**No. De expediente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nota Médica - Ficha de identificación**

**Nombre del usuario:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** **Día**\_\_\_\_\_ **Mes**\_\_\_\_\_ **Año**\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha:** Día\_\_\_\_\_\_Mes\_\_\_\_\_\_Año\_\_\_\_\_\_  **Hora:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Kg  **Talla**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm  **IMC**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kg2/m2  **FC**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **FR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Temp:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **TA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Sat O2:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Glucosa capilar:** \_\_\_\_\_\_ mg/dl  **Perímetro cefálico:** \_\_\_\_\_ cm | Motivo de consulta:  Padecimiento actual:  Exploración física:  Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento:  Diagnósticos:  Plan de estudio y/o tratamiento (indicaciones médicas, vía de administración, dosis, periodicidad):  Cuidados generales:  Pronóstico: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre completo, firma y Cédula Profesional del médico**