

Universidad Estatal del Sur de Manabí





SERVICIO MÉDICO

FECHA ACTUAL: / FECHA DE INGRESO A LA UNIVERS APELLIDOS Y NOMBRES: CIPASAPORTE: EDAD: FECHA DE NACIMIEN SEXO: H	PAR	EALELO	i: Qunesum	n.edu.ec
SEXO: H M GENERO: M F OTRO: ESTAD PROCEDENCIA: RESIDENCIA ACTUAL CARRERA: SEMESTRE: CELULAR: CORREO INSTITUCIONAL: PRIVADO RESIDENCIA ACTUAL CARRERA: SEMESTRE: CELULAR: CORREO INSTITUCIONAL: PRIVADO RESS general IESS campesino / ISFFA / ISSPOL / PRIVADO RESS DE EMERGENCIA LLAMAR A: Apellidos y Nombres: Parentesco: Celular: Dirección domiciliaria: Parentesco: Parentesco: Celular: Dirección domiciliaria: Dirección domiciliaria	PAR	EALELO	i: Qunesum	n.edu.ec
SEXO: H M GENERO: M F OTRO: ESTAD PROCEDENCIA: RESIDENCIA ACTUAL CARRERA: SEMESTRE: CELULAR: CORREO INSTITUCIONAL: PRIVADO RESIDENCIA ACTUAL CARRERA: SEMESTRE: CELULAR: CORREO INSTITUCIONAL: PRIVADO RESIDENCIA RESIDENCIA ACTUAL CARRERA: SEMESTRE: CELULAR: CORREO INSTITUCIONAL: PRIVADO RESIDENCIA RESIDENC	PAR	EALELO	i: Qunesum	n.edu.ec
SEXO: H M GENERO: M F OTRO: ESTAD PROCEDENCIA: RESIDENCIA ACTUAL CARRERA: SEMESTRE: CELULAR: CORREO INSTITUCIONAL: PRIVADO RESIDENCIA ACTUAL CARRERA: SEMESTRE: CELULAR: CORREO INSTITUCIONAL: PRIVADO RESIDENCIA RESIDENCIA ACTUAL CARRERA: SEMESTRE: CELULAR: CORREO INSTITUCIONAL: PRIVADO RESIDENCIA RESIDENC	PAR	EALELO	i: Qunesum	n.edu.ec
CARRERA: SEMESTRE: CEULAR: CORREO INSTITUCIONAL: SPosee seguro médico? Si: Dos Correo Institucional: Cual? IESS general Diess campesino Diess	_ PAR.	RALELO @	: Qunesum	
Posee seguro médico? Si: No:				
Posee seguro médico? Si: No:				
¿Cual? IESS general / IESS campesino / ISFFA / ISSPOL / PRIVADO I CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Apellidos y Nombres: Parentesco: Celular: Dirección domiciliaria: ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES Y FAMILIARES: GRUPO SANGUINEO: Alergias: Si: No: Quirúrgicos: Si: No: Ginecológico: Si: No: Traumatológico: Si: No: Wedicamentos: Si: No: ¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO PRIORITARIO? Si: No: EN CASO AFIRMATIVO (Se requiere adjuntar copia de cedula donde conste por FISICA: AUDITIVA: VISUAL: INTE				
Apellidos y Nombres: Parentesco: Dirección domiciliaria: ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES Y FAMILIARES: GRUPO SANGUINEO: Alergias: Si: □ No: □ Quirúrgicos: Si: □ No: □ Clínico: Si: □ No: □ Ginecológico: Si: □ No: □ Medicamentos: Si: □ No: □ Quirór: Si: □ No: □ Cloro: Si: □ No: □ CPERTENECE A ALGÚN GRUPO PRIORITARIO? Si: □ No: □ especifique: QUIPOSEE ALGUNA DISCAPACIDAD? Si: □ No: □ EN CASO AFIRMATIVO (Se requiere adjuntar copia de cedula donde conste por FISICA: NFORMACION ADICIONAL:				
Parentesco:				
Dirección domiciliaria:				
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES Y FAMILIARES: GRUPO SANGUINEO: Alergias: Si:				
Alergias: Si: No: Quirúrgicos: Si: No: Clínico: Clínico: Si: No: Clínico: Clín				
Alergias: Si: No: Quirúrgicos: Si: No: Clínico: Si: No: Ginecológico: Si: No: Craumatológico: Si: No: Medicamentos: Si: No: Cotro: No: Cotro: Si: No: No: Cotro: Si: No: No				
Quirúrgicos: Si: No: Clínico: Si: No: Ginecológico: Si: No: Craumatológico: Si: No: Medicamentos: Si: No: Otro: Si: No: EPERTENECE A ALGÚN GRUPO PRIORITARIO? Si: No: EN CASO AFIRMATIVO (Se requiere adjuntar copia de cedula donde conste por FISICA: AUDITIVA: INTE INFORMACION ADICIONAL: EGISTRO DE ADMISIONES:				
Quirúrgicos: Si: □ No: □				
Clínico: Si: No:				
Ginecologico: Si: □ No: □ Traumatológico: Si: □ No: □ Medicamentos: Si: □ No: □ Otro: Si: □ No: □ ¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO PRIORITARIO? Si: □ No: □ especifique: ¿POSEE ALGUNA DISCAPACIDAD? Si: □ No: □ EN CASO AFIRMATIVO (Se requiere adjuntar copia de cedula donde conste por FÍSICA: AUDITIVA: VISUAL: INTE NFORMACION ADICIONAL: EGISTRO DE ADMISIONES:				
Traumatológico: Si: □ No: □				
Otro: Si: No: EPERTENECE A ALGÚN GRUPO PRIORITARIO? Si: No: EN CASO AFIRMATIVO (Se requiere adjuntar copia de cedula donde conste por FÍSICA: NFORMACION ADICIONAL: EGISTRO DE ADMISIONES:				
Otro: Si: No: EPERTENECE A ALGÚN GRUPO PRIORITARIO? Si: No: EN CASO AFIRMATIVO (Se requiere adjuntar copia de cedula donde conste por FÍSICA: AUDITIVA: UNSUAL: INTE				
EN CASO AFIRMATIVO (Se requiere adjuntar copia de cedula donde conste poi FISICA: AUDITIVA: VISUAL: INTE NFORMACION ADICIONAL: EGISTRO DE ADMISIONES:				
EN CASO AFIRMATIVO (Se requiere adjuntar copia de cedula donde conste por FISICA: AUDITIVA: VISUAL: INTE NFORMACION ADICIONAL: EGISTRO DE ADMISIONES:				
EN CASO AFIRMATIVO (Se requiere adjuntar copia de cedula donde conste por FISICA: AUDITIVA: VISUAL: INTE				
NFORMACION ADICIONAL: EGISTRO DE ADMISIONES:	entaje	de dis	capacio	dad).
GISTRO DE ADMISIONES:	ECTUA	AL:	0	TRA:
EGISTRO DE ADMISIONES:				
FECHA BASIONISTA FECHA ADMISIONISTA FECHA				
FECHA GAMEN ADMISIONISTA FECHA		\$	SUBSECUENTE	
PRII EL		PRIMERA	CUE	ADMISIONISTA
	AD	뭂	BSE	7.5
	EDAD	-	SUI	
	EDAD	\vdash		
	EDAD			
	EDAD			
	EDAD	1 7		
	EDAD			



