

FORMULARIO TEMPORAL POR
CORTE DE SISTEMA PROGRAMADO

HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA

(*) Respuesta obligatoria

Admisión de paciente

Nombre y Apellido _____	PACIENTE ES USUARIO DE ASSE SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Cédula _____	
Fecha de la consulta _____ Hora _____	
Médico tratante _____	

1. DATOS CLÍNICOS DE LA CONSULTA

*** Motivo de consulta**

GLASGOW

PA SISTÓLICA _____ mmHg

PA DIASTÓLICA _____ mmHg

PULSO

FRECUENCIA CARDÍACA _____ cpm

TEMP AXILAR _____ °C

SATURACIÓN O2

ESCALA DEL DOLOR (EVA)

SCORE DE TAL

FRECUENCIA RESPIRATORIA _____ rpm

TIEMPO RECOL. ESP

DESHIDRATACIÓN

ANAMNESIS

EXAMEN FÍSICO

INDICACIÓN FARMACOLÓGICA

INDICACIÓN PARACLÍNICA INTERNA

3. EVOLUCIÓN

4. DIAGNÓSTICO AL FINALIZAR ATENCIÓN

* IRAB

* DIAGNÓSTICO AL FINALIZAR ATENCIÓN

5. RIESGOS

* SEGUIMIENTO PRIORIZADO EN PNA

FIRMA

6. INDICACIONES Y SEGUIMIENTO

INDICACIONES

SERENAR _____ POLICLÍNICA DE PREMATUREZ

* DEPARTAMENTO (PNA) _____

* SERVICIO PNA DE REFERENCIA _____

OTROS (Especificar)

* PLAZO PRÓXIMO CONTROL _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL ACOMPAÑANTE _____

NÚMERO DE DOCUMENTO _____

DOMICILIO DEL ACOMPAÑANTE _____

TELÉFONO DEL ACOMPAÑANTE _____

VÍNCULO _____

2. ESPECIALISTA - INTERCONSULTA

HISTORIA ESPECIALISTA

DIAGNÓSTICO ESPECIALISTA

FIRMA _____