

I	A. Serial No.	B. Fecha:	DD	MM	AAAA
	C. Regional:				
E	D. Establecimiento:				

1. Identificación de la Persona Privada de la Libertad

1.1. Nombres y Apellidos:																
1.2. Procedencia Zona/Municipio/País:																
1.3. Identificación:			C.C.	C.E.	Pasaporte	Otro	No.	1.4. Situación Jurídica		Sindicado	Condenado	Años:				
1.5. NUI:			1.6. TD No:			1.7. Delito:										
1.8. Datos de Nacimiento		Municipio/Departamento:						Fecha:		DD	MM	AAAA	1.9. Edad:			
1.10. Estado Civil:		Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Unión Libre	1.11. Régimen de Salud:		Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/>	Otro / Cuál?					
1.12. Género:		M	F	1.13. Identidad Sexual:			L	G	B	T	I	H	1.14. Situación de Discapacidad:		Cognitiva	Funcional
1.15. Nivel Académico:		Sin estudio		Primaria	Bachillerato	Técnico	Tecnológico	Universitario	Postgrado	Titulado						
1.16. Población Excepcional:		Indígena	ROM	Raizal	Extranjero	Afrodescendiente	Mujer gestante	Madre lactante	Adulto Mayor	Habitante de calle						
1.17. Nombre y Contacto de un familiar de referencia:																

2. Antecedentes de Salud de la Persona Privada de la Libertad

2.1. Antecedentes Familiares:											
2.2. Actualmente presenta alguna enfermedad:											
2.3. Actualmente está recibiendo tratamiento:											

3. Antecedentes Personales

3.1. Médicos	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Niega <input checked="" type="checkbox"/>													
3.2. Quirúrgicos	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Niega <input checked="" type="checkbox"/>													
3.3. Traumáticos	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Niega <input checked="" type="checkbox"/>													
3.4. Alérgicos	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Niega <input checked="" type="checkbox"/>													
3.5. Tóxicos	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Niega <input checked="" type="checkbox"/>													
3.6. ITS	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Niega <input checked="" type="checkbox"/>													
3.7. Ha presentado Tuberculosis	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Niega <input checked="" type="checkbox"/>	3.8. Recibió tratamiento:	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Niega <input checked="" type="checkbox"/>	3.9. Terminó tratamiento:	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Niega <input checked="" type="checkbox"/>	3.10. Fecha de diagnóstico y tratamiento de TB	DD	MM	AAAA			
3.11. Ha presentado	Varicela:		Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Parotiditis:		Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Lepra:		Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Hepatitis A: Si <input checked="" type="checkbox"/>		No <input checked="" type="checkbox"/>
3.12. Antecedentes Psiquiátricos	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Niega <input checked="" type="checkbox"/>													
3.13. Toma Medicamentos Psiquiátricos	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Niega <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Medicamento 1		Nombre Medicamento 2		3.14. Consumo de SPA / Cuál?			3.15. Fecha en que inició consumo					
							Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	DD	MM	AAAA				
3.16. Discapacidad Cognitiva - Funcional	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Niega <input checked="" type="checkbox"/>													
3.17. Planifica Actualmente	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Niega <input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?		3.18. Fecha última Mamografía			DD	MM	AAAA	Resultado				
					3.19. Fecha última CCU			DD	MM	AAAA	Resultado				
3.20. Gestaciones	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Niega <input checked="" type="checkbox"/>	Se encuentra en embarazo?		Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Qué medicamentos (micronutrientes) consume actualmente?:				Partos	Abortos			
			Número de meses:						Cesáreas	Mortinato					
			3.21. Edad Menarquia		Años	3.22. Fecha Última Regla		DD	MM	AAAA	3.23. Edad en que inició relaciones sexuales?		Años		

I	A. Serial No.	B. Fecha: DD MM AAAA
	C. Regional:	
E	D. Establecimiento:	

1. Identificación de la Persona Privada de la Libertad

1.1. Nombres y Apellidos: _____

1.2. Procedencia Zona/Municipio/País: _____

1.3. Identificación: C.C. C.E. Pasaporte Otro No. _____ 1.4. Situación Jurídica Sindicado Condenado Años: _____

1.5. NUI: _____ 1.6. TD No: _____ 1.7. Delito: _____

1.8. Datos de Nacimiento Municipio/Departamento: _____ Fecha: DD MM AAAA 1.9. Edad: _____

1.10. Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre 1.11. Régimen de Salud: Contributivo Subsidiado Otro / Cuál? _____

1.12. Género: M F 1.13. Identidad Sexual: L G B T I H 1.14. Situación de Discapacidad: Cognitiva Funcional _____

1.15. Nivel Académico: Sin estudio Primaria Bachillerato Técnico Tecnológico Universitario Postgrado Titulado _____

1.16. Población Excepcional: Indígena ROM Raizal Extranjero Afrodescendiente Mujer gestante Madre lactante Adulto Mayor Habitante de calle _____

1.17. Nombre y Contacto de un familiar de referencia: _____

2. Antecedentes de Salud de la Persona Privada de la Libertad

2.1. Antecedentes Familiares: _____

2.2. Actualmente presenta alguna enfermedad: _____

2.3. Actualmente está recibiendo tratamiento: _____

3. Antecedentes Personales

3.1. Médicos Si Niega

3.2. Quirúrgicos Si Niega

3.3. Traumáticos Si Niega

3.4. Alérgicos Si Niega

3.5. Tóxicos Si Niega

3.6. ITS Si Niega

3.7. Ha presentado Tuberculosis Si Niega 3.8. Recibió tratamiento: Si Niega 3.9. Terminó tratamiento: Si Niega 3.10. Fecha de diagnóstico y tratamiento de TB DD MM AAAA

