



HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA

DÍA	MES	AÑO

CLUES:	NOMBRE UNIDAD:	CURP O PAIS DE NACIMIENTO:	TIPO DE PERSONAL:	CÉDULA PROFESIONAL:
--------	----------------	----------------------------	-------------------	---------------------

TIPO DE PERSONAL: 1.MEDICO PASANTE, 2.MEDICO GENERAL, 3.MEDICO RESIDENTE, 4.MEDICO ESPECIALISTA, 5.PASANTE DE ENFERMERIA, 6.ENFERMERA, 7.PASANTE DE NUTRICION, 8.NUTRILOGO, 9.HOMEOPATA, 10.MEDICO TRADICIONAL, 11.TAPS, 15.PASANTE DE PSICOLOGIA, 16.PSICOLOGO, 20.LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, 21.PARTERA TECNICA, 22.PROMOTOR DE SALUD, 25. LICENCIADO EN GERONTOLOGIA, 88. OTROS
SERVICIO: 3. CIRUGIA, 4. CONSULTA EXTERNA GENERAL, 5. GINECOOBSTETRICIA, 6. HOMEOPATIA, 7. MEDICINA INTERNA, 8. MEDICINA PREVENTIVA, 9. MEDICINA TRADICIONAL, 13. OTORRINOLARINGOLOGIA, 16. PEDIATRIA, 22. SERVICIO AMIGABLE, 23. TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA, 24. ACUPUNTURA, 25. ALERGOLOGIA, 26. ANESTESIOLOGIA, 27. ANGIOLOGIA, 28. AUDIOLOGIA, OTONEUROLOGIA Y FONIATRIA, 29. BRIGADA O CONSULTA EN CASA, 30. CARDIOLOGIA, 31. CIRUGIA MAXILOFACIAL, 32. CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA, 33. CLINICA DE DOWN, 34. DERMATOLOGIA, 35. ENDOCRINOLOGIA, 36. EPIDEMIOLOGIA, 37. GASTROENTEROLOGIA, 38. GENETICA, 39. GERIATRIA, 40. HEMATOLOGIA, 41. INFECCIOLOGIA, 42. INMUNOLOGIA, 43. MEDICINA INTEGRADA, 44. MEDICINA NUCLEAR E IMAGENOLOGIA MOLECULAR, 45. NEFROLOGIA, 46. NEONATOLOGIA, 47. NEUMOLOGIA, 48. NEUROCIQUIRIA, 49. NEUROLOGIA, 50. NUTRICION, 51. ONCOLOGIA, 52. OPTOMETRIA, 53. PROCTOLOGIA, 54. REHABILITACION, 55. REUMATOLOGIA, 56. TAEs, 57. TRANSPLANTES, 58. UNIDAD DE QUEIMADOS, 59. UROLOGIA, 60. GERONTOLOGIA, 61. CUIDADOS PALIATIVOS, 88. OTROS

