

PROYECTO 'NUTRICION TEMPRANA, CAPITAL HUMANO Y PRODUCTIVIDAD ECONOMICA
Historia Clínica y Examen Físico (28/10/02)
Formulario 10

A	IDENTIFICACIÓN	Código
1	Identificación única del sujeto	<i>IDUNI</i>
2	Nombre del Sujeto: _____ <small>1er. Apellido 2do. Apellido Nombre</small>	
3	Comunidad:	<i>COMUNI</i>
4	Fecha de entrevista:	<i>FECHAE</i>
5	Encuestador: _____ Código: _____	<i>ENCUES</i>

B	PERCEPCION SOBRE LA PROPIA SALUD DEL SUJETO	Código
6	¿Cómo se ha sentido Ud de salud en estos últimos 15 días? Porque? _____ _____ 1. Bien 2. Regular 3. Enfermo	<i>F10BP06</i>

C ANTECEDENTES									
C.1		MEDICOS				8., ¿Ud. Ha dejado de hacer sus actividades normales a causa de alguna de esas enfermedades? 1 = SI 2 = NO	9. ¿Cuándo? 1. En los últimos 12 meses 2. Antes de los últimos 12 meses. 3. En ambos periodos	10. ¿Cuántos semanas dejó de hacer sus actividades normales? (hospitalizado + convalecencia)	
7. ¿Usted o alguno de sus familiares ha padecido o padece de alguna de estas enfermedades? Código 1 = Si hay antecedentes de la enfermedad Deje en blanco Si no hay antecedentes de la enfermedad Código 3 = No sabe si padece de la enfermedad		Abuelos	Padre	Madre	Usted				
<i>A</i>	Diabetes	<i>F10C1P07Aa</i>	<i>F10C1P07Ap</i>	<i>F10C1P07Am</i>	<i>F10C1P07Au</i>	<i>F10C1P08A</i>	<i>F10C1P09A</i>	<i>F10C1P10A</i>	
<i>B</i>	Presión alta	<i>F10C1P07Ba</i>	<i>F10C1P07Bp</i>	<i>F10C1P07Bm</i>	<i>F10C1P07Bu</i>	<i>F10C1P08B</i>	<i>F10C1P09B</i>	<i>F10C1P10B</i>	
<i>C</i>	Infarto cardíaco	<i>F10C1P07Ca</i>	<i>F10C1P07Cp</i>	<i>F10C1P07Cm</i>	<i>F10C1P07Cu</i>	<i>F10C1P08C</i>	<i>F10C1P09C</i>	<i>F10C1P10C</i>	
<i>D</i>	Derrame cerebral	<i>F10C1P07Da</i>	<i>F10C1P07Dp</i>	<i>F10C1P07Dm</i>	<i>F10C1P07Du</i>	<i>F10C1P08D</i>	<i>F10C1P09D</i>	<i>F10C1P10D</i>	
<i>E</i>	Convulsiones	<i>F10C1P07Ea</i>	<i>F10C1P07Ep</i>	<i>F10C1P07Em</i>	<i>F10C1P07Eu</i>	<i>F10C1P08E</i>	<i>F10C1P09E</i>	<i>F10C1P10E</i>	
<i>F</i>	Cáncer	<i>F10C1P07Fa</i>	<i>F10C1P07Fp</i>	<i>F10C1P07Fm</i>	<i>F10C1P07Fu</i>	<i>F10C1P08F</i>	<i>F10C1P09F</i>	<i>F10C1P10F</i>	
<i>G</i>	Tuberculosis	<i>F10C1P07Ga</i>	<i>F10C1P07Gp</i>	<i>F10C1P07Gm</i>	<i>F10C1P07Gu</i>	<i>F10C1P08G</i>	<i>F10C1P09G</i>	<i>F10C1P10G</i>	
<i>H</i>	Neumonía	<i>F10C1P07Ha</i>	<i>F10C1P07Hp</i>	<i>F10C1P07Hm</i>	<i>F10C1P07Hu</i>	<i>F10C1P08H</i>	<i>F10C1P09H</i>	<i>F10C1P10H</i>	
<i>I</i>	Hepatitis	<i>F10C1P07Ia</i>	<i>F10C1P07Ip</i>	<i>F10C1P07Im</i>	<i>F10C1P07Iu</i>	<i>F10C1P08I</i>	<i>F10C1P09I</i>	<i>F10C1P10I</i>	
<i>J</i>	Malaria	<i>F10C1P07Ja</i>	<i>F10C1P07Jp</i>	<i>F10C1P07Jm</i>	<i>F10C1P07Ju</i>	<i>F10C1P08J</i>	<i>F10C1P09J</i>	<i>F10C1P10J</i>	
<i>K</i>	Diarrea severa	<i>F10C1P07Ka</i>	<i>F10C1P07Kp</i>	<i>F10C1P07Km</i>	<i>F10C1P07Ku</i>	<i>F10C1P08K</i>	<i>F10C1P09K</i>	<i>F10C1P10K</i>	

