÑO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿EN QUE TRABAJAS?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿EN QUE GASTAS TU DINERO?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

SERVICIOS BASICOS DE VIVIENDA		
AGUA:	DESAGUE	ELECTRICIDAD
CON CONEXIÓN <input type="checkbox"/>	CON CONEXIÓN <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
SIN CONEXIÓN <input type="checkbox"/>	SIN CONEXIÓN <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
COMPRA <input type="checkbox"/>		
DATOS DE VIVIENDA		
PROPIA <input type="checkbox"/>		
ALQUILADO <input type="checkbox"/>		
FAMILIAR <input type="checkbox"/>		

DIAGNOSTICO DE RIESGO	20.....	20.....	20.....
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL				EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA AUDITIVA				EVALUACIÓN FISICO POSTURAL			
AÑO	20.....	20.....	20....	AÑO	20.....	20.....	20....	AÑO	20.....	20.....	20....
AGUDEZA VISUAL (OD)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AGUDEZA VISUAL (OD)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AGUDEZA VISUAL (OD)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AGUDEZA VISUAL (OI)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AGUDEZA VISUAL (OI)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AGUDEZA VISUAL (OI)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FIRMA DE RESPONSABLE DE LA ATENCION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIRMA DE RESPONSABLE DE LA ATENCION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIRMA DE RESPONSABLE DE LA ATENCION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

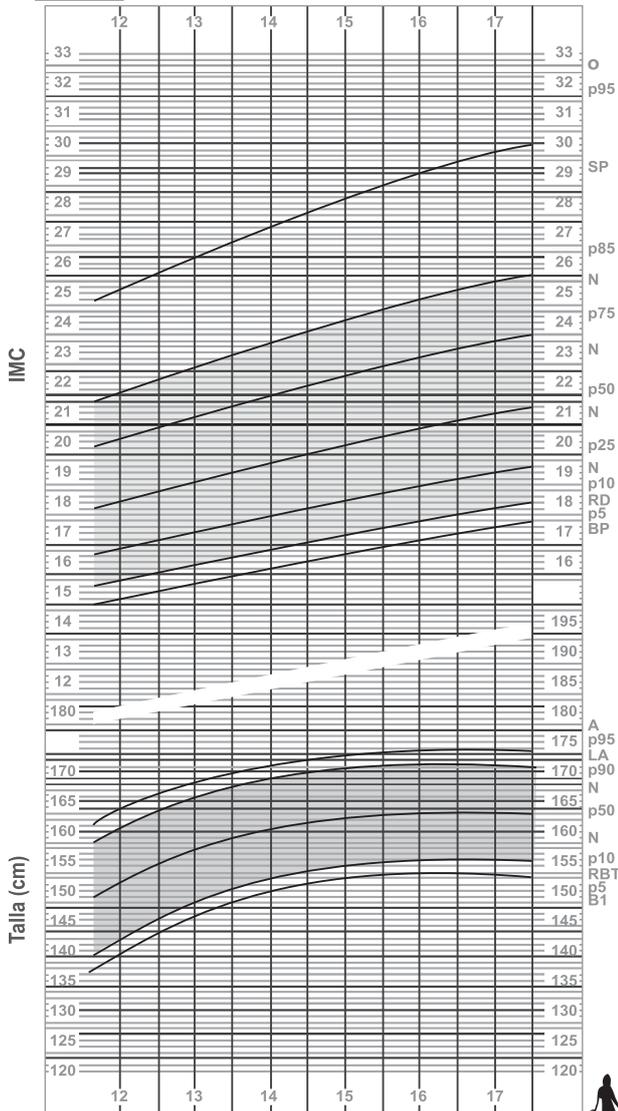
APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE: Nº HCL



HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)
CRECIMIENTO Y DESARROLLO 1 - EVALUACION NUTRICIONAL

MUJER

Edad (años)



VARON

Edad (años)

