

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 | _____ |
| 2 | Nombre del Sujeto: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> 1er. Apellido 2do. Apellido Nombre </div> | _____ |
| 3 | Comunidad: _____ | _____ |
| 4 | Fecha de entrevista: _____ | ___/___/___ |
| 5 | Encuestador: _____ Código: _____ | _____ |

| 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 _____ |

| 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 | | | |
| A | Diabetes | | | | | | | |
| B | Presión alta | | | | | | | |
| C | Infarto cardíaco | | | | | | | |
| D | Derrame cerebral | | | | | | | |
| E | Convulsiones | | | | | | | |
| F | Cáncer | | | | | | | |
| G | Tuberculosis | | | | | | | |
| H | Neumonía | | | | | | | |
| I | Hepatitis | | | | | | | |
| J | Malaria | | | | | | | |
| K | Diarrea severa | | | | | | | |
| L | Dengue | | | | | | | |
| M | OTRA Especifique _____ | | | | | | | |

| 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 | | | _____ |
| | 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 | _____ | _____ | _____ |
| B | Ligadura de Trompas | _____ | _____ | _____ |
| C | Vasectomía | _____ | _____ | _____ |
| E | Histerectomía | _____ | _____ | _____ |
| D | Hernio plastia | _____ | _____ | _____ |
| F | Colecistectomía | _____ | _____ | _____ |
| G | Apendicectomía | _____ | _____ | _____ |
| H | Osteo síntesis, Prótesis, Drenaje de hematomas | _____ | _____ | _____ |
| I | Otras Especificar | _____ | _____ | _____ |

| C.3. FRACTURAS | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|----------------------------|---|--|
| 15 | ¿Ha sufrido usted alguna fractura? 1 = SI 2 = NO pase a la sección C.4 | | | | | _____ |
| | 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 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| B | Tórax y costillas | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| C | Columna | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| D | Cadera | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| E | Miembros Sup. (brazo, antebrazo, mano) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| F | Miembros Inf. (muslo, pierna, pie) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

| C.5. MEDICAMENTOS | | | |
|--------------------------|--|---|---|
| 22 | En los últimos 12 meses Ud ha estado tomando medicamentos por más de 15 días? 1 = si 2 = no | | |
| | 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? |
| <i>A</i> | Analgésicos | AINES (Aspirina, acetaminofen, Ibuprofen, Diclofenaco, Naproxeno) | |
| <i>B</i> | Antiácido o medicina para la gastritis | (Hidróxido de Al y Mg, Ranitidna, Omeprazol, Sucralfato) | |
| <i>C</i> | Antimicrobianos | (Antibióticos, Antiparasitarios, antimicóticos, antivirales) | |
| <i>D</i> | Vitaminas y Minerales | (Multivitaminas, Sales de Hierro, Ácido Fólico, Calcio, Pridoxina, B12) | |
| <i>E</i> | Medicamentos Anticonceptivos | (Píldoras, Inyecciones, implantes) | |
| <i>F</i> | Broncodilatadores Para asma | Salbutamol, Teofilina, Bentide, Ketotifeno, Esteroides | |
| <i>G</i> | Antihipertensivos | (Diuréticos, Beta bloqueadores, Vasodilatadores, IECA, Calcio antag) | |
| <i>H</i> | Medicamentos para el corazón | Digoxina, Propanolol, Nitroglicerina | |
| <i>I</i> | Antiepilépticos | (Fenobarbital, Epamin, Ácido Valproico, Carbamazepina) | |
| <i>J</i> | Antihistamínicos o antialérgicos | (Clorfeniramina, Loratadina, Pseudo efedrina) | |
| <i>K</i> | Medicamentos para diabetes | Clorpropamida, Glymipiride, Repaglinida, Metformina ,Rosiglitazonas insulina | |
| <i>M</i> | Terapia hormonal | (tiroxina, Vasopresina, cortisona) | |
| <i>N</i> | Antidepresivos y tranquilizantes | Diazepam, Clordiazepoxido, Tricíclicos, Relajantes musculares. | |

| SECCION C.6. TABAQUISMO | | |
|--------------------------------|--|--|
| 25. | ¿ Pasa mucho tiempo cerca de otras personas mientras fuman? 1 = Si 2 = No pase a la pregunta 27 | |
| 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 | |
| 27. | ¿Usted fuma? 1 = Si 2 = No Si la respuesta es no pase a la 31 | |
| 28. | ¿Cuántos días a la semana ? 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 días de la semana 8 = No fuma todas las semanas | |
| 29. | La mayor parte del tiempo o casi siempre. ¿Cuántos cigarros fuma al día? | |
| 30. | ¿Qué edad tenía cuando empezó a fumar? Años cumplidos Si la persona fuma actualmente pase a la sección C.7 | |
| 31. | ¿Antes fumaba? 1 = Si 2 = No | |
| 32. | ¿Cuántos días a la semana? 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 días de la semana 8 = No fuma todas las semanas | |
| 33. | La mayor parte del tiempo o casi siempre. ¿Cuántos cigarros fumaba al día? | |
| 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. | |
| 35. | Si hace menos de 12 meses que dejó de fumar. ¿Hace cuántos meses lo dejó? | |

