



HISTORIA CLINICA N°: _____

DEPARTAMENTO _____ LOCALIDAD _____ PARAJE _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____

I Identificación			
Apellidos:		Nombres:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad:	Documento de Identidad:	
Fecha de Nacimiento: / / (dd/mm/aaaa)			
Lugar de Nacimiento: / / (localidad/departamento/provincia)			
Lugar de Residencia Permanente: / / (localidad/departamento/provincia)			
Calle:	N°:	Barrio:	Tel.:
N° de Vivienda:	Latitud:	Longitud:	
Nombre del Padre:		Nombre de la Madre:	

II Diagnóstico de laboratorio			
Serokit N° Serie:	N° Frasco	Fecha / / (dd/mm/aaaa)	
Resultado de tamizaje: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Escaso <input type="checkbox"/> Sin Material			
Primer Serología:	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Discordante <input type="checkbox"/> Repetir Muestra	Fecha...../...../.....(dd/mm/aaaa)	
Segunda Serología:	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Discordante <input type="checkbox"/> Repetir Muestra	Fecha...../...../.....(dd/mm/aaaa)	

III Antecedentes	
¿Conoce la vinchuca? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Vivió en casa con vinchuca? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sabe	Localidad:
¿Vive en un lugar donde hay muchas vinchucas? ¿Que Lugar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sabe	Localidad:
¿Sabe si la madre tiene Chagas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sabe	
¿Recibió transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sabe	
¿Recibió o Dono Órganos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sabe	Fecha de la Cirugía: / / (dd/mm/aaaa)
¿Lactancia Materna? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sabe	¿Hasta que edad?
¿El techo es de paja o palma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Las casas son de adobe? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Las paredes están revocadas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Ha estado hospitalizado alguna vez? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Por que?
¿Tuvo convulsiones más de una vez? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sabe	¿Por que?

Nota: En el caso de recién nacido, datos de la madre

IV Antecedentes

Peso al Nacer:..... Nacido a término: Si No No Sabe

Enfermedades Previas (edad en la que las padeció)

.....edad (.....)
.....edad (.....)
.....edad (.....)

Sospecha de Enfermedad de chagas Agudo, actual o en pasado?
 Si No No Sabe

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Síndrome febril prolongado | <input type="checkbox"/> (2) Adenopatías |
| <input type="checkbox"/> (3) Exantemas | <input type="checkbox"/> (4) Cardiovasculares |
| <input type="checkbox"/> (5) Convulsiones | <input type="checkbox"/> (6) Diarrea Prolongada |
| <input type="checkbox"/> (7) Chagomas | <input type="checkbox"/> (8) Edema Bipalpebral |
| <input type="checkbox"/> (9) Complejo oftalmo Ganglionar | <input type="checkbox"/> (10) Otros..... |

¿Actualmente tiene alguna enfermedad?
 Si No

Cual?

¿Qué medicamentos toma?

V Datos clínicos Actuales

Mencione si presenta alguna molestia o síntoma clínico (diarrea, fiebre, vómitos, malestar general, dolor, mareo, cansancio, tos frecuentes, otros)

R:

.....
.....
.....
.....

VI Signos Vitales

Temperatura:.....FR:.....FC:.....TA:.....

VII Examen Médico

Peso:

Talla:

Piel:

Cabeza y Cuello (mucosas y escleróticas)

Ap. Cardiovascular:

Soplo: Si No Arritmia: Si No

Ap. Respiratorio:

Abdomen (hígado y bazo):

Distensión: Si No Dolor: Si No

Ap. Locomotor:

Ap. Neurológico:

Ganglios:

Estado Nutricional:

Estado General:

Observaciones:

.....
.....
.....