3.11. Ha presentado Varicela: Si No Parotiditis: Si No Lepra: Si No Hepatitis A: Si No

3.12. Antecedentes Psiquiátricos Si Niega

3.13. Toma Medicamentos Psiquiátricos Si Niega Nombre Medicamento 1 _____ Nombre Medicamento 2 _____ 3.14. Consumo de SPA / Cuál? Si No DD MM AAAA

3.16. Discapacidad Cognitiva - Funcional Si Niega

3.17. Planifica Actualmente Si Niega Cuál? _____ 3.18. Fecha última Mamografía DD MM AAAA Resultado _____ 3.19. Fecha última CCU DD MM AAAA Resultado _____

3.20. Gestaciones Si Niega Se encuentra en embarazo? Si No Qué medicamentos (micronutrientes) consume actualmente? _____ Partos _____ Abortos _____ Número de meses: _____ Cesáreas _____ Mortinato _____ 3.21. Edad Menarquia Años _____ 3.22. Fecha Última Regla DD MM AAAA 3.23. Edad en que inició relaciones sexuales? Años _____

DISEÑO Código del Artículo _____ Tintas _____

Numero del Pedido _____

Partes No. _____ Frente Respaldo

Diseñador: Sandra Gutiérrez C.

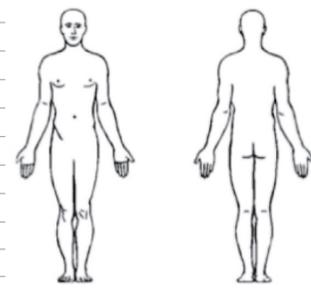
Prueba 0910 - FIDUPREVISORA. Examen Ingreso Medico EMI-E SG17/07/06 - SG17/08/17 Tintas 1x1

ATENCIÓN ADVERTENCIA DEL CLIENTE: ESTE ESTÁNDAR ESTE ARTÍCULO FINAL QUE SIRVE COMO BASE PARA LA REPRESIÓN DE LOS PRODUCTOS. REVISAR DETALADAMENTE EN SU QUE SE REFERIR A TODOS LOS CALIBROS, LOGOS, MARCAS, DISTRIBUCIÓN DE COLORES Y APARECER EN GENERAL. NO ES UNA PRUEBA DE COLORES (SERIE DEFINITIVA) ES SU RESPONSABILIDAD LA APROBACIÓN DE ESTE ARTÍCULO.

FECHA Y FIRMA DE APROBACIÓN: _____

Fecha Entrega: _____ Fecha Entrega: _____ Fecha Entrega: _____ Fecha Entrega: _____

4. Examen Físico

	Pulso	F.R.	T.A.	Temperatura (C°)	Talla	Peso (Kg)	I.M.C.	Contorno Cintura (cm)
4.1. Signos Vitales								
4.2. Cabeza	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>							
4.3. Cuello	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>							
4.4. Piel y Faneras	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>							
4.5. Respiratorio	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>							
4.6. Cardiovascular	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>							
4.7. Gastro Intestinal	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>							
4.8. Genitourinario	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>							
4.9. Músculo Esquelético	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>							
4.10. Endocrino	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>							
4.11. Neurológico	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>							
4.12. Ubicado en Tiempo y Espacio	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>							
4.13. Señale marcas corporales y explique								

5. Impresión Diagnóstica y Médica

Dx. 1	Dx. 4
Dx. 2	Dx. 5
Dx. 3	Dx. 6

6. Gestión del Riesgo - Conducta a seguir

6.1. Consulta de paciente sano	6.2. Programas de promoción y detección
6.3. Programas para salud mental	6.4. Consulta de medicina general por patología crónica
6.5. Atención médica u odontológica de urgencias	6.6. Consulta de medicina general por patología infectocontagiosa
6.7. Recomendaciones para asignación de patio	

6.8. Nombre y Firma del Médico - Reg. Médico _____

6.9. Firma del Privado de Libertad _____

6.10. Huella dedo índice Derecho _____

DISEÑO Código del Artículo _____ Tintas _____

Numero del Pedido _____

Partes No. _____ Frente Respaldo

Diseñador: Sandra Gutiérrez C.

Prueba 0910 - FIDUPREVISORA. Examen Ingreso Medico EMI-E SG17/07/06 - SG17/08/17 Tintas 1x1

ATENCIÓN ADVERTENCIA DEL CLIENTE: ESTE ESTÁNDAR ESTE ARTÍCULO FINAL QUE SIRVE COMO BASE PARA LA REPRESIÓN DE LOS PRODUCTOS. REVISAR DETALADAMENTE EN SU QUE SE REFERIR A TODOS LOS CALIBROS, LOGOS, MARCAS, DISTRIBUCIÓN DE COLORES Y APARECER EN GENERAL. NO ES UNA PRUEBA DE COLORES (SERIE DEFINITIVA) ES SU RESPONSABILIDAD LA APROBACIÓN DE ESTE ARTÍCULO.

FECHA Y FIRMA DE APROBACIÓN: _____

Fecha Entrega: _____ Fecha Entrega: _____ Fecha Entrega: _____ Fecha Entrega: _____