

Hepatitis A	NO	Influenza	NO
Hepatitis B	NO	Tetanos	NO

Hábitos Tóxicos							
Sustancia	Tipo	Cantidad	Frecuencia	Sustancia	Tipo	Cantidad	Frecuencia
Alcohol	VINO	2	Mensual	Tabaco	NEGADO		Diario
Infusiones	CAFE	2	Diario	Drogas	NEGADO		Diario
Medicamentos	KEOTAN 150 MG						

Antecedentes Hereditarios							
Padre:	HTA, DIABETES	Abuelo Paterno:	FALLECIDO	Abuelo Materno:	FALLECIDO	Hermano:	HTA
Madre:	HTA, DIABETES	Abuela Materna:	HTA	Abuela Paterna:	FALLECIDO	Tio:	NEGADO

Evaluación Por Sistema	
Síntomas generales	SIN PATOLOGIA APARENTE
Sistema respiratorio	SIN PATOLOGIA APARENTE
Sistema cardiovascular	SIN PATOLOGIA APARENTE
Sistema gastrointestinal	SIN PATOLOGIA APARENTE
Sistema genitourinario	SIN PATOLOGIA APARENTE
Sistema neurológico	SIN PATOLOGIA APARENTE

Examen Físico	
Inspección	PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, EN LAS TRES ESFERAS DEL SENSORIO

Signos Vitales											
Tensión Arterial	100	/	70	mmHg	Pulso	72	L/min.	Respiracion	18.00	R/min.	
Peso	176	Lbs.	79.83	KG	Talla	61	Pulg	154.00	Cm.	Lateralidad Dominante	Derecho
IMC	33.66			Obesidad I	Riesgo Cardiovascular					Alto	

Examen Físico			
Órgano o sistema	Normal	Anormal	Descripción ( Solo hallazgos patológicos o anormales)
Piel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cabello	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cabeza	Ojos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oídos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nariz	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Boca	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Faringe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuello		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pulmón	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Corazón	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tórax	Abdomen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Genitales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soma	Aparato Locomotor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Marcha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Columna	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Miembros superiores	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema Nervioso	Miembros inferiores	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios	
PACIENTE REFIERE TENER APLICADA, TRES DOSIS DE VACUNA, COVID-19	

*Dr. William Betex*  
Médico Evaluador  
Exg. 488-22