



**REPÚBLICA DE PANAMÁ  
MINISTERIO DE SALUD**

**RESOLUCIÓN No. 051**  
(De 9 de FEBRERO de 2017)

Que adopta y aprueba la historia clínica de las personas adultas, adultas mayores, la hoja de evolución y sus respectivos instructivos de llenado, para su utilización en todas las instalaciones del Ministerio de Salud que ofrezcan atención primaria de salud en el país.

**EL MINISTRO DE SALUD**  
en uso de sus facultades legales,

**CONSIDERANDO:**

Que el artículo 109 de la Constitución Política consagra el derecho a la salud como el completo bienestar físico, mental y social.

Que el Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, crea el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud que por mandato constitucional son responsabilidad del Estado.

Que como órgano de la función ejecutiva, al Ministerio de Salud le corresponde la determinación y conducción de la política de salud del Gobierno en el país.

Que de conformidad con el Decreto 75 de 27 de febrero de 1969 que establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud, le corresponde como parte de sus funciones generales, mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico-administrativos y manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento de eficiencia comprobada.

Que la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada, recoge los datos básicos que deben contener las historias clínicas de los pacientes.

Que el Programa de Salud del Adulto y Adulto Mayor del Ministerio de Salud, atendiendo a las necesidades de actualización se avocó a un diálogo inter programático presencial y virtual, con coordinadores nacionales, regionales y locales del Ministerio de Salud. Esta es una necesidad en respuesta a cambios científicos-tecnológicos, demográficos y epidemiológicos de la población bajo cobertura del Programa en comento.

Que el Decreto Ejecutivo 393 de 14 de septiembre de 2015, adopta los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), vinculados directamente con la Política No.3 del Ministerio de Salud, “lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud con equidad, eficiencia y calidad”.

Que el Decreto Ejecutivo 1510 de 19 de septiembre de 2014, modificado por el Decreto Ejecutivo 846 de 4 de agosto de 2015, establece la estrategia nacional para la prevención y el control integral de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, entre otras disposiciones, modificado crea el Departamento de Enfermedades No Transmisibles con el propósito de reducir la prevalencia de factores de riesgo, la discapacidad, la morbilidad y las muertes asociadas y la nueva historia clínica que forma parte integral de la presente Resolución se ajusta a dichas necesidades.



Que como parte de las metas y objetivos estratégicos derivados de la 138ª reunión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el país se compromete a promover un envejecimiento saludable, definido como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permita el bienestar en la vejez.

Que la Ley 36 de 2 de agosto de 2016, establece la normativa para la protección integral de los derechos de las personas adultas mayores y se instauran las responsabilidades del Estado en la modernización de las entidades involucradas en la implementación de políticas públicas orientadas hacia los adultos mayores.

Que en atención a todo lo antes señalado y en función de poder priorizar la atención al grupo poblacional de los adultos y adultos mayores, deben tomarse las medidas administrativas que permitan cumplir con los compromisos tanto nacionales como internacionales.

#### RESUELVE:

**Artículo Primero:** Adoptar el formulario denominado Historia Clínica de las Personas Adultas y Adultas Mayores con su respectivo instructivo, para su utilización en todas las instalaciones del Ministerio de Salud que ofrezcan atención primaria de salud en el país, que se reproducen en los Anexos 1 y 2 respectivamente y forman parte integral de la presente Resolución.

**Artículo Segundo:** El médico debe actualizar cada tres (3) años la información del paciente en la historia clínica general y la información contenida en la Sección de Adulto Mayor de dicho documento deberá ser actualizada por el médico cada año.

**Artículo Tercero:** Adoptar el formulario denominado Hoja de Evolución de Programa de Salud de Adultos y Adultos Mayor con su respectivo instructivo, para su utilización en todas las instalaciones del Ministerio de Salud que ofrezcan atención primaria de salud en el país, que se reproducen en los Anexos 3 y 4 respectivamente y forman parte integral de la presente Resolución.

**Artículo Cuarto:** El médico debe actualizar anualmente la información del paciente contenida en la Hoja de Evolución de Programa de Salud de Adultos y Adultos Mayor.

**Artículo Quinto:** La presente Resolución empezará a regir a partir de su promulgación.

**Fundamento Legal:** Constitución Política de la República, Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, Decreto 75 de 27 de febrero de 1969, Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, Decreto Ejecutivo 393 de 14 de septiembre de 2015, Decreto Ejecutivo 1510 de 19 de septiembre de 2014, modificado por el Decreto Ejecutivo 846 de 4 de agosto de 2015 y Ley 36 de 2 de agosto de 2016.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

  
Dr. MIGUEL A. MAYO DIBELLO  
Ministro de Salud



# **ANEXO 1**

## **Historia Clínica de las Personas Adultas y Adultas Mayores**





## Ministerio de Salud

### Historia Clínica de Personas Adultas y Adultas Mayores



Esta color significa ALERTA

NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CÓNYUGE	FECHA DE NACIMIENTO dia mes año		TIPO DE USUARIO separado <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	Cédula		
	1er NOMBRE	2do NOMBRE		EDAD (años) [ ][ ]		activo <input type="radio"/> inactivo/pensión <input type="radio"/> beneficiario <input type="radio"/>	no. de identificación		
DOMICILIO	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	SEXO f <input type="radio"/> m <input type="radio"/>	ETNIA blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> castiza <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>	ALFA BETA si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	ESTUDIOS ninguno <input type="radio"/> primario <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/>	estado(a) unión estable <input type="radio"/> soltero(a) <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>	Donante de Sangre si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>
	CASA/APTO	CALLE	PUNTO DE REFERENCIA				viene sol(a) <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	Grupo <input type="checkbox"/> Rh <input type="checkbox"/>	
	LUGAR DE TRABAJO	PROFESIÓN/OFCIO	OCCUPACIÓN	TEL. DE TRABAJO	CASO DE URGENCIA NOTIFICAR	RELACIÓN	TELÉFONO		
MOTIVO DE CONSULTA									

