SERVICIO MÉDICO

REGISTRO DE PRIMERA ADMISION:

FECHA ACTUAL: ____/____/_____ FECHA DE INGRESO A LA UNIVERSIDAD: _____/
APELLIDOS Y NOMBRES: _____
CI/PASAPORTE: _____EDAD: _____FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/
SEXO: H ☐ M ☐ GÉNERO: M ☐ F ☐ OTRO: _____ ESTADO CIVIL: _____
PROCEDENCIA: _____ RESIDENCIA ACTUAL: _____
CARRERA: _____SEMESTRE: _____ PARALELO:
CELULAR: _____CORREO INSTITUCIONAL:_____@unesum.edu.ec

¿Posee seguro médico? Si: □ No: □
¿Cual? IESS general □ / IESS campesino □ / ISFFA □ / ISSPOL □ / PRIVADO □

EN 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: □ _____
Clínico: Si: □ No: □ _____
Ginecológico: 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 porcentaje de discapacidad).**

FÍSICA:	AUDITIVA:	VISUAL:	INTELECTUAL:	OTRA:

INFORMACION ADICIONAL:

_____
_____

REGISTRO DE ADMISIONES:

FECHA	EDAD	PRIMERA	SUBSECUENTE	ADMISIONISTA	FECHA	EDAD	PRIMERA	SUBSECUENTE	ADMISIONISTA

CI:

REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA	EVOLUCION	DIAGNÓSTICO	MEDICO RESPONSABLE
TA: ___mmhg FC: ___ lpm T: ____ °C TALLA: ___m PESO: ___ kg	Motivo de Consulta: Examen físico especifico: Tratamiento:	CIE-10:	
FECHA	EVOLUCION	DIAGNÓSTICO	MEDICO RESPONSABLE
TA: ___mmhg FC: ___ lpm T: ____ °C TALLA: ___m PESO:___ kg	Motivo de Consulta: Examen físico especifico: Tratamiento:	CIE-10:	
FECHA	EVOLUCION	DIAGNÓSTICO	MEDICO RESPONSABLE
TA: ___mmhg FC: ___ lpm T: ____ °C TALLA: ___m PESO: ___ kg	Motivo de Consulta: Examen físico especifico: Tratamiento:	CIE-10:	
FECHA	EVOLUCION	DIAGNÓSTICO	MEDICO RESPONSABLE
TA: ___mmhg FC: ___ lpm T: ____ °C TALLA: ___m PESO: ___ kg	Motivo de Consulta: Examen físico especifico: Tratamiento:	CIE-10:	
FECHA	EVOLUCION	DIAGNÓSTICO	MEDICO RESPONSABLE
TA: ___mmhg FC: ___ lpm T: ____ °C TALLA: ___m PESO:___ kg	Motivo de Consulta: Examen físico especifico: Tratamiento:	CIE-10:	