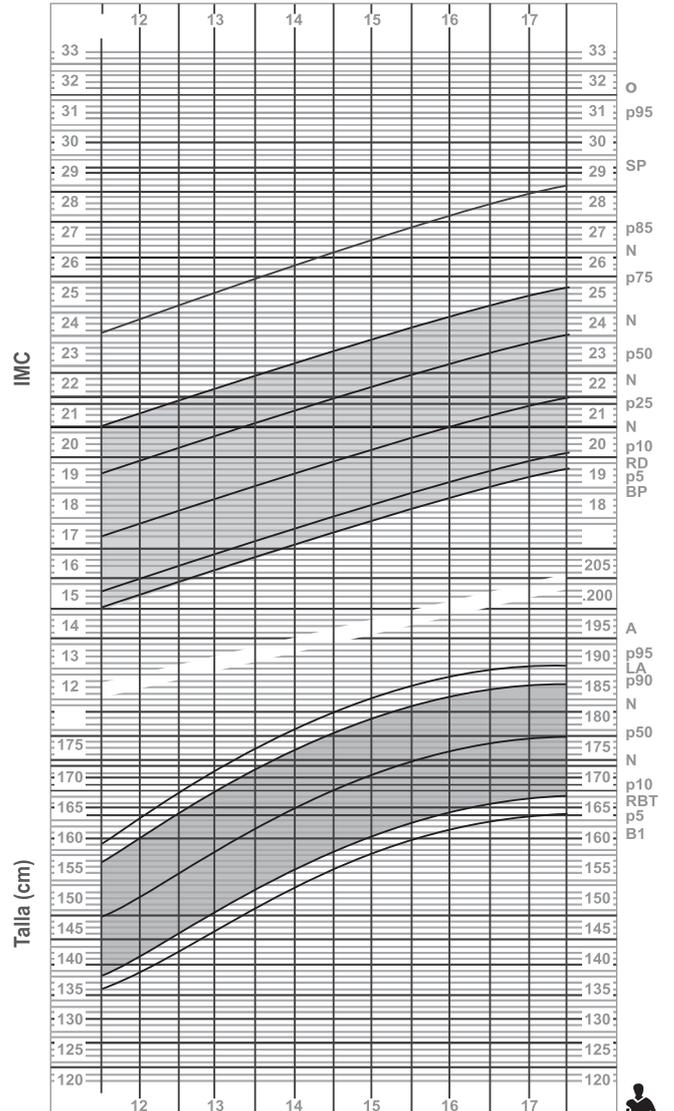


Table with 3 columns: PUNTO DE CORTE, CLASIF., COD. for BMI by age.

Table with 3 columns: PUNTO DE CORTE, CLASIF., COD. for height by age.

HABITOS ALIMENTICIOS (MARCAR SI O NO)

N° comidas al día : DESAYUNO [] ALMUERZO [] CENA [] REFRIGERIO []

Table for food habits with columns for food types and frequency (20...).

Table for eating disorders (T.A) with columns for frequency (20...).

Escribir : D (diario), I (Interdiario 3-4 v/semana), S (semanal)
M (Mensual), N (Nunca o esporádicamente)

Table for nutritional diagnosis with columns for year, weight, height, BMI, T/E, T.A, and orientation (SI/NO).

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

Form fields for 1st, 2nd, and 3rd year professional names and signatures.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

N° HCL



HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 a 17 años)

CRECIMIENTO Y DESARROLLO 2- VALORACION SALUD PSICOSOCIAL

APRENDIZAJE Y ESCOLARIDAD

Table for 'APRENDIZAJE Y ESCOLARIDAD' with columns for 'INDAGAR EN EL/LA ADOLESCENTE', years (20__), and 'FECHA DE EVAL'.

PANDILLAJE

Table for 'PANDILLAJE' with columns for 'INDAGAR EN EL/LA ADOLESCENTE', years (20__), and 'FECHA DE EVAL'.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Table for 'FUNCIONALIDAD FAMILIAR' with columns for 'HACER LAS PREGUNTAS...', years (20__), and 'FECHA DE EVAL'.