Antecedentes Personales	si	no	Fecha de Inicio	Observaciones / medicamentos
Hipertensión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Obesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Enfermedad respiratoria (Asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Tuberculosis, otro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Enfermedad renal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Enfermedad gastrointestinal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Enfermedad articular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Enfermedad infecciosa contagiosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Dislipidemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Enfermedad Mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Trastorno del sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Alergia (medicamento, alimento, otro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Problema de salud relacionado a condiciones de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Intervenciones quirúrgicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Hospitalizaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Otro Problema de Salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar

Antecedentes Familiares	si	no	Observaciones
Infarto en mujer menor de 55 años o en varón menor de 45 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hipertensión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Obesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Enfermedad respiratoria (Asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Tuberculosis, otro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Especificar
Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Especificar
Dislipidemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Enfermedad neurodegenerativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Especificar
Enfermedad Mental, adicción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Especificar
Violencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Problema judicial relacionados a violencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Alergia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Enfermedad genética	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Especificar
Familiar con discapacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Alguna otra situación preocupante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Especificar





FACTORES DE RIESGO			
<b>TABAQUISMO</b> Ha fumado <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no Fuma actualmente <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no PRODUCTO QUE UTILIZA: cigarrillo <input type="radio"/> tabaco mascado <input type="radio"/> pipa <input type="radio"/> pipa de agua <input type="radio"/> puros <input type="radio"/> INTENCIÓN DE CESAR: no aplica <input type="radio"/> hoy <input type="radio"/> en 6 meses <input type="radio"/> algún día <input type="radio"/> nunca <input type="radio"/> años que ha fumado <input type="text"/> cantidad de cigarrillos/día <input type="text"/> tiempo para 1er consumo del día <input type="text"/> minutos		<b>ALCOHOLISMO/ AUDIT-C</b> 1. ¿Con cuánta frecuencia toma una bebida que contiene alcohol? nunca <input type="radio"/> 1-3 veces al mes o más <input type="radio"/> 2-4 veces al mes <input type="radio"/> 2-3 veces a la semana <input type="radio"/> 4 o más veces por semana <input type="radio"/> 2. ¿Cuántas bebidas con alcohol toma en un día típico en que bebe? 1 ó 2 <input type="radio"/> 3 ó 4 <input type="radio"/> 5 ó 6 <input type="radio"/> 7 ó 9 <input type="radio"/> 10 ó más <input type="radio"/> 3. ¿Con cuánta frecuencia toma seis o más bebidas en una sola ocasión? nunca <input type="radio"/> Menos de una vez al mes <input type="radio"/> Una vez al mes <input type="radio"/> Una vez por semana <input type="radio"/> A diario o casi diario <input type="radio"/> Total <input type="text"/>	
<b>DROGAS ILCITAS</b> marihuana <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> esporádico <input type="radio"/> cocaína <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> otra <input type="text"/>		<b>ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA</b> 1. Incluye diariamente alimentos de todos los grupos <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 2. Evita consumir alimentos fritos <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 3. Consume diariamente frutas y vegetales <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 4. Consume pocos alimentos con alto contenido de azúcar <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 5. Bebe por lo menos 8 vasos de agua al día <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 6. Actividad física 30 minutos diarios <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 7. Evita consumir alimentos con alto contenido de sal, condimentos artificiales o empaquetados en sobre, latas, frascos y cajeta <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> <b>DEPRESIÓN</b> Cinco (o más) síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) o pérdida de interés o de placer. 1. Estado de ánimo deprimido casi todo el día <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 2. Pérdida de interés o de placer <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 3. Pérdida o aumento importante de peso <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 4. Insomnio o Hipersomnia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 5. Agitación o retraso psicomotor <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 6. Fatiga o pérdida de energía <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 8. Disminución de capacidad para concentrar o tomar decisiones <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 9. Pensamiento de muerte recurrente <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> <b>ANSIEDAD</b> 1. Períodos o ataques más de una ocasión, en que de repente se ha sentido ansioso, asustado, incómodo o intranquilo, aún en situaciones en que la mayoría de la gente no se sentiría así. <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 2. En algún momento en el pasado, alguno de estos ataques o períodos aparecieron inesperadamente y ocurrieron de una manera impredecible o sin provocación. <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Para ser considerado riesgo debe tener "sí" en ambos aspectos.	
<b>Tamizaje</b> Control general de salud una vez por año <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Observaciones <input type="text"/> Control de salud bucal una vez por año <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> última fecha <input type="text"/> Papanicolaou (Mujer de 20 - 65 años) <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> última fecha <input type="text"/> resultado <input type="text"/> Mamografía (Mujer > 40 - 69 años) <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> última fecha <input type="text"/> resultado <input type="text"/> Cáncer de Próstata individualizado, (hombre 40 - 75 años) <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> última fecha <input type="text"/> resultado <input type="text"/> TIPO DE PRUEBA <input type="radio"/> tacto rectal <input type="radio"/> sangre <input type="radio"/> Tamizaje por diabetes (desde los 40 años) <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> FBA/c por equipo estandarizado <input type="text"/> % <input type="text"/> Cáncer de colon (50-75 años) <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sangre oculta <input type="text"/> Enfermedad renal (>40 años) (MB y CREA en orina al azar) <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> fecha <input type="text"/> orina <input type="text"/> orina <input type="text"/> Caídas último año (>60 años) <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Capacidad visual (>50 años) <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> agudeza visual <input type="text"/> Capacidad auditiva (>65 años) <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Tuberculosis (Por tos en últimos 15 días) <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Vacuna contra tétano (en últimos 10 años) <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Vacuna contra influenza en el último año (> 60 o diabético(a)) <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Vacuna contra Neumococo en el último año (> 60 o diabético(a)) <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		<b>VIOLENCIA</b> 1. Se mira con facilidad <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 2. Hace cosas de las que se arrepiente <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 3. Se siente desvalorizado(a) en relaciones interfamiliares <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 4. Se comporta hostilmente <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 5. Le cuenta a alguien sus problemas <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> <b>VIDA SEXUAL</b> 1. Relaciones sexuales insatisfactorias <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 2. Disminución del deseo sexual <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 3. Dolor con la relación sexual <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 4. Relaciones sexuales no voluntarias <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 5. Cambia de pareja frecuentemente o varias parejas a la vez <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> <b>ENFOQUE VIOLENTO</b> social <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> doméstico <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> <b>ARMAS DE FUEGO</b> tiene acceso <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> la utiliza <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> <b>MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b> no usa <input type="radio"/> emergencia <input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> esterilización <input type="radio"/> hormonal <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> coito interrumpido <input type="radio"/> Ogino-Knauss <input type="radio"/> (calendario) <input type="radio"/>	
<b>Genograma</b> Hombres: <input type="checkbox"/> Mujeres: <input type="checkbox"/> Padres: <input type="checkbox"/> Hijo: <input type="checkbox"/> Esposa: <input type="checkbox"/> Hijos: <input type="checkbox"/> Abuelos: <input type="checkbox"/> Nietos: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>		<b>OBSTÉTRICO</b> gestas previas <input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> vaginales <input type="checkbox"/> nacidos vivos <input type="checkbox"/> 3 espant. consecutivos <input type="checkbox"/> ent. ectópico <input type="checkbox"/> partos <input type="checkbox"/> cesáreas <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> <b>REMARKIA</b> años <input type="text"/> <b>RITMO MENSTRUAL</b> duración, período <input type="text"/> días <b>SABERADO MENSTRUAL</b> escaso <input type="radio"/> regular <input type="radio"/> abundante <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/> <b>ÚLTIMA MENSTRUACIÓN</b> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>	

