

|                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>EDUCACION</b>                                                                  |  | NIVEL<br>No escolariz. <input type="checkbox"/><br>Prim. <input type="checkbox"/><br>Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>                              |  | GRADO CURSO<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                     |  | AÑOS APROBADOS<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                              |  | PROBLEMAS EN LA ESCUELA<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 |  | AÑOS REPETIDOS<br>Causa <input type="text"/>                                                                                                                                           |  | DESERCIÓN/EXCLUSIÓN<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Causa <input type="text"/>                                                             |  | EDUCACIÓN NO FORMAL<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Cuál? <input type="text"/>                                                     |  |                                                                                                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| Observaciones                                                                     |  |                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| <b>TRABAJO</b>                                                                    |  | ACTIVIDAD<br><input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> busca 1 <sup>er</sup> vez <input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/> desocupado    |  | EDAD INICIO TRABAJO<br>años <input type="text"/>                                                                                                                                                                                        |  | TRABAJO<br>horas por semana <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                    |  | HORARIO DE TRABAJO<br>mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/><br>tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/><br>fin de semana <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> |  | RAZÓN DE TRABAJO<br><input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c |  | TRABAJO LEGALIZADO<br>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>                                                               |  | TRABAJO INSALUBRE<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>                                                        |  | TIPO DE TRABAJO<br><input type="text"/>                                                                          |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| Observaciones                                                                     |  |                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| <b>VIDA SOCIAL</b>                                                                |  | ACEPTACIÓN<br>aceptado <input type="checkbox"/><br>ignorado <input type="checkbox"/><br>rechazado <input type="checkbox"/><br>no sabe <input type="checkbox"/>                 |  | NOVIQIA<br>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/><br>AMIGOS<br>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                                                                                                 |  | ACTIVIDAD GRUPAL<br>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                         |  | DEPORTE<br><input type="text"/> horas por semana<br>TV <input type="text"/> horas por día                                                                                                                                          |  | OTRAS ACTIVIDADES<br>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuáles? <input type="text"/>                                                                              |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| Observaciones                                                                     |  |                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| <b>HABITOS</b>                                                                    |  | ALIMENTACIÓN ADECUADA<br>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                                                                                               |  | COMIDAS POR DÍA<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                 |  | COMIDAS POR DÍA CON FAMILIA<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                 |  | TABACO<br><input type="text"/> cigarrillos por día                                                                                                                                                                                 |  | EDAD INICIO TABACO<br>años <input type="text"/>                                                                                                                                        |  | ALCOHOL<br><input type="text"/> equivalente a litros de cerveza por semana                                                                                               |  | EDAD INICIO ALCOHOL<br>años <input type="text"/>                                                                                                                 |  | OTRO TOXICO<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Frecuencia y tipo <input type="text"/> |  | CONDUCE VEHICULO<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Cuál? <input type="text"/> |  |                                                                                       |  |
| Observaciones                                                                     |  |                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| <b>GINECO-UROLOGICO</b>                                                           |  | MENARCA/ESPERMARCA<br>años <input type="text"/> meses <input type="text"/>                                                                                                     |  | FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN<br><input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresp.<br>día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>                                                   |  | CICLOS REGULARES<br>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>                                                                                                                                            |  | DISMENORREA<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>                                                                                                                                |  | FLUJO PATOLÓGICO/SECRECIÓN PENEANA<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                                                                          |  | ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/><br>Cuál? <input type="text"/>                                              |  | EMBARAZOS<br><input type="checkbox"/>                                                                                                                            |  | HIJOS<br><input type="checkbox"/>                                                                                |  | ABORTOS<br><input type="checkbox"/>                                                                       |  |                                                                                       |  |
| Observaciones                                                                     |  |                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| <b>SEXUALIDAD</b>                                                                 |  | RELACIONES SEXUALES<br>no <input type="checkbox"/><br>hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>                             |  | PAREJA<br><input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>                                                                                           |  | EDAD INICIO REL. SEX.<br>años <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                  |  | voluntarias<br>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                             |  | PROBLEMAS EN REL. SEX.<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>                                                                         |  | ANTICONCEPCIÓN<br><input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> |  | CONDÓN<br><input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> |  | ABUSO SEXUAL<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>                                          |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| Observaciones                                                                     |  |                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| <b>SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL</b>                                                   |  | IMAGEN CORPORAL<br><input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> impide relación con demás |  | AUTO PERCEPCIÓN<br><input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> nervioso <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> alegre <input type="checkbox"/> muy tímido <input type="checkbox"/> otro <input type="text"/> |  | REFERENTE ADULTO<br><input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> otro fam. <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> |  | PROYECTO DE VIDA<br><input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/>                                                          |  |                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| Observaciones                                                                     |  |                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| <b>EXAMEN FÍSICO</b>                                                              |  | PESO (Kg)<br><input type="text"/>                                                                                                                                              |  | Centil peso/edad<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                |  | TALLA (mm)<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                  |  | Centil talla/edad<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                          |  | PIEL Y FANERAS<br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>                                                                                                     |  | CABEZA<br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>                                                                                               |  | AGUDEZA VISUAL<br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>                                                                               |  | AGUDEZA AUDITIVA<br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>                             |  | BOCA Y DIENTES<br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>                        |  | CUELLO Y TIROIDES<br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> |  |
| TORAX Y MAMAS<br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> |  | CARDIO-PULMONAR<br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>                                                                                            |  | PRESIÓN ARTERIAL<br><input type="text"/> / <input type="text"/><br>FRECUENCIA CARDIACA<br><input type="text"/> latidos/min                                                                                                              |  | ABDOMEN<br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                         |  | GENITO-URINARIO<br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                |  | TANNER<br>mamas <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales <input type="checkbox"/>                                                                        |  | COLUMNA<br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>                                                                                              |  | EXTREMIDADES<br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>                                                                                 |  | NEUROLÓGICO<br>normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| Observaciones                                                                     |  |                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL                                                    |  |                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| INDICACIONES E INTERCONSULTAS                                                     |  |                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| Responsable <input type="text"/> Fecha próxima visita <input type="text"/>        |  |                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                  |  |                                                                                                           |  |                                                                                       |  |