No.	DERECHOHABIENTIA	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE										DIAGNÓSTICO	SALUD REPRODUCTIVA										SALUD DEL NIÑO										EDAs		IRAs		PROMOCIÓN DE LA SALUD																																																																																					
		EDAD Y CLAVE DE LA EDAD		SEXO		GÉNERO		AFROMEXICANO		INDIGENA			MIGRANTE		SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS		MEDICIONES: PESO (kg) / TALLA (cm)		CIRCUNFERENCIA CINTURA		PRESIÓN ARTERIAL		FRECUENCIA CARDIACA Y RESPIRATORIA		TEMPERATURA		SATURACIÓN OXIGENO		GLUCOSA Y AYUNO (SINIO)		No. DE TIRAS UTILIZADAS		PROBABLE TB SIGNOS Y SINTOMAS		PRIMERA VEZ EN EL AÑO		COBERTURA		IMC 10-19 AÑOS		DIFICULTAD PARA (DISCAPACIDAD)		RELACION TEMPORAL POR MOTIVO		PROGRAMA SEGUN MOTIVO		RELACION TEMPORAL		RIESGO		RELACION TEMPORAL		TRIMESTRE GESTACIONAL		ALTO RIESGO PRIMERA VEZ		COMPLICACIONES		OTRAS ACCIONES		RELACION TEMPORAL PUERPERIO		POR INFECCION PUERPERAL		TERAPIA HORMONAL PRIMERA VEZ (MENOPAUSA)		SUBSECUENTE		PRIMERA VEZ		NIÑO SAÑO		PESO PARA LA TALLA < 5 AÑOS		IMC 5 A 19 AÑOS		TIPO		PRUEBA EDI		RESULTADO		RESULTADO BATTLE 16 MESES A 4 AÑOS		CÉDULA DE CÁNCER		APLICACIÓN DE CÉDULA		CONFIRMACIÓN DE CÁNCER		MADRE INFORMADA EN PREVENCIÓN ACCIDENTES < DE 10 AÑOS		RELACION TEMPORAL		PLAN DE TRATAMIENTO		RECUPERADO		NÚMERO DE SOBRE USO TRATAMIENTO		NÚMERO DE SOBRE USO PROMOCION		RELACION TEMPORAL		TIPO DE TRATAMIENTO		NEUMONIA		INTERVENCIONES GERONTOLOGICAS		CONSULTA INTEGRADA LÍNEA DE LA VIDA		PRESENTA CARTILLA		REFERIDO POR:		CONTRAREFERIDO		UNIDAD CONSULTANTE TELEMEDICINA		FECHA PROXIMA CITA	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																				
		No utilice abreviaturas																																																																																																																								
		CURP o Fecha de nacimiento y Entidad de nacimiento											1a VEZ																																																																																																													
		Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)											1a VEZ																																																																																																													
		CURP o Fecha de nacimiento y Entidad de nacimiento											1a VEZ																																																																																																													
		Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)											1a VEZ																																																																																																													
		CURP o Fecha de nacimiento y Entidad de nacimiento											1a VEZ																																																																																																													
		Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)											1a VEZ																																																																																																													
		CURP o Fecha de nacimiento y Entidad de nacimiento											1a VEZ																																																																																																													
		Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)											1a VEZ																																																																																																													