Hombre  Mujer





### EXPLORACIÓN FÍSICA

<b>INSPECCIÓN GENERAL</b>	<b>VITALES</b>	Presión Arterial Sistólica: <input type="text"/> / <input type="text"/> Diastólica: <input type="text"/> / <input type="text"/> FC: <input type="text"/> FR: <input type="text"/>	Peso: <input type="text"/> kg Talla: <input type="text"/> cm IMC: <input type="text"/>	<b>Riesgo 20 – 59 años</b> 1. IMC <19.9 Bajo peso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2. IMC 25-29.9 Sobrepeso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3. IMC >30 Obesidad <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 4. Cintura Hombre >102cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Mujer >0.88cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	<b>Riesgo 60 años y más</b> 1. IMC <23 delgadez <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2. IMC 23 a <32 Sobrepeso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3. IMC >32 Obesidad <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 4. Cintura Hombre >102cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Mujer >0.88cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no
---------------------------	----------------	--	--	--	---

Examen Físico Segmentario	Normal	Anormal	Descripción de alteraciones
Cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ojos - Oídos - Nariz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Boca - Garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cuello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tórax - Columna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mamas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pulmones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Genitourinario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rectal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Extremidades Superiores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Extremidades Inferiores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Articulaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Vascular Periférico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Neuroológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Otros (Especificar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL

### ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

<b>Nivel 0</b> <input type="checkbox"/> Asintomáticos con o sin factores de riesgo. Estrategia: Actividades preventivas y promoción de la salud	<b>Nivel 1</b> <input type="checkbox"/> Presencia de 1-2 enfermedades crónicas, con condiciones todavía en estados incipientes. Son de riesgo bajo. Estrategia: Apoyo para el autocuidado	<b>Nivel 2</b> <input type="checkbox"/> Presencia de comorbilidad/ multipatología (presencia de 3-4 enfermedades crónicas). Son de riesgo alto pero de menor complejidad. Estrategia: Gestión de la enfermedad, combinando cuidados profesionales con apoyo al autocuidado.	<b>Nivel 3</b> <input type="checkbox"/> presencia de ≥ 5 enfermedades crónicas. Son de riesgo muy alto, con una mayor carga de fragilidad. Estrategia: Gestión integral del caso con cuidados fundamentalmente profesionales
--	--	--	---