TAMIZAJE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS - ALCOHOL Y DROGAS (U 140 - I Lab = AD)

Table for 'TAMIZAJE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS...' with columns for 'INDAGAR EN EL/LA ADOLESCENTE', years (20__), and 'FECHA DE EVAL'.

TAMIZAJE DE TRASTORNO DEPRESIVO (U 140 - Lab = TD)

Table for 'TAMIZAJE DE TRASTORNO DEPRESIVO' with columns for 'INDAGAR EN EL/LA ADOLESCENTE', 'INDAGAR EN EL/LA ADOLESCENTES (CONTINUACIÓN)', and 'FECHA DE EVAL'.

Table for 'VALORACION FINAL' with columns for 'RIESGO', 'Consejería SM', and 'Interconsulta a Psicología'.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL(Año 20__)

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE: N° H.CL.:



HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)
CRECIMIENTO Y DESARROLLO 3 - VALORACION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ANTECEDENTES FISICOS Y FISIOLÓGICOS

EDAD MENARQUIA, TELARQUIA, EDAD ESPERMAQUIA, ANO, FECHA/DIA/MES, REGIMEN CATAMENIAL, FUM

EVALUACION DESARROLLO SEXUAL - TANNER

MAMAS, VELLO PUBIANO, GENITALES

COMPORTAMIENTO SEXUAL

¿TIENES ENAMORADO/A?, ¿HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES?, EDAD INICIO DE RELAC. SEXUALES, ¿CON QUIEN LA 1º VEZ?, ¿CUANTAS PAREJAS SEXUALES HAS TENIDO?, TUS PAREJAS SEXUALES HAN SIDO DEL SEXO OPUESTO, TUS RELAC. SEXUALES HAN SIDO POR: VOLUNTAD PROPIA

QUE TIPO DE RELACION SEXUAL HAS TENIDO

VAGINAL, ORAL, ANAL

ITS/VIH/SIDA

¿SABES LO QUE ES UNA ITS?, ¿HAS TENIDO RELAC. SEX. SIN CONDÓN?, ¿HAS PRESENTADO ALGUNA VEZ? SECRECION GENITAL, LESION GENITAL, ¿RECIBISTE TRATAMIENTO?, ¿DONDE?, ¿CUMPLISTE CON EL TRATAMIENTO?, ¿TE HICIERON TAMIZAJE RPR?, ¿TE HICIERON EL TAMIZAJE VIH?

EXAMEN DE MAMAS

¿SABES REALIZARTE EX. DE MAMAS?, ¿TE HAS REALIZADO ALGUNA VEZ?

PAPANICOLAU

¿SABES QUE ES?, ¿TE HICISTE ALGUNA VEZ?

PLANIFICACION FAMILIAR

¿ACTUALMENTE USAS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR?, ¿CUAL?:

CONOCES ACERCA DE:

CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCT., IDENTIDAD DE GENERO

¿TIENES PREOCUPACIONES RESPECTO DE?:

LA IMPOTENCIA, LA MASTURBACION, EL EMBARAZO PRECOZ, TU IDENTIDAD SEXUAL, LAS ITS / VIH / SIDA, ¿CREES QUE LAS TAREAS DEL HOGAR DEBEN SER COMPARTIDAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES?

MATERNIDAD (Sólo para mujeres)

¿HAS ESTADO EMBARAZADA?, FECHA DE PARTO, FECHA DE ABORTO

PATERNIDAD (sólo para varones)

¿HAS EMBARAZADO ALGUNA VEZ?, ¿COMO TERMINO EL EMBARAZO DE TU PAREJA? a) ABORTO, b) NACIMIENTO VIVO, c) NACIMIENTO MUERTO

DIAGNOSTICO DE RIESGO

20....., INTERC:

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

Nº HCL



HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

TAMIZAJE DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Año 20.....	1	¿Te has sentido alguna vez maltratado(a) psicológicamente por algún miembro de tu familia o ajena a ella?	SI	NO	¿Por quién?	
					¿Desde cuando?	¿Cuándo fue la Última vez?
	2	¿Has sido agredido(a) físicamente por un miembro de tu familia o ajena a ella?	SI	NO	¿Por quién?	
					¿Desde cuando?	¿Cuándo fue la Última vez?
	3	¿Te has sentido o has sido forzado(a) alguna vez por un familiar u otro a tener relaciones sexuales?	SI	NO	¿Por quién?	
					¿Desde cuando?	¿Cuándo fue la Última vez?