Universidad Estatal del Sur de Manabí Creada el 7 de Febrero del año 2001 según Registro Oficial # 261

Dirección de Bienestar Universitario



1				
	CI:			
a				

REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA	EVOLUCION	DIAGNÓSTICO	MEDICO RESPONSABLE
	Motivo de Consulta:	CIE-10:	
TA:mmhg FC: lpm T: °C	Examen físico especifico:		
TALLA:m PESO: kg	Tratamiento:		
FECHA	EVOLUCION	DIAGNÓSTICO	MEDICO RESPONSABLE
	Motivo de Consulta:	CIE-10:	
TA:mmhg FC: lpm T: °C	Examen físico especifico:		
TALLA:m PESO: kg	Tratamiento:		
FECHA	EVOLUCION	DIAGNÓSTICO	MEDICO RESPONSABLE
	Motivo de Consulta:	CIE-10:	
TA:mmhg FC: lpm T: °C	Examen físico especifico:		
TALLA:m PESO: kg	Tratamiento:		
FECHA	EVOLUCION	DIAGNÓSTICO	MEDICO RESPONSABLE
TLOTA			INILDICO RESPONSABLE
	Motivo de Consulta:	CIE-10:	
TA:mmhg FC: lpm T: °C TALLA:m	Examen físico especifico:		
PESO: kg	Tratamiento:		
FFOUR	B.O. LOOP	Du QUÁ OTIGO	MEDICO DE ODOMONDI S
FECHA	EVOLUCION	DIAGNÓSTICO	MEDICO RESPONSABLE
	Motivo de Consulta:	CIE-10:	
TA:mmhg FC: lpm T: °C TALLA:m	Examen físico especifico:		
TALLA:m PESO: kg	Tratamiento:		
		•	