### PLAN DE MANEJO

	<b>CONSEJERÍA</b>		
	Dejar de fumar ..... <input type="radio"/> Dejar de consumir Alcohol..... <input type="radio"/> Dejar de consumir drogas ilícitas ..... <input type="radio"/> Estilo de vida saludable ..... <input type="radio"/> Prácticas sexuales seguras ..... <input type="radio"/> Planificación familiar..... <input type="radio"/> Prevención de caídas ..... <input type="radio"/>		
	<b>REFERENCIA</b>		
	Clínica de cesación..... <input type="radio"/> Salud mental..... <input type="radio"/> Salud nutricional..... <input type="radio"/> Salud bucal..... <input type="radio"/> Trabajo social..... <input type="radio"/>		
Firma del profesional de salud	Firma del profesional de salud	Firma del profesional de salud	
Fecha	Fecha	Fecha	





**VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI) – PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS**

**VALORACIÓN FUNCIONAL**  
(Índice de Katz modificado)

Indicadores de independencia funcional

Fuente de información:  
paciente    
informante

Puntaje:  
 <4 = Dependencia total  
 4-6 = Dependencia grave  
 7-9 = Dependencia moderada  
 >9 = Dependencia leve  
 16 es la máxima puntuación (14 en caso en silla de ruedas)

1. Bañarse.....

2. Vestirse.....

3. Apariencia personal.....

4. Usar el inodoro...

5. Continencia.....

6. Trasladarse.....

7. Cambiar.....

8. Alimentarse.....

Total

**VALORACIÓN MENTAL**  
(MMT COG)

1. Instruya al paciente a escuchar cuidadosamente y recordar 3 palabras, no relacionadas y repetidas. Instruya solo una vez. Al final de toda la prueba pida al paciente que repita las 3 palabras. Por ejemplo: Manzana, árbol, escuela.

2. El paciente debe dibujar un reloj con sus números y una hora específica (dada por el evaluador). Ocular todo el tiempo que sea necesario. Puede ofrecerse el círculo ya diseñado. Se considera anomalías en el reloj la secuencia o posición de los números y/o de las manecillas.

Palabra: Primera   Segunda   Tercera

Recordaba sí/no

Anomalía sí/no

Total

Puntaje:  
 0 = con errores del reloj = Probable déficit cognitivo  
 1-2 con anomalías del reloj = Probable déficit cognitivo  
 1-2 sin anomalías del reloj = Negativo por déficit cognitivo  
 3-4 Sin anomalías = Negativo por déficit cognitivo

**AUTO VALORACIÓN DE LA SALUD**

Para su edad, ¿Ud. diría en general que su salud es...?

muy mala  mala  regular  bueno  excelente

1 2 3 4 5

**VALORACIÓN SOCIAL**

Problema social observado

**VALORACIÓN AFECTIVA**  
(Prueba de Yesavage)

1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida?.....

2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?.....

3. ¿Siente que su vida está vacía?.....

4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?.....

5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?.....

6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?.....

7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?.....

8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?.....

9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?.....

10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?.....

11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?.....

12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?.....

13. ¿Se siente lento/a de energía?.....

14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?.....

15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?.....

Puntaje:  
 0-5 = Normal  
 6-10 = Depresión moderada  
 >10 = Depresión severa

Total

Persona mayor Bajo Riesgo	Persona mayor de Riesgo Intermedio	Persona mayor de Riesgo Alto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menor de 60 años, sano(a) ó con enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitante	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mayor 60 años.</li> <li>Situación clínica con alta probabilidad de producir pérdida funcional</li> <li>Vive solo, viudedad reciente</li> <li>Bajo nivel socioeconómico</li> <li>Cambio frecuente de domicilio</li> <li>Institucionalización</li> <li>Aislamiento social</li> <li>Falta de apoyo social</li> <li>Problemas en la vivienda</li> <li>Rechazo de su situación</li> <li>Ingreso hospitalario reciente (últimos 12 meses)</li> <li>Poli medicación (4 ó más fármacos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria,</li> <li>Incapacitado en su domicilio</li> <li>Situación terminal</li> <li>Ingreso hospitalario</li> <li>Descompensación clínica reciente</li> </ul>

**LISTA DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

NOMBRE DE MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	DO SIS	FECHA DE INICIO	OBSERVACIÓN





**ANEXO 2**  
**Instructivo para el llenado de la historia**  
**clínica de las personas adultas y adultas**  
**mayores**







## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LAS PERSONAS ADULTAS Y ADULTAS MAYORES

La presente es una historia clínica con un enfoque más orientado en a la promoción de salud, la prevención y la detección del riesgo que al diagnóstico de la enfermedad. Se ha incluido tamizajes tipo preguntas y cuestionarios cortos. Las morbilidades del interrogatorio en antecedentes personales y familiares son las más frecuentes en el primer nivel de atención. Luego de examen físico y establecimiento del diagnóstico está contemplado la estratificación del riesgo y en el plan a seguir las consejerías más frecuentes de acuerdo al diagnóstico y los riesgos detectados.

Secciones de la Historia Clínica

### I. Datos Generales

Indicar en forma general los datos del paciente.