Año 20.....	1	¿Te has sentido alguna vez maltratado(a) psicológicamente por algún miembro de tu familia o ajena a ella?	SI	NO	¿Por quién?	
					¿Desde cuando?	¿Cuándo fue la Última vez?
	2	¿Has sido agredido(a) físicamente por un miembro de tu familia o ajena a ella?	SI	NO	¿Por quién?	
					¿Desde cuando?	¿Cuándo fue la Última vez?
	3	¿Te has sentido o has sido forzado(a) alguna vez por un familiar u otro a tener relaciones sexuales?	SI	NO	¿Por quién?	
					¿Desde cuando?	¿Cuándo fue la Última vez?

Año 20.....	1	¿Te has sentido alguna vez maltratado(a) psicológicamente por algún miembro de tu familia o ajena a ella?	SI	NO	¿Por quién?	
					¿Desde cuando?	¿Cuándo fue la Última vez?
	2	¿Has sido agredido(a) físicamente por un miembro de tu familia o ajena a ella?	SI	NO	¿Por quién?	
					¿Desde cuando?	¿Cuándo fue la Última vez?
	3	¿Te has sentido o has sido forzado(a) alguna vez por un familiar u otro a tener relaciones sexuales?	SI	NO	¿Por quién?	
					¿Desde cuando?	¿Cuándo fue la Última vez?

INDICADORES DE VIOLENCIA FAMILIAR (marca una o mas aspas donde corresponda)

FISICOS	20____		20____		20____	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Hematomas, contusiones, fracturas inexplicables						
Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.						
Cefaleas, problemas de sueño (mucho o interrumpido)						

PSICOLOGICOS	20____		20____		20____	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tristeza, depresión angustia						
Retraimiento, aislamiento, baja autoestima						
Llanto frecuente, Quejas crónicas sin causa física						

SEXUALES	20____		20____		20____	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Irritación, dolor, lesión y/o hemorragia en zona genital						
Aborto, infecciones de Transmisión Sexual						

DIAGNOSTICO DE RIESGO	20.....				20.....				20.....			
	SI	NO	CONSEJERIA		SI	NO	CONSEJERIA		SI	NO	CONSEJERIA	
			SI	NO			SI	NO			SI	NO
1 ABUSO FISICO												
2 ABUSO PSICOLOGICO												
3 ABUSO SEXUAL												

Interconsulta a Psicología								
20____			20____			20____		
SI			SI			SI		
NO			NO			NO		

Firma y Sello de Profesional (Año 20__)

Firma y Sello de Profesional (Año 20__)

Firma y Sello de Profesional (Año 20__)

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

Nº HCL



FICHA ESTOMATOLÓGICA DEL ADOLESCENTE INGRESO

FECHA:

FACIES	
CRANEO	
CARA	
CUELLO	
ATM	
GANGLIOS	
GLAND SALIVALES	
APERTURA BUCAL	
LABIOS	
CARRILLOS	
PALADAR	
OROFARINGE	
LENGUA	
PISO DE BOCA	
ENCIAS	
OCLUSIÓN	

ESPECIFICACIONES:

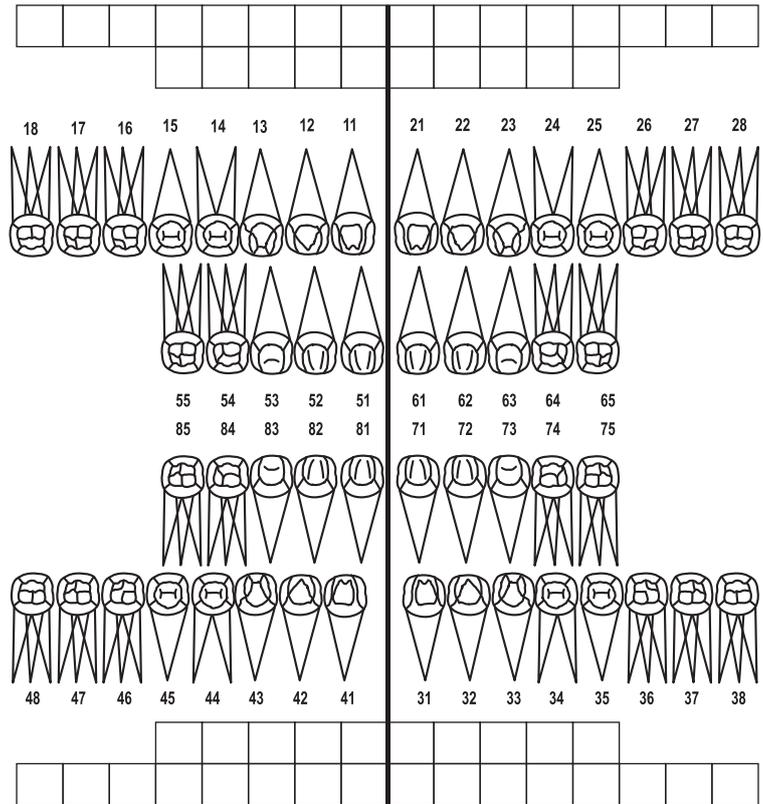
OBSERVACIONES:

Indice de Caries

CEOD	Cariado (a)	Extracción Indicada (b)	Obturado (c)	Indice CEOD (a+b+c)
Total Piezas Permanentes				

CPOD	Cariado (a)	Extracción Indicada (b)	Obturado (c)	Indice CPOD (a+b+c)
Total Piezas Permanentes				

ODONTOGRAMA

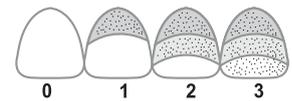


SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

FECHA:

PLACA BLANCA PLACA DURA



PIEZA A EXAMINAR	1.6 (v)	1.1 (V)	2.6 (v)	3.6 (L)	3.1 (V)	4.6 (L)	TOTAL (a)	IHOS a/No. Superficies examinadas	F1 Marcar con X
CALIFICACION									

IDENTIFICADOR DE RIESGO

- TIENE INDICE CPOD + CEOD MAYOR A 3
- TIENE IHOS DE PLACA BLANDA MAYOR A 0.6
- PRESENTA APIÑAMIENTO DENTARIO O PORTA APARATOS ORTODONCICO
- PRACTICA DEPORTE DE RIESGO
- PADECE DE ALGUN DESORDEN NUTRICIONAL
- PRESENCIA DE BOCA O ANEXOS DE PIERCING U OTROS DECORATIVOS

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NIVEL DE RIESGO

SANO () SANO CON RIESGO ()
 ENFERMO () ENFERMO CON SECUELAS ()

LEYENDA:
 F1 = Fisioterapia Bucal 1
 F2 = Fisioterapia Bucal 2

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

Nº HCL



FICHA ESTOMATOLÓGICA DEL ADOLESCENTE INGRESO

FECHA:

FACIES	
CRANEO	
CARA	
CUELLO	
ATM	
GANGLIOS	
GLAND SALIVALES	
APERTURA BUCAL	
LABIOS	
CARRILLOS	
PALADAR	
OROFARINGE	
LENGUA	
PISO DE BOCA	
ENCIAS	
OCLUSIÓN	

ESPECIFICACIONES:

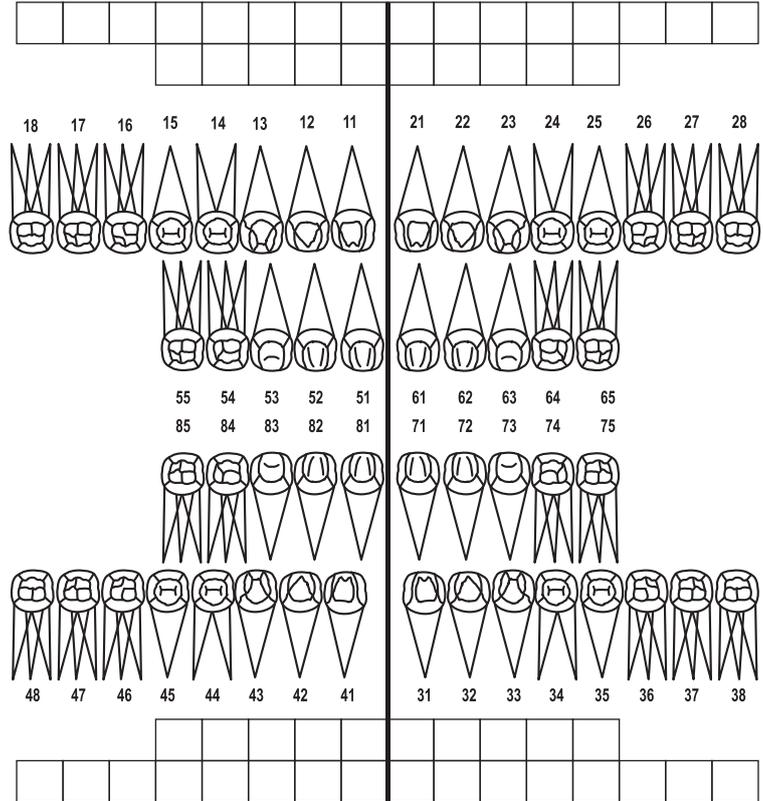
OBSERVACIONES:

Indice de Caries

CEOD	Cariado (a)	Extracción Indicada (b)	Obturado (c)	Indice CEOD (a+b+c)
Total Piezas Permanentes				

CPOD	Cariado (a)	Extracción Indicada (b)	Obturado (c)	Indice CPOD (a+b+c)
Total Piezas Permanentes				

ODONTOGRAMA

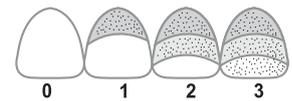


SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

FECHA:

PLACA BLANCA PLACA DURA



PIEZA A EXAMINAR	1.6 (v)	1.1 (V)	2.6 (v)	3.6 (L)	3.1 (V)	4.6 (L)	TOTAL (a)	IHOS a/No. Superficies examinadas	F1 Marcar con X
CALIFICACION									

IDENTIFICADOR DE RIESGO

- TIENE INDICE CPOD + CEOD MAYOR A 3
- TIENE IHOS DE PLACA BLANDA MAYOR A 0.6
- PRESENTA APIÑAMIENTO DENTARIO O PORTA APARATOS ORTODONCICO
- PRACTICA DEPORTE DE RIESGO
- PADECE DE ALGUN DESORDEN NUTRICIONAL
- PRESENCIA DE BOCA O ANEXOS DE PIERCING U OTROS DECORATIVOS

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NIVEL DE RIESGO

SANO () SANO CON RIESGO ()
 ENFERMO () ENFERMO CON SECUELAS ()