VIII Otros exámenes									
ECG: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Informe:								
Ecocardiograma: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Informe:								
RX Torax: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Informe:								
Laboratorio Clínico: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No									
Valores:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Hemograma:</td> <td style="width: 50%;">Creatinina:</td> </tr> <tr> <td>Bilirrubina:</td> <td>Orina:</td> </tr> <tr> <td>TGO:</td> <td>TGP:</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> <td></td> </tr> </table>	Hemograma:	Creatinina:	Bilirrubina:	Orina:	TGO:	TGP:	Otros:	
Hemograma:	Creatinina:								
Bilirrubina:	Orina:								
TGO:	TGP:								
Otros:									
Otros exámenes: Resultados:									

IX Diagnóstico
.....
.....
Conclusión:

X Medicamentos Recetados	
Medicamento:	Fecha Inicio Tratamiento:/...../.....
Dosis diaria total:	Intervalo:
	Firma:
Observaciones:.	

XI Responsable del tratamiento		
Sello:	Nombre del médico responsable del tratamiento:	Firma:

XII Personal de salud que apoya el seguimiento del tratamiento		
Sello:	Nombre y cargo:	Firma:

XIII Seguimiento del tratamiento	
Fecha de seguimiento: / / (dd/mm/aaaa)	
Observaciones:	
Tipo y grado de reaccion:	
Conducta:	
Fecha de seguimiento: / / (dd/mm/aaaa)	
Observaciones:	
Tipo y grado de reaccion:	
Conducta:	

Fecha de seguimiento: / / (dd/mm/aaaa)	
Observaciones:	
Tipo y grado de reacción:	
Conducta:	
Fecha de seguimiento: / / (dd/mm/aaaa)	
Observaciones:	
Tipo y grado de reacción:	
Conducta:	
Fecha de seguimiento: / / (dd/mm/aaaa)	
Observaciones:	
Tipo y grado de reacción:	
Conducta:	
Fecha de seguimiento: / / (dd/mm/aaaa)	
Observaciones:	
Tipo y grado de reacción:	
Conducta:	
Fecha de seguimiento: / / (dd/mm/aaaa)	
Observaciones:	
Reacciones adversas:	Tipo y grado de reacción:
Conducta:	
TRATAMIENTO COMPLETADO: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Causas de la finalización: Completado <input type="checkbox"/> Suspendido (por el medico) <input type="checkbox"/> Abandonado	
SINTOMAS DE INTOLERANCIA: <input type="checkbox"/> Exantema Morbiliforme <input type="checkbox"/> Cefaleas <input type="checkbox"/> Epigastralgias <input type="checkbox"/> Colicos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Nauseas <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Temblor <input type="checkbox"/> Parestesias <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Distensión Abdominal <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Otros _____	
¿Se Cambio el Medicamento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Por que?	

XIV Controles pos tratamiento

1° Control Fecha / / (dd/mm/aaaa)	Examen Clínico:
<p style="text-align: center;">Resultado Serologia de Control:</p> <p style="text-align: center;">HAI: TIF: ELISA:</p> <p style="text-align: center;">_____ _____ _____</p>	<input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/> No Infectado <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Repetir Muestra
Observaciones:	
2° Control Fecha / / (dd/mm/aaaa)	Examen Clínico:
<p style="text-align: center;">Resultado Serologia de Control:</p> <p style="text-align: center;">HAI: TIF: ELISA:</p> <p style="text-align: center;">_____ _____ _____</p>	<input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/> No Infectado <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Repetir Muestra
Observaciones:	
3° Control Fecha / / (dd/mm/aaaa)	Examen Clínico:
<p style="text-align: center;">Resultado Serologia de Control:</p> <p style="text-align: center;">HAI: TIF: ELISA:</p> <p style="text-align: center;">_____ _____ _____</p>	<input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/> No Infectado <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Repetir Muestra
Observaciones:	
4° Control Fecha / / (dd/mm/aaaa)	Examen Clínico:
<p style="text-align: center;">Resultado Serologia de Control:</p> <p style="text-align: center;">HAI: TIF: ELISA:</p> <p style="text-align: center;">_____ _____ _____</p>	<input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/> No Infectado <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Repetir Muestra
Observaciones:	
5° Control Fecha / / (dd/mm/aaaa)	Examen Clínico:
<p style="text-align: center;">Resultado Serologia de Control:</p> <p style="text-align: center;">HAI: TIF: ELISA:</p> <p style="text-align: center;">_____ _____ _____</p>	<input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/> No Infectado <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Repetir Muestra
Observaciones:	