- **Nombre:** Anotar el nombre en la siguiente secuencia: apellido paterno, materno, de casada, primer nombre, segundo nombre.
  - **Fecha de nacimiento:** Anotar el día, mes y año en que nació.
  - **Edad:** Años cumplidos.
  - **Sexo:** Especificar el sexo fenotípico (masculino o femenino)
  - **Estado Civil:** Anotar si el/la paciente es soltero(a), casado(a), divorciado(a), unido(a), o viudo(a).
  - **Tipo de Usuario:** Consignar si el paciente es asegurado o no en la casilla correspondiente.
  - **Tipo de Asegurado:** Marcar el tipo de seguro social que tiene el paciente.
    - **Activo:** paciente que trabaja, cotiza y tiene su ficha y talonario al día.
    - **Pensionado o jubilado:** Paciente que goza de una pensión económica por invalidez o vejez y tiene su respectivo carné.
    - **Beneficiario:** marque con un gancho si es beneficiario.
  - **Dirección:** Según división política, consignar: provincia, distrito, corregimiento, comunidad, zona, calle, N° de casa o apartamento, teléfono de residencia y puntos de referencia.
  - **Lugar de trabajo:** Anotar el nombre de la empresa en que labora.
  - **Teléfono de trabajo:** Anotar el número telefónico del trabajo.
  - **Profesión / Oficio:** Describir la carrera en la que se graduó.
  - **Ocupación:** Actividad laboral a la que se dedica el paciente, habitualmente.
  - **Escolaridad:** Anotar en el espacio indicado el último nivel académico y año aprobado.
  - **En caso de urgencia notificar a:** Anotar el nombre de la persona a quien llamar en caso de urgencia y registrar su relación o parentesco, teléfono y dirección.
  - **Donante de sangre:** anotar si el paciente es donante de sangre.
  - **Tipaje y RH:** anotar el tipo de sangre y el grupo sanguíneo del paciente en la casilla correspondiente.
  - **Etnia:** de acuerdo a la observación del profesional que atiende se describe como blanco, indígena, negro, otros.
- Motivo de la Consulta**

El paciente expresa espontáneamente el motivo de su consulta.

### II. Antecedentes Personales

Identifica la presencia o no de padecimientos o enfermedades y cualquier otra información médico-quirúrgica importante sobre el paciente. Señale con un gancho en la casilla correspondiente la respuesta dada por el paciente. Se ha estipulado las morbilidades más frecuentemente registradas en el primer nivel de atención en orden decreciente según su frecuencia.

- **Sí:** Como positivo (indica un problema diagnosticado por un facultativo o un antecedente médico).
- **No:** Como negativo (indica que el problema no ha sido diagnosticado o la persona no lo sabe).
- En la columna de observaciones o medicamentos se pueden hacer anotaciones de los medicamentos que reciben el paciente ya sea de precepción médica o los que se auto medica.

### III. Antecedentes Familiares

Identifica la presencia o no de padecimientos o enfermedades en la familia de orientación del paciente. Se registra en la columna de al lado las observaciones pertinentes.

### III- Factores de Riesgo:





Esta sección contempla preguntas para medir riesgos sobre uso de tabaco, uso nocivo de alcohol, drogas ilícitas, alimentación inadecuada, actividad física insuficiente, depresión, ansiedad, violencia, vida sexual.

Preguntas tipo Tamizajes para detectar riesgo de uso nocivo de alcohol como el AUDIT-C. Es un instrumento de tamizaje avalado por la OMS. Se brinda los valores para interpretar la prueba.

Preguntas con respuesta tipo escala de Likert sobre Alimentación y actividad física según el estándar que se maneja en la dirección nacional de nutrición de MINSA.

Preguntas de tamizaje por depresión según el DSM V. Especifica el valor de depresión y es herramienta para el diagnóstico.

Escala de ansiedad estandarizada Preguntas tamizaje de ansiedad. (Fuente: MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview. Se especifica en texto que 2 preguntas con resultado positivo es de riesgo.

Tamizaje por riesgo de violencia son preguntas con respuesta por escala de Likert Identifica la propensión del paciente a actuar de forma agresiva si todas son positivas es un individuo con riesgo de violencia y requiere consejería.

Presencia de armas de fuego en el hogar respuesta de Si o No. Este ítem asociado al anterior aumenta requiere referencia al servicio de salud mental.

Hay una sección de tamizajes relacionadas con la frecuencia con que el paciente se hace controles de salud general, bucal, y los tamizajes de Papanicolaou, mamografía, cáncer de próstata, diabetes, cáncer de colon, enfermedad renal, tuberculosis, caídas adulto mayor en último año. En la historia se señala las edades en que se aplican estos tamizajes.

Otras tamizajes:

Capacidad visual: se pregunta al paciente como está la visión, y si afirma que tiene capacidad disminuida se aplica tabla Snellen. Es una tarjeta estandarizada que se usa a distancia menor de 6 metros.

Capacidad auditiva: al paciente se le hace pregunta única (**Usted tiene algún problema de audición actualmente.**) Si la respuesta es afirmativa se refiere para confirmar la pérdida auditiva.

Tamizaje renal: se pregunta la paciente si se le ha efectuado prueba de creatinina y proteína en orina como búsqueda de enfermedad asintomática.

Se hacen preguntas de la vida sexual y métodos anticonceptivos indistintamente si es hombre o mujer para determinar los comportamientos de riesgo.

