



Ingreso de paciente por guardia

Apellido y Nombre:.....

Obra Social:..... Medico tratante:.....

Hora:..... Historia Clínica N°Edad:..... Grupo Sanguíneo:..... Factor RH:.....

Fecha de Internación:..... Enfermedad actual:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Antecedentes personales: Alergias Si ☐ No ☐ a que?.....

Hábitos tóxicos: (a) Alcoholismo (b) Tabaquismo (c) Otros

Antecedentes familiares: H.T Si ☐ No ☐ Diabetes Si ☐ No ☐ Otras:.....

Ant. ginecológico: Embarazos:..... A.B.O:..... Mamarios:.....

Examen Físico: Datos Positivos (los mas relevantes)

Estado de Nutrición: Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐

Febril: Si No Piel Mucosa: Pálida: Cianosis: Ictericia: Otras:.....

Examen Segmentario:

Cabeza y cuello: Implantación piliosa: ☐ Normal: ☐ Alepcias: ☐ Otros:.....

Ojos conjuntivas: ☐ Rosadas: ☐ Pálidas: ☐ Ictericia: ☐ Otros:.....

Boca: Focos sépticos: ☐ Lengua húmeda: ☐

Adenopatías Si ☐ No ☐ Donde:.....

Si ☐ No ☐

Aparato Respiratorio: Frecuencia respiratoria:.....

Murmullo vesicular:..... Normal: Si ☐ No ☐ Disminución: Si ☐ No ☐ Localización:.....

Ausentes: Si ☐ No ☐ Localización:.....

Ruidos agregados: Secos: ☐ Roncus: Si ☐ No ☐ Sibilancias: Si ☐ No ☐

Húmedos: Crepitantes:

R.X: Tórax: Informe:.....

.....

Aparato Circulatorio: F.C=..... Pulso=..... T.A=..... 1º R:..... 2º R:..... 3º R:..... 4º R:.....

Arritmias?..... Dolor Precordial:..... Soplos:.....

E.C.G. Informe:.....

.....

Aparato Digestivo:

Simétrico Si ☐ No ☐ Palpitación superficial: Dolor Si ☐ No ☐ Defensa Si ☐ No ☐ Contractura Si ☐ No ☐

Palpitación profunda: Hígado Si ☐ No ☐ Brazo Si ☐ No ☐ Persecución:..... Timpanismo Si ☐ No ☐ Asctis Si ☐ No ☐

Auscultación:..... Ruidos Hidroáereos Si ☐ No ☐

RX: Directa de abdomen:.....

Aparato Urinario

Diuresis: Anuria ☐ Oliguria ☐ Polaquiuria ☐ Disuria ☐ Incontinencia ☐

Puntos renoureterales: Positivo ☐ Negativo ☐ Puño percusión: Positivo ☐ Negativo ☐

Examen Ginecologico: T. Vaginal ☐ Colposcopia ☐ Examen mamario ☐

Aparato Locomotor: Motilidad Activa: Conservada Si ☐ No ☐ Tiempo:.....

Examen Neurológico: Perdida del conocimiento Si ☐ No ☐ Tiempo:.....

Escala de Glasgow

Ojos abiertos 0-4 – Espontáneamente
0-3 – Ante una orden
0-2 – Ante un estimulo doloroso
0-1 – No responde

La mejor respuesta verbal: La mejor respuesta motora:
V – 5: Orientada M – 6: Obedece ordenes
V – 4: Orientada M – 5: Localiza el estimulo
V – 3: Palabras M – 4 Retira el miembro estimulado
V – 2: Sonido incomprensibles M – 3: Responde con postura en flexión
V – 1: No responde M – 1: No responde

Pupilas: Tamaño:..... Simétricas Asimétricas Reflejos fotomotor: Presentes Ausentes

RX. Columna cervical..... RX. Cráneo..... T.A.C.....

Informe:.....
.....

Otros estudios:.....
.....

Examen Psiquiátrico:.....
.....

Diagnostico presuntivo:.....
.....

Interconsultas Realizadas:.....
.....

Tratamiento realizado en el Servicio de Guardia:.....
.....

Firma y sello del profesional

RÍO GALLEGOS

FECHA