| 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 | |
| B | Marihuana | |
| C | Cocaína | |
| D | Piedra o Crack | |
| E | Pegamento | |
| F | Otro | |

| SECCION D. EXAMEN FISICO | |
|---------------------------------|---|
| 38. | Presión Arterial mm Hg Brazo Izquierdo _____ / _____ |
| 39. | Frecuencia Respiratoria. x min _____ |
| 40. | Frecuencia Cardiaca . x min _____ |

| | | |
|-----|--|----------------|
| 41. | ASPECTO GENERAL 1. normal 2. pálido 3. Emaciado 4. Obeso 5. Ansioso 6. Deprimido 7. Crónicamente enfermo 8. Esta Quejumbroso 9. Otro _____ | _____ _____ |
| 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 _____ | _____ _____ |
| 43. | CABEZA Y CARA: 1. Normal 2. Asimetría cráneo 3. Ganglios palpables 4. Mala implantación Orejas 5. Masas 9. Otros Especificar _____ | _____ _____ |
| 44. | OJOS: 1. Normal 2. Conjuntivitis 3. Pterigion 4. Respuesta pupilar anormal 5. Cataratas 6. Ceguera 7. Estrabismo 9. Otros Especificar _____ | _____ _____ |
| 45. | OIDOS, 1. Normal 2. Secreción purulenta 9. Otros Especificar _____ 3. Cuerpo Extraño 4. Tímpano perforado | _____ _____ |
| 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 _____ | _____ _____ |

| | | | |
|-----|--|---|-------|
| 47. | CUELLO 1. Normal 2. Agrandamiento de tiroides 3. Ganglios 4. Limitación movimiento | 5. Ingurgitación yugular 6. Masas 9. Otros Especificar _____ | _____ |
| 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 _____ | _____ |
| 49. | CORAZON Y PULMONES 1. Normal 2. Soplos cardiacos 3. Alteraciones del ritmo | 4. Estertores 5. Sibilancias 6. Ausencia de murmullo vesicular 9. Otros _____ | _____ |
| 50. | ABDOMEN. 1. Normal 2. Asimetría abdominal 3. Dolor a palpación 4. Visceromegalias | 5. Masa Abdominales 6. Hernias 7. Alteraciones ruidos intestinales 9. Otros _____ | _____ |
| 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 _____ | _____ |
| 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 | _____ |
| 53. | ARTICULACIONES 1. Normal 2. Deformidad 3. Inflamación | 4. Dolor por movimiento/palpación 9. Otros _____ | _____ |
| 54. | PIEL Y FANERAS 1. Normal 2. Cicatriz queloide 3. Hemangioma 4. Áreas hipo/hiperpigmentación | 5. Lunares o nevos de apariencia patológica ... 6. Verrugas 7. Quistes sebáceos 8. Micosis cutánea 9. Otros | _____ |

SECCION E. . FUERZA DE MANO

| | | | |
|-----|--|---------------|--|
| 55. | Cual es su mano dominante. 1. Mano derecha 2. Mano Izquierda | _____ | |
| 56. | Medida de la posición del asa del dinamómetro (cm.) | _____ . _____ | |
| 57. | Fuerza de la mano Derecha 1a vez (Kg.) | 58. | Fuerza de la mano izquierda 1a vez (Kg.) |
| | _____ . 0 | | _____ . 0 |
| 59. | Fuerza de la mano Derecha 2a vez (Kg.) | 60. | Fuerza de la mano izquierda 2a vez (Kg.) |
| | _____ . 0 | | _____ . 0 |

PRUEBA DE ESFUERZO

| | | |
|-----|--|---------------------|
| 61. | RELOJ No. | _____ |
| 62. | ARCHIVO No. | _____ |
| 63. | DURACION DE LA PRUEBA | _____ MIN _____ SEG |
| 64. | PULSO CAROTIDEO DESPUES DE 15 SEGUNDOS DE TERMINADA LA PRUEBA | _____ |
| | LECTURA DEL PULSOS DE ACUERDO AL MONITOR CARDIACO | |
| 65. | FRECUENCIA CARDIACA EN EL EN INTERVALO DE 16 A 20 SEGUNDOS POST PRUEBA. | _____ |
| 66. | FRECUENCIA CARDIACA EN EL EN INTERVALO DE 21 A 25 SEGUNDOS POST PRUEBA. | _____ |
| 67. | FRECUENCIA CARDIACA EN EL EN INTERVALO DE 26 A 30 SEGUNDOS POST PRUEBA. | _____ |

| PRUEBA DE FLEXIBILIDAD (cm.) | | |
|-------------------------------------|-------------|-------|
| 68. | 1ER INTENTO | _____ |
| 69. | 2DO INTENTO | _____ |
| 70. | 3ER INTENTO | _____ |
| 71. | 4TO INTENTO | _____ |

| SECCION F. IMPRESION CLINICA | | Cod |
|-------------------------------------|--|-------|
| 72. | | _____ |
| 73. | | _____ |
| 74. | | _____ |

| 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 | _____ |
| 76. | Respecto a esa limitación, es: 1 = temporal 2 = permanente | _____ |
| 77. | Nombre Medico _____ | _____ |