Salud reproductiva en cuanto a la menarquia, ritmo menstrual, última menstruación, historia obstétrica como en la historia anterior

#### IV. GENOGRAMA

Tomando en cuenta que nuestro modelo de atención es familiar y comunitario, la presencia de un genograma en el expediente es básica. Se dará capacitación en la fase de implementación podrá ser llenado por los miembros del equipo básico que pueden hacer anotaciones en el expediente.

#### VI- Exploración Física:

Anotar en cada espacio, los hallazgos o resultados de: (T°) Temperatura en Celsius, (F.C.) Frecuencia Cardíaca, (F.R.) Frecuencia Respiratoria, (P/A) Presión Arterial, Cintura, Peso (Kg) Se anota el peso en kilogramo, Talla. Se anota la talla en metros y centímetros (I.M.C.) En la evaluación del peso y la talla se utiliza la formula I.M.C.= Peso (Kg)/Talla (m<sup>2</sup>). Se divide el, peso en kilogramo entre el cuadrado de la talla en metros y centímetros, ponderación (ver hoja de evolución).

La valoración nutricional del adulto mayor varía con respecto al adulto joven ya que la escala de bajo peso y sobrepeso se amplían. IMC < 23 es delgadez e IMC > 28 a < 32 es sobrepeso.

**Órganos y Sistemas:** señalar y describir los hallazgos patológicos positivos. En caso de no haber, se anota normal.

**Descripción de Alteraciones:** anotar cualquier característica relevante relacionada con los hallazgos del examen físico.

#### VII- Impresión Diagnóstica



Se consigna los problemas que presenta el paciente como resultado del examen físico desde el punto de vista de las tres esferas a saber: Biológica, Psicológica y Social. (Ej. B: Hipertensión Arterial, P: Depresión, S: Desempleo). Se da espacio para que se coloque el diagnóstico según la esfera afectada.



### VIII. Estratificación del riesgo

Es una sección nueva plantea una herramienta de valor para la calificación de pacientes según su riesgo. Esta categorización ofrece una mejor visión de las enfermedades crónicas. Se basa en la Pirámide de Kayser y es promovida por la OPS como parte del modelo de atención a la enfermedad crónica (MCC).

#### Estratos para la clasificación de los pacientes:

- **Nivel 0:** son pacientes sanos con o sin factores de riesgo, la principal estrategia a realizar serán las actividades preventivas y de promoción de la salud.
- **Nivel 1:** es la presencia de 1-2 enfermedades crónicas; son pacientes de bajo riesgo, con condiciones todavía en estados incipientes. Su principal estrategia es el apoyo para su autogestión.
- **Nivel 2:** es la presencia de comorbilidad/multipatología (presencia de 3-4 enfermedades crónicas); son pacientes de riesgo alto pero de menor complejidad. La principal estrategia es la gestión de la enfermedad, combinando cuidados profesionales con apoyo a la autogestión.
- **Nivel 3:** son pacientes complejos, con una mayor carga de fragilidad. Es la presencia de  $\geq 5$  enfermedades crónicas; su prioridad es la gestión integral del caso con cuidados fundamentalmente profesionales (a poder ser con soporte de las TIC) <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:D5uownceHEYJ:https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/04/27/la-estratificacion-de-la-atencion-a-pacientes-chronicos-y-sus-determinantes-sociales>.

### IX- Plan de Manejo

En el manejo que se le brindará al paciente en base al o los problemas y/o hallazgos encontrados. Incluye la terapia (No Farmacológica, Farmacológica, Psicoterapia, Apoyo Familiar, entre otros), como los estudios de laboratorio o de gabinete que se indiquen para corroborar su diagnóstico.

Se establece en esta sección las consejerías que según la evidencia han demostrado ser de impacto para reducir la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Esta coordinado con registros médicos la codificación de las mismas.

### X. Sección de personas mayores de 60 años, que consiste en la Valoración Geriátrica Integral.

Está contemplado el Índice de Katz modificado y brinda la respuesta a la valoración, la valoración mental del MINICOG, ambos son instrumentos de la Guía de Adulto Mayor.

El problema social observado

La escala de depresión de YESAVAGE, también con sus respuestas.

Al final de la valoración se clasifica el adulto mayor como de riesgo bajo, intermedio y alto.

La pregunta de autovaloración de la salud, por recomendación de Envejecimiento y con evidencia publicada. Se responde según escala de Likert.

El adulto mayor recibe una categorización específica del riesgo tomando en cuenta otras características al adulto menor de 60 años. De allí que la categorización del riesgo se basa otros aspectos distintos a la pirámide de Kaiser usada en adultos menor de 60 años.

Esta sección del adulto mayor deberá ser llenada anualmente y deberá ser anexada a la hoja de evolución.

### XI- Lista de Medicamentos Prescritos:

Se anotará el fármaco con el nombre genérico, su presentación, dosificación y la fecha de inicio de aquellos medicamentos que el paciente necesita tomar por cualquier afección crónica. De realizarse cambios en las prescripciones subsecuentes deberán justificarse por escrito.





