




Fecha:

Nombre y Apellido: _____
Edad: _____ N° Teléfono: _____

1. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

	Descripción (ej. tiempo de evolución, tratamientos, secuelas)	
Enfermedades cardíacas (angina de pecho, infarto, etc.)		
Diabetes		
Hipertensión arterial		
Padecimientos articulares		
Pérdida del conocimiento		
Enfermedades respiratorias		
Cirugías		
Hospitalizaciones (motivo)		
Traumatismos relevantes		
Otros		
Medicación actual		
Nombre comercial	Droga	Dosificación

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión : 01 Código : F-07RP-AM-04 Fecha : 15/05/2013 Página 2 de 4
	Control Preadmisional	

3. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Tabaquismo (cig/día/años)	
Alcoholismo (beb/frec)	


3. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS. MARQUE CON UNA , SI CORRESPONDE:

Aparato digestivo			Aparato respiratorio		
Pirosis frecuente		Hepatitis B o C	Asma		Alteraciones de la voz
Nauseas y vómitos frecuentes		Cirrosis	Bronquitis		Neoplasias
Diarrea crónica		Hemorroides	Neumonía		TBC
Sangre en heces		Neoplasia	Enfisema		Internaciones
Litiasis vesicular		Diverticulosis	Otras		
Hernias		Úlceras			

Enf. metabólicas			Sistema músculo esquelético		
			Especificar el lado afectado (derecho, izquierdo o ambos)		
Diabetes tipo I		Diabetes tipo II	Artrosis		Fracturas
¿Diabetes con daño objetivable de órgano blanco?			Lumbago		Neoplasias
Enf. tiroides con Bocio		Obesidad	Hernia de disco		Meniscopatías
Enf. tiroides sin Bocio			Enf. colágeno		Internaciones
Otras			Osteoporosis		
			Otras		

Urogenital			Historia Gineco Obstétrica		
Cálculos urinarios		Hematuria	N° partos		N° de cesáreas
Incontinencia		Neoplasias	Miomas		Metrorragia
Prolapso		Dolor ginecológico	Quiste de ovario		Hipermenorrea
Otras			Neoplasia		Internaciones
			Fecha de último pap y resultado:		

Oftalmológica y Otorrinolaringológica			Piel y anexos		
Especificar el lado afectado (derecho, izquierdo o ambos)			(lesiones relevantes)		
Cataratas		Lado:	Lunares operados		
Miopía		Lado:	Úlceras		
Astigmatismo		Lado:	Psoriasis		
Estrabismo		Lado:	Verrugas		
Sinusitis		Pterigion	Lipomas		
Cirugía de Amígdalas		Amigdalitis a repetición	Quistes sebaceos		
Tabique desviado		Alteración de la voz	Neoplasias		
Rinitis		Otros			

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión : 01 Código : F-07RP-AM-04 Fecha : 15/05/2013 Página 3 de 4
	Control Preadmisional	

Descripción de datos de valor positivo (ej. tiempo de evolución, tratamientos, secuelas).


Métodos aux. de dx con datos de valor positivo (Rx, Ecografías, Endoscopias, biopsias, etc.):

4. EXAMEN FÍSICO

Peso:	Estatura:	Presión Arterial:	
IMC:	FR:	FC:	Aspecto general:

4.1. Exploración regional (datos de valor positivo)

1. Cabeza y cuello
2. Tórax
3. Abdomen
4. Miembros
5. Genitales
6. Piel y anexos
7. Sistema nervioso
Valores fuera del rango de referencia en exámenes de laboratorio:

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión : 01 Código : F-07RP-AM-04 Fecha : 15/05/2013 Página 4 de 4
	Control Preadmisional	

Alteraciones en Rx tórax, ECG, Ecocardiografía (si corresponde):

5- DIAGNÓSTICOS

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-

Observación:

- En caso de hallazgos patológicos, que requieran de estudios complementarios para definir un diagnóstico, solicite los estudios pertinentes. En especial, diabetes e HTA. Cite al futuro beneficiario, con los resultados, para otra consulta y, con la evaluación completa, remita este documento a OAMI SA.

*Ejemplo: En caso de futuro beneficiario que **no se reconozca** hipertensos y con presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg o diastólica ≥ 90 mmHg, citelo para una nueva consulta, con el fin de definir el diagnóstico de HTA.*

Ante hallazgos de valor patológico, es importante que se los comuniquen al futuro beneficiario para que realice el correspondiente seguimiento y u o tratamiento con su médico de cabecera.

6- ESTUDIOS SOLICITADOS

Firma y sello del profesional	Aclaración de firma	Fecha

Dictamen final de Auditoría Médica

Auditor médico, firma y fecha