L	Dengue	F10C1P07La	F10C1P07Lp	F10C1P07Lm	F10C1P07Lu	F10C1P08L	F10C1P09L	F10C1P10L
M	OTRA Especifique _____				F10C1P07M	F10C1P08M	F10C1P09M	F10C1P10M

C.2 CIRUGIAS MAYORES			
11	¿Ha sido operado u hospitalizado Ud. alguna vez en su vida? 1 = SI 2 = NO pase a la sección C.3	F10C2P11	
	12. Procedimiento practicado Código 1 Si fue operado (a) Deje en blanco Si no ha sido operado	13. ¿Cuándo ? 1. En los últimos 12 meses 2. Antes de los últimos 12 meses. 3. En ambos periodos	14. ¿Cuántas semanas dejó de hacer sus actividades normales ? (hospitalizado + convalecencia)
A	Cesárea	F10C2P12 A	F10C2P13A
B	Ligadura de Trompas	F10C2P12 B	F10C2P13B
C	Vasectomía	F10C2P12 C	F10C2P13C
E	Histerectomía	F10C2P12 E	F10C2P13E
D	Hernio plastia	F10C2P12 D	F10C2P13D
F	Colecistectomía	F10C2P12 F	F10C2P13F
G	Apendicectomía	F10C2P12 G	F10C2P13G
H	Osteo síntesis, Prótesis, Drenaje de hematomas	F10C2P12 H	F10C2P13H
I	Otras Especificar	F10C2P12I	F10C2P13I
			F10C2P14I

C.3. FRACTURAS			
15	¿Ha sufrido usted alguna fractura? 1 = SI 2 = NO pase a la sección C.4	F10C3P15	
	16 Qué parte del cuerpo se fracturó Código 1 Si fracturado Deje en blanco Si no se ha fracturado	17. Dejo de hacer su actividad normal a causa de la fractura 1=Si 2=No	18. ¿Cuándo ? 1: En los últimos 12 meses 2: Antes de los últimos 12 meses. 3: En ambos periodos
		19 ¿Cuántas semanas dejó ?	20 Quedo secuela permanente 1=Si 2=No
	21 Esa secuela le produce incapacidad de su actividad productiva 1=Si 2=No		
A	Cráneo – cara	F10C3P16A	F10C3P17A
B	Tórax y costillas	F10C3P16B	F10C3P17B
C	Columna	F10C3P16C	F10C3P17C
D	Cadera	F10C3P16D	F10C3P17D
			F10C3P18A
			F10C3P18B
			F10C3P18C
			F10C3P18D
			F10C3P19A
			F10C3P19B
			F10C3P19C
			F10C3P19D
			F10C3P20A
			F10C3P20B
			F10C3P20C
			F10C3P20D
			F10C3P21A
			F10C3P21B
			F10C3P21C
			F10C3P21D

E	Miembros Sup. (brazo, antebrazo, mano)	F10 C3P 16E	F10C3P17E	F10C3P18E	F10C3P1 9E	F10C3 P20E	F10C3P21E
F	Miembros Inf. (muslo, pierna, pie)	F10 C3P 16F	F10C3P17F	F10C3P18F	F10C3P1 9F	F10C3 P20F	F10C3P21F