**ANEXO 3**  
**Hoja de Evolución de Programa de Salud de**  
**Adultos y Adultos Mayor**





### Hoja de Evolución de Programa de Salud de Adultos y Adultos Mayor

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### I. Sección de factores de riesgo:

Fuma actualmente:	Si_ No_
# Cigarrillos por día?	_____
¿Ha planeado parar?:	Si_ No_
Consume marihuana:	Si_ No_
Cocaína:	Si_ No_
Otras drogas:	Si No .
¿Consume bebida alcohólica?:	
(0) nunca;	
(1) Una o menos veces al mes	
(2) 2-4 veces al mes;	
(3) 2 o 3 veces a la semana;	
(4) 4 o más veces a la semana.	

¿Cuántas bebidas consume en un día?: (0) 1 o 2; (1) 3 o 4; (2) 5 o 6; (3) 7 a 9; (4) 10 o +.
¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un día?  (0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente
Camina, trota, corre, nada, o monta bicicleta, al menos 3 veces por semana por un mínimo de 30 min en los últimos 3 meses (Si_ No_)
Otra forma de actividad física (Si_ No_)
Cual: _____

#### II. Sección de re consulta

Síntomas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Presión arterial _____ mmHg	Frecuencia cardiaca _____	Frecuencia respiratoria _____
Temperatura _____ (°C)	Edad _____ (años)	Peso _____ (Kg) Talla _____ Cintura _____ (cm)
Índice de masa corporal _____	Peso normal <input type="checkbox"/>	Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/>

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

Análisis:

Plan: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Educación: \_\_\_\_\_

Referencia \_\_\_\_\_



Firma y sello del médico \_\_\_\_\_



**VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI) – PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS**

<p><b>VALORACIÓN FUNCIONAL</b> (Índice de Katz modificado)</p> <p style="text-align: right;">Inconveniente Regular Deposiblemente</p> <p>1. Bañarse..... (1)(2)(3)</p> <p>2. Vestirse..... (1)(2)(3)</p> <p>3. Apariencia personal (1)(2)(3)</p> <p>4. Usar el inodoro... (1)(2)(3)</p> <p>5. Conciencia..... (1)(2)(3)</p> <p>6. Trasladarse..... (1)(2)(3)</p> <p>7. Caminar..... (1)(2)(3)</p> <p>8. Alimentarse..... (1)(2)(3)</p> <p style="text-align: right;">Total <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	<p><b>VALORACIÓN MENTAL</b> (MMSE COG)</p> <p>1. Instruya al paciente a escuchar cuidadosamente y recordar 3 palabras, no relacionadas y repetidas. Instruya solo una vez. Al final de toda la prueba pida al paciente que repita las 3 palabras. Por ejemplo: Manzana, árbol, escoba.</p> <p>2. El paciente debe dibujar un reloj con sus números y una hora específica (dada por el evaluador). Otorgar todo el tiempo que sea necesario. Puede ofrecerle el círculo ya diseñado. Se considera anomalías en el reloj la secuencia o posición de los números y/o de las manecillas.</p> <p style="text-align: right;">Palabra Respuesta si/no Primera (1)(2) Segunda (1)(2) Tercera (1)(2)</p> <p style="text-align: right;">Anomalía si/no (1)(2)</p> <p style="text-align: right;">Total <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Puntaje: 0 = con anomalías del reloj = Probable déficit cognitivo 1-2 con anomalías del reloj = Probable déficit cognitivo 1-2 sin anomalías del reloj = Negativo por déficit cognitivo 3-4 Sin anomalías = Negativo por déficit cognitivo</p>
--	---

**AUTO VALORACIÓN DE LA SALUD**

Para su edad, ¿Ud. diría en general que su salud es...?

muy mala	mala	regular	bueno	excelente
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

**VALORACIÓN SOCIAL**

Problema social observado

---



---

<p><b>VALORACIÓN AFECTIVA</b> (Prueba de Yesavage)</p> <p>1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida? ..... (1)(2)</p> <p>2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? ..... (1)(2)</p> <p>3. ¿Siente que su vida está vacía? ..... (1)(2)</p> <p>4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a? ..... (1)(2)</p> <p>5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? ..... (1)(2)</p> <p>6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo? ..... (1)(2)</p> <p>7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? ..... (1)(2)</p> <p>8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a? ..... (1)(2)</p> <p>9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas? ..... (1)(2)</p> <p>10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? ..... (1)(2)</p> <p>11. ¿ En estos momentos, piensa que es estúpido estar vivo? ..... (1)(2)</p> <p>12. ¿Actualmente se siente un/a inútil? ..... (1)(2)</p> <p>13. ¿ Se siente lleno/a de energía? ..... (1)(2)</p> <p>14. ¿Se siente sin esperanza en este momento? ..... (1)(2)</p> <p>15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted? ..... (1)(2)</p> <p style="text-align: right;">Puntaje: 0-3 = Normal 4-10 = Depresión moderada &gt; 10 = Depresión severa</p> <p style="text-align: right;">Total <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	<p><b>Persona mayor</b> <b>Bajo riesgo</b></p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Menor de 80 años, sano(a) ó con Enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitante</p>	<p><b>Persona mayor de</b> <b>Riesgo Intermedio</b></p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor 80 años.</li> <li>- Situación clínica con alta probabilidad de producir pérdida funcional</li> <li>- Vivir solo, viudedad reciente</li> <li>- Bajo nivel socioeconómico</li> <li>- Cambio reciente de domicilio</li> <li>- Institucionalización</li> <li>- Aislamiento social</li> <li>- Falta de apoyo social</li> <li>- Problemas en la vivienda</li> <li>- Rechazo de su situación</li> <li>- Ingreso hospitalario reciente</li> <li>- (últimos 12 meses)</li> <li>- Polí medicación (4 ó más fármacos).</li> </ul>	<p><b>Persona mayor</b> <b>Riesgo Alto</b></p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 30px;" type="text"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria,</li> <li>- Incapacitado en su domicilio</li> <li>- Situación terminal</li> <li>- Ingreso hospitalario</li> <li>- Descompensación clínica reciente</li> </ul>
---	---	--	---

