



Universidad  
del Tolima

**PROCEDIMIENTO ATENCIÓN EN SALUD PRESTADORA DE  
SERVICIOS DE SALUD – PSS**

**EXAMEN MÉDICO DE INGRESO**

Página 1 de 1

Código: DH-P07-F02

Versión: 04

Fecha Actualización:  
29-11-2017

PRIMERA VEZ: SI \_\_\_ NO \_\_\_ REINGRESO: SI \_\_\_ NO \_\_\_ FECHA DE ATENCION: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_

MOTIVO DECONSULTA: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES IMPORTANTES:**

Historia familiar ECV H < de 50 años. M < 60 años	<input type="checkbox"/>	Historía Familiar de Hiperlipidemias	<input type="checkbox"/>	Historía Familiar de Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	Sedentarismo	<input type="checkbox"/>
Alto consumo de harinas/fritos	<input type="checkbox"/>	Bajo consumo frutas y verduras	<input type="checkbox"/>	Hábito de vomitar alimentos	<input type="checkbox"/>	Consumo de cigarrillo	<input type="checkbox"/>
Antecedentes de ETS	<input type="checkbox"/>	Vida sexual activa	<input type="checkbox"/>	Alteración Menstrual	<input type="checkbox"/>	Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>
Citología > a 3 años	<input type="checkbox"/>	Asistió a Odontología en el último año:	<input type="checkbox"/>			Consumo Otros SPA	<input type="checkbox"/>
						Uso de anticonceptivos	<input type="checkbox"/>

**OTROS ANTECEDENTES:** \_\_\_\_\_

Depresión	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	Abuso/Maltrato	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>
Intento de Suicidio	<input type="checkbox"/>	Psicosis Tóxica	<input type="checkbox"/>	Dependencia	<input type="checkbox"/>	Sobredosis	<input type="checkbox"/>

**EXAMEN FISICO:**

TA: \_\_\_/\_\_\_ MmHg Fc: \_\_\_ lpm Fr: \_\_\_ rpm Tº: \_\_\_ °C Talla: \_\_\_ Cm Peso: \_\_\_ Kg

I.M.C.= < 18.5  18.5 A 25  > 25  PERÍMETRO CINTURA H >= 90  < 90  M >= 80  < 80

<b>DESARROLLO:</b>	<b>FÍSICO:</b> Normal <input type="checkbox"/>	Hallazgos:	
	<b>MOTRIZ:</b> Normal <input type="checkbox"/>	Hallazgos:	
Sintomático Respiratorio > de 20 días :	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Alteraciones del Lenguaje: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**CONDICIÓN DE:** EMBARAZO: SI \_\_\_ NO \_\_\_ **ANSIEDAD:** SI \_\_\_ NO \_\_\_ **ESTRÉS:** SI \_\_\_ NO \_\_\_

**HALLAZGOS EXAMEN FÍSICO:** \_\_\_\_\_

**PARACLINICOS:**

Serología  Hemoclasificación  Baciloscopia  Hemoglobina

**DIAGNOSTICO: 1.PRINCIPAL:** \_\_\_\_\_

**2. OPTOMÉTRICO:** \_\_\_\_\_ **3. AUDIOLÓGICO:** \_\_\_\_\_

**FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL** \_\_\_\_\_ **R.M.** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL USUARIO** \_\_\_\_\_ **CODIGO** \_\_\_\_\_

*"La información aquí suministrada será utilizada con fines académicos y uso institucional "*