LEYENDA:
 F1 = Fisioterapia Bucal 1
 F2 = Fisioterapia Bucal 2

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

Nº HCL



HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

CONSULTA EXTERNA - ATENCIÓN INTEGRAL

FECHA		HORA		EDAD			
MOTIVO DE CONSULTA							
TIEMPO DE ENFERMEDAD							
FORMA DE INICIO							
ESTADO DE ANIMO		SED		SUEÑO		APETITO	
ORINA		DEPOSICIONES					
FIEBRE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS				TOS MAS DE 15 DIAS			
SECRECION O LESION EN GENITALES				FECHA DE ULTIMA REGLA			
TAMIZAJE DE VIOLENCIA (Preguntar si alguna vez alguien le insulto, golpeo u obligo a hacer algo que no quiera. Observar si presenta evidencia fisica de maltrato o violencia)							
EXAMEN FISICO	T°	PA	FC	FR	PESO	TALLA	IMC
DIAGNOSTICO				TRATAMIENTO			
				EXAMENES AUXILIARES			
REFERENCIA (lugar y motivo)							
PROXIMA CITA							
ATENDIDO POR				FIRMA Y SELLO			
OBSERVACION							

CONSULTA EXTERNA - ATENCIÓN INTEGRAL

FECHA		HORA		EDAD			
MOTIVO DE CONSULTA							
TIEMPO DE ENFERMEDAD							
FORMA DE							
ESTADO DE ANIMO		SED		SUEÑO		APETITO	
ORINA		DEPOSICIONES					
FIEBRE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS				TOS MAS DE 15 DIAS			
SECRECION O LESION EN GENITALES				FECHA DE ULTIMA REGLA			
TAMIZAJE DE VIOLENCIA (Preguntar si alguna vez alguien ,golpeo u obligo a hacer algo que no quiera. Observar si presenta evidencia fisica de maltrato o violencia)							
EXAMEN FISICO	1°	PA	FC	FR	PESO	TALLA	IMC
DIAGNOSTICO				TRATAMIENTO			
				EXAMENES AUXILIARES			
REFERENCIA (lugar y motivo)							
PROGRAMA CITA							
ATENDIDO POR				FIRMA Y SELLO			
OBSERVACION							

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

N° HCL



HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (12 A 17 AÑOS)

CONSULTA EXTERNA - ATENCIÓN INTEGRAL

FECHA		HORA		EDAD			
MOTIVO DE CONSULTA							
TIEMPO DE ENFERMEDAD							
FORMA DE INICIO							
ESTADO DE ANIMO		SED		SUEÑO		APETITO	
ORINA		DEPOSICIONES					
FIEBRE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS				TOS MAS DE 15 DIAS			
SECRECION O LESION EN GENITALES				FECHA DE ULTIMA REGLA			
TAMIZAJE DE VIOLENCIA (Preguntar si alguna vez alguien le insulto, golpeo u obligo a hacer algo que no quiera. Observar si presenta evidencia fisica de maltrato o violencia)							
EXAMEN FISICO	T°	PA	FC	FR	PESO	TALLA	IMC
DIAGNOSTICO				TRATAMIENTO			
				EXAMENES AUXILIARES			
REFERENCIA (lugar y motivo)							
PROXIMA CITA							
ATENDIDO POR				FIRMA Y SELLO			
OBSERVACION							

CONSULTA EXTERNA - ATENCIÓN INTEGRAL

FECHA		HORA		EDAD			
MOTIVO DE CONSULTA							
TIEMPO DE ENFERMEDAD							
FORMA DE							
ESTADO DE ANIMO		SED		SUEÑO		APETITO	
ORINA		DEPOSICIONES					
FIEBRE EN LOS ULTIMOS 15 DIAS				TOS MAS DE 15 DIAS			
SECRECION O LESION EN GENITALES				FECHA DE ULTIMA REGLA			
TAMIZAJE DE VIOLENCIA (Preguntar si alguna vez alguien ,golpeo u obligo a hacer algo que no quiera. Observar si presenta evidencia fisica de maltrato o violencia)							
EXAMEN FISICO	1°	PA	FC	FR	PESO	TALLA	IMC
DIAGNOSTICO				TRATAMIENTO			
				EXAMENES AUXILIARES			
REFERENCIA (lugar y motivo)							
PROGRAMA CITA							
ATENDIDO POR				FIRMA Y SELLO			
OBSERVACION							

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ADOLESCENTE:

N° HCL