C.5. MEDICAMENTOS			
22	En los últimos 12 meses Ud ha estado tomando medicamentos por más de 15 días? 1 = si 2 = no		F10C5P22
	Si la respuesta es si codifique cuales medicamentos toma y anote las semanas de consumo SE INCLUYEN MEDICAMENTOS QUE SE CONSUMAN POR MAS DE 15 DIAS	23 ¿Que medicamentos ha estado tomando por mas de 15 días? Cod 1 Si toma medicamento Deje en blanco No toma Medicamento	24 ¿Cuántos días durante los últimos 12 meses ha tomado este medicamento?
A	Analgésicos	AINES (Aspirina, acetaminofen, Ibuprofen, Diclofenaco, Naproxeno)	F10C5P23A
B	Antiácido o medicina para la gastritis	(Hidróxido de Al y Mg, Ranitidna, Omeprazol, Sucralfato)	F10C5P23B
C	Antimicrobianos	(Antibióticos, Antiparasitarios, antimicóticos, antivirales)	F10C5P23C
D	Vitaminas y Minerales	(Multivitaminas, Sales de Hierro, Ácido Fólico, Calcio, Pridoxina, B12)	F10C5P23D
E	Medicamentos Anticonceptivos	(Píldoras, Inyecciones, implantes)	F10C5P23E
F	Broncodilatadores Para asma	Salbutamol, Teofilina, Bentide, Ketotifeno, Esteroides	F10C5P23F
G	Antihipertensivos	(Diuréticos, Beta bloqueadores, Vasodilatadores, IECA, Calcio antag)	F10C5P23G
H	Medicamentos para el corazón	Digoxina, Propanolol, Nitroglicerina	F10C5P23H
I	Antiepilépticos	(Fenobarbital, Epamin, Ácido Valproico, Carbamazepina)	F10C5P23I
J	Antihistamínicos o antialérgicos	(Clorfeniramina, Loratadina, Pseudo efedrina)	F10C5P23J
K	Medicamentos para diabetes	Clorpropamida, Glymipiride, Repaglinida, Metformina ,Rosiglitazonas insulina	F10C5P23K
M	Terapia hormonal	(tiroxina, Vasopresina, cortisona)	F10C5P23M
N	Antidepresivos y tranquilizantes	Diazepam, Clordiazepoxido, Tricíclicos, Relajantes musculares.	F10C5P23N

SECCION C.6. TABAQUISMO		
25.	¿ Pasa mucho tiempo cerca de otras personas mientras fuman? 1 = Si 2 = No pase a la pregunta 27	F10C6P25
26.	¿Con qué frecuencia está cerca de otras personas que fuman? 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 días de la semana 8 = Una o dos veces por mes 9 = Menos de una vez por mes	F10C6P26
27.	¿Usted fuma? 1 = Si 2 = No Si la respuesta es no pase a la 31	F10C6P27
28.	¿Cuántos días a la semana ? 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 días de la semana 8 = No fuma todas las semanas	F10C6P28
29.	La mayor parte del tiempo o casi siempre. ¿Cuántos cigarros fuma al día?	F10C6P29
30.	¿Qué edad tenía cuando empezó a fumar? Años cumplidos si la persona fuma actualmente pase a la sección C.7	F10C6P30

31.	¿Antes fumaba?	1 = Si 2 = No	F10C6P31
32.	¿Cuántos días a la semana?	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 días de la semana 8 = No fuma todas las semanas	F10C6P32
33.	La mayor parte del tiempo o casi siempre. ¿Cuántos cigarros fumaba al día?		F10C6P33
34.	¿Que edad tenia cuando dejó de fumar? Si el tiempo de haber dejado de fumar es de más de 12 meses pase a la pregunta 36.		F10C6P34
35.	Si hace menos de 12 meses que dejó de fumar. ¿Hace cuántos meses lo dejó?		F10C6P35

C.7. DROGAS			
36	Alguna vez ha consumido: Código 1 Si ha consumido Código 2 Si no ha consumido Si no ha consumido nada pase a secc. D.		37 Frecuencia 1 todos los días 2 Una vez por semana 3 Una vez a la quincena 4 Ocasional
A	Alcohol	F10C7P36A	F10C7P37A
B	Marihuana	F10C7P36B	F10C7P37B
C	Cocaína	F10C7P36C	F10C7P37C
D	Piedra o Crack	F10C7P36D	F10C7P37D
E	Pegamento	F10C7P36E	F10C7P37E
F	Otro	F10C7P36F	F10C7P37F

SECCION D. EXAMEN FISICO		
38.	Presión Arterial mm Hg Brazo Izquierdo	F10DP38
39.	Frecuencia Respiratoria. x min	F10DP39
40.	Frecuencia Cardiaca . x min	F10DP40
41.	ASPECTO GENERAL 1. normal 2. pálido 3. Emaciado 4. Obeso 5. Ansioso 6. Deprimido 7. Crónicamente enfermo 8. Esta Quejumbroso 9. Otro _____	F10DP41
42.	ESTADO DE CONCIENCIA Y ORIENTACION. 1. Normal 2. Desorientado en tiempo 3. Desorientado en persona 4. Desorientado en espacio 5. Desorientado en todo 9. Otros Especificar _____	F10DP42
43.	CABEZA Y CARA 1. Normal 2. Asimetría cráneo 3. Ganglios palpables 4. Mala implantación Orejas 5. Masas 9. Otros Especificar _____	F10DP43
44.	OJOS: 1. Normal 2. Conjuntivitis 3. Pterigion 4. Respuesta pupilar anormal 5. Cataratas 6. Ceguera 7. Estrabismo 9. Otros Especificar _____	F10DP44