RT (RELACION TEMPORAL POR MOTIVO): 0. PRIMERA VEZ, 1. SUBSECUENTE.
AF, SI, O, NO
1. DERECHOHABIENTIA: 1. NINGUNA, 2. IMSS, 3. ISSSTE, 4. PEMEX, 5. SEDENA, 6. SEMAR, 10. IMSS BIENESTAR, 11. ISSFAM, 13. INSABI, 8. OTRA, 15. GRATUIDAD, 16. SITUACION DE CALLE, 99 SE IGNORA
2. CLAVE DE EDAD: D. DIAS, M. MESES, A. AÑOS
3. SEXO: 1. HOMBRE, 2. MUJER, 3. INTERSEXUAL, 8. SE IGNORA, 9. NO ESPECIFICADO
4. NÚMERO DE TIRAS: a. C. PACIENTE CON DIABETES EN CONTROL, E. EMBARAZADA SIN DIABETES; b. NÚMERO DE TIRAS
5. IMC: 1. OBESIDAD, 2. SOBREPESO, 3. NORMAL, 4. BAJO PESO
6. DIFICULTAD PARA: (DISCAPACIDAD) a) 1. VER, 2. ESCUCHAR, 3. CAMINAR, 4. USAR BRAZOS/MANOS, 5. APRENDER/RECORDAR, 6. CUIDADO PERSONAL, 7. HABLAR/COMUNICARSE, 8. EMOCIONAL/MENTAL, 9. NINGUNA
 b) 1. POCA DIFICULTAD, 2. MUCHA DIFICULTAD, 3. NO PUEDE HACERLO, 9. SIN DIFICULTAD
 c) 1. ENFERMEDAD, 2. EDAD AVANZADA, 3. NACIO ASI, 4. ACCIDENTE, 5. VIOLENCIA, 6. OTRA CAUSA, 9. SIN DIFICULTAD
7. PROGRAMA: 1. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, 2. CRÓNICO DEGENERATIVAS, 3. OTRAS ENFERMEDADES, 4. A SANOS, 5. PLANIFICACION FAMILIAR
8. RIESGO (1 o más): 1. PATOLOGIA CRONICA ORGANO FUNCIONAL, 2. PATOLOGIA CRONICA INFECCIOSA, 3. ANTECEDENTES DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, 4. CON FACTORES DE RIESGOS SOCIALES, 5. ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE RIESGO, 9. SIN RIESGO
9. TRIMESTRE GESTACIONAL: 1. PRIMERO, 2. SEGUNDO, 3. TERCERO
10. COMPLICACIONES: 1. DIAGNOSTICO DE DM, 2. INFECCION URINARIA, 3. PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA, 4. HEMORRAGIA, 5. SOSPECHA COVID-19, 6. COVID-19 CONFIRMADO
11. OTRAS ACCIONES A EMBARAZADAS: 1. PRESCRIPCION DE ACIDO FOLICO, 2. APOYO A TRASLADO OBSTETRICO
12. OTROS EVENTOS: 1. PERI Y POSTMENOPAUSIA, 2. ITS, 3. PATOLOGIA MAMARIA BENIGNA, 4. CÁNCER MAMARIO, 5. COLPOSCOPIA, 6. CÁNCER CERVICOUTERINO
13. PESO PARA LA TALLA: 1. OBESIDAD, 2. SOBREPESO, 3. NORMAL, 4. DESNUTRICION LEVE, 5. DESNUTRICION MODERADA, 6. DESNUTRICION GRAVE
14 EDI TIPO: 1. INICIAL, 2. SUBSECUENTE
15. RESULTADO EDI: INICIAL- 1. VERDE, 2. AMARILLO, 3. ROJO
 SUBSECUENTE: 4. RECUPERADO DE REZAGO, 5. RECUPERADO DE RIESGO DE RETRASO, 6. EN SEGUIMIENTO
16. RESULTADO BATTLE: 1. MAYOR O IGUAL A 90, 2. DE 89 A 80, 3. MENOR O IGUAL A 79
17. APLICACION DE CEDULA CANCER EN EL AÑO: 1. PRIMERA VEZ, 2. SEGUNDA VEZ
18. EDA PLAN TRATAMIENTO: 1, A, 2, B, 3, C
19. IRA TRATAMIENTO: 1. SIMTOMATICO, 2. ANTIBIOTICO.
20. INTERVENCIONES GERONTOLOGICAS: 1. SIMTOMATOLOGIA DEPRESIVA PREVENTIVA, 2. ALTERACIONES DE LA MEMORIA PREVENTIVA, 3. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES Y ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA PREVENTIVA, 4. SINDROME DE CAIDAS PREVENTIVA, 5. INCONTINENCIA URINARIA PREVENTIVA, 6. MOTRICIDAD PREVENTIVA, 7. ASESORIA NUTRICIONAL PREVENTIVA, 8. SIMTOMATOLOGIA DEPRESIVA TRATAMIENTO, 9. ALTERACIONES DE LA MEMORIA TRATAMIENTO, 10. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES Y ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA TRATAMIENTO, 11. SINDROME DE CAIDAS TRATAMIENTO, 12. INCONTINENCIA URINARIA TRATAMIENTO, 13. MOTRICIDAD TRATAMIENTO, 14. ASESORIA NUTRICIONAL TRATAMIENTO.
21. REFERIDO POR: 1. EMBARAZO ALTO RIESGO, 2. SOSPECHA CANCER <18 AÑOS, 3. IRAs, 4. NEUMONIA, 6. CISTICERCOSIS, 7. EMERGENCIA OBSTETRICA- PREECLAMPSIA, 8. EMERGENCIA OBSTETRICA-HEMORRAGIA, 9. OTRA EMERGENCIA OBSTETRICA, 5. OTROS
22. GÉNERO: 1. MASCULINO, 2. FEMENINO, 3. INTERSEXUAL, 4. TRANSGENERO, 5. MUJER TRANS, 6. HOMBRE TRANS, 7. PERSONA TRANS FEMENINA NO BINARIA, 8. PERSONA TRANS MASCULINA NO BINARIA, 9. OTRO, 10. SE IGNORA