**LISTA DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

NOMBRE DE MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	DOSIS	FECHA DE INICIO	OBSERVACIÓN





**ANEXO 4**  
**Instructivo para el llenado de la hoja de**  
**evolución de programa de salud de adultos y**  
**adultos mayor**





## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE EVOLUCIÓN DE PROGRAMA DE SALUD DE ADULTOS Y ADULTOS MAYOR

### Hoja de evolución.

La presente hoja de evolución con un enfoque más orientado en a la promoción de salud, la prevención y la detección del riesgo que al diagnóstico de la enfermedad. Se ha incluido tamizajes tipo preguntas y cuestionarios cortos.

Esta hoja se coloca en el expediente cuando el paciente llega por segunda vez y deberá llenarse anualmente, será objeto de auditoria anual junto con la sección de los tamizajes del adulto mayor.

### **I. Datos Generales**

Indicar en forma general los datos del paciente.

- **Nombre:** Anotar el nombre en la siguiente secuencia: apellido paterno, materno, de casada, primer nombre, segundo nombre.
- **Cédula:** Anotar el número de cédula de identidad personal.
- **Fecha:** Anotar la fecha en que se da la atención.
- **Edad:** Años cumplidos.

### **II- Factores de Riesgo:**

Esta sección contempla preguntas para medir riesgos sobre uso de tabaco, uso nocivo de alcohol, drogas ilícitas, alimentación inadecuada, actividad física insuficiente, depresión, ansiedad, violencia, vida sexual.

Preguntas tipo Tamizajes para detectar riesgo de uso nocivo de alcohol como el AUDIT C. Es un instrumento de tamizaje avalado por la OMS. Se brinda los valores para interpretar la prueba.

### **III- Exploración Física:**

Anotar en cada espacio, los hallazgos o resultados de: (T°) Temperatura en Celsius, (F.C.) Frecuencia Cardiaca, (F.R.) Frecuencia Respiratoria, (P/A) Presión Arterial, Cintura, Peso (Kg) Se anota el peso en kilogramo, Talla. Se anota la talla en metros y centímetros (I.M.C.) En la evaluación del peso y la talla se utiliza la formula  $I.M.C. = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$  Se divide el, peso en kilogramo entre el cuadrado de la talla en metros y centímetros, ponderación (ver hoja de evolución).

La valoración nutricional del adulto mayor varía con respecto al adulto joven ya que la escala de bajo peso y sobrepeso se amplían.  $IMC < 23$  es delgadez e  $IMC > 28$  a  $< 32$  es sobrepeso.

**IV. Descripción de Alteraciones:** anotar cualquier característica relevante relacionada con los hallazgos del examen fisico.

**V. Análisis:** Se consigna los problemas que presenta el paciente como resultad del examen fisico desde el punto de vista de las tres esferas a saber: Biológica, Psicológica y Social. (Ej. **B:** Hipertensión Arterial, **P:** Depresión, **S:** Desempleo). Se da espacio para que se coloque el diagnostico según la esfera afectada.

**VI. Plan de Manejo:** En el manejo que se le brindará al paciente en base al o los problemas y/o hallazgos encontrados. Incluye la terapia (No Farmacológica, Farmacológica, Psicoterapia, Apoyo Familiar, entre otros), como los estudios de laboratorio o de gabinete que se indiquen para corroborar su diagnóstico.





Se establece en esta sección las consejerías que según la evidencia han demostrado ser de impacto para reducir la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Esta es coordinada con registros médicos la codificación de las mismas.



**VII. Educación:** Anotar las recomendaciones, consejerías sobre promoción, prevención, y características de las condiciones que presente el paciente.

**VII. Referencia:** Anotar las referencias que se le hagan al paciente para otros servicios.

**IX. Sección de personas mayores de 60 años, que consiste en la Valoración Geriátrica Integral.** Está contemplado el Índice de Katz modificado y brinda la respuesta a la valoración, la valoración mental del MINICOG, ambos son instrumentos de la Guía de Adulto Mayor.

El problema social observado

La escala de depresión de YESAVAGE, también con sus respuestas.

Al final de la valoración se clasifica el adulto mayor como de riesgo bajo, intermedio y alto.

La pregunta de autovaloración de la salud, por recomendación de Envejecimiento y con evidencia publicada. Se responde según escala de Likert.

El adulto mayor recibe una categorización específica del riesgo tomando en cuenta otras características al adulto menor de 60 años. De allí que la categorización del riesgo se basa otros aspectos distintos a la pirámide de Kaiser usada en adultos menor de 60 años.

Esta sección del adulto mayor deberá ser llenada anualmente y deberá ser anexada a la hoja de evolución.

**VII. Firma y sello del médico:** Colocar la firma del médico y su sello.

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

*[Handwritten Signature]*  
SECRETARIA GENERAL  
MINISTERIO DE SALUD