45.	OIDOS, 1. Normal 2. Secreción purulenta 9. Otros Especificar _____	3. Cuerpo Extraño 4. Tímpano perforado	F10DP45
46.	BOCA 1. Normal 2. Labio leporino/Paladar Hendido 3. Agrandamiento de parotida 4. Desviación comisura	5. Absceso Peri dental 6. Hiperplasia gingival 9. Otros Especificar _____	F10DP46
47.	CUELLO 1. Normal 2. Agrandamiento de tiroides 3. Ganglios 4. Limitación movimiento	5. Ingurgitación yugular 6. Masas 9. Otros Especificar _____	F10DP47
48.	TORAX Y MAMAS 1. Normal 2. Asimetría Tórax 3. Deformidad de la columna 4. Movimientos respiratorios anormales	4. Masa en mamas 5. Adenopatía Axilar 9. Otros _____	F10DP48
49.	CORAZON Y PULMONES 1. Normal 2. Soplos cardiacos 3. Alteraciones del ritmo	4. Estertores 5. Sibilancias 6. Ausencia de murmullo vesicular 9. Otros _____	F10DP49
50.	ABDOMEN. 1. Normal 2. Asimetría abdominal 3. Dolor a palpación 4. Visceromegalias	5. Masa Abdominales 6. Hernias 7. Alteraciones ruidos intestinales 9. Otros _____	F10DP50
51.	MIEMBROS SUPERIORES 1. Normal 2. Deformidad 3. Parálisis 4. Ausencia / Atrofia / Hipotrofia.	5. Infecciones 6. Limitación de movimientos 7. Alteraciones de reflejos 9. Otros _____	F10DP51
52.	MIEMBROS INFERIORES 1. Normal 2. Deformidad 3. Parálisis 4. Ausencia / Atrofia / Hipotrofia 5. Infecciones . _____	6. Limitación de movimientos 7. Alteraciones de los reflejos 8. Venas Varicosas 9. Ganglios palpables	F10DP52
53.	ARTICULACIONES 1. Normal 2. Deformidad 3. Inflamación	4. Dolor por movimiento/palpación 9. Otros _____	F10DP53
54.	PIEL Y FANERAS 1. Normal 2. Cicatriz queoide 3. Hemangioma 4. Áreas hipo/hiperpigmentación	5. Lunares o nevos de apariencia patológica ... 6. Verrugas 7. Quistes sebáceos 8. Micosis cutánea 9. Otros	F10DP54

SECCION E. FUERZA DE MANO			
55.	Cual es su mano dominante. 1. Mano derecha 2. Mano Izquierda		F10EP55
56.	Medida de la posición del asa del dinamómetro (cm.)		F10EP56
57.	Fuerza de la mano Derecha 1a vez (Kg.)	58.	Fuerza de la mano izquierda 1a vez (Kg.)
	F10EP57		F10EP58
59.	Fuerza de la mano Derecha 2a vez (Kg.)	60.	Fuerza de la mano izquierda 2a vez (Kg.)
	F10EP59		F10EP60

PRUEBA DE ESFUERZO

61.	RELOJ No.	F10P61
62.	ARCHIVO No.	F10P62
63.	DURACION DE LA PRUEBA	F10P63
64.	PULSO CAROTIDEO DESPUES DE 15 SEGUNDOS DE TERMINADA LA PRUEBA	F10P64
	LECTURA DEL PULSOS DE ACUERDO AL MONITOR CARDIACO	
65.	FRECUENCIA CARDIACA EN EL EN INTERVALO DE 16 A 20 SEGUNDOS POST PRUEBA.	F10P65
66.	FRECUENCIA CARDIACA EN EL EN INTERVALO DE 21 A 25 SEGUNDOS POST PRUEBA.	F10P66
67.	FRECUENCIA CARDIACA EN EL EN INTERVALO DE 26 A 30 SEGUNDOS POST PRUEBA.	F10P67

	PRUEBA DE FLEXIBILIDAD (cm.)	
68.	1ER INTENTO	F10P68
69.	2DO INTENTO	F10P69
70.	3ER INTENTO	F10P70
71.	4TO INTENTO	F10P71

SECCION F. IMPRESION CLINICA		Cod
72.		F10FP72
73.		F10FP73
74.		F10FP74

SECCION G. CONCLUSIONES		
75.	Se encontró que el sujeto está apto para participar en actividades Laborales, sociales y recreativas : 1. Que requieren un esfuerzo físico y/o intelectual intenso. 2. Solo las que requieren un esfuerzo físico y/o intelectual moderado o liviano 3. Solo las que requieren un esfuerzo físico y/o intelectual liviano 4. Completamente incapacitado	F10GP75
76.	Respecto a esa limitación, es: 1 = temporal 2 = permanente	F10GP76
77.	Nombre Medico _____	F10GP77