

FORMATO DE CONSULTA CONTINUADORA



Categoría establecimiento

1 3

N° H.C.:

1 - 41178723

Apellidos JUAN JULIO FLORES SARABIA				Nombres				
Sexo	Fecha de nacimiento		Edad		Estado civil		Documento de identificación	
☐ M	12 / 12 / 1981	43	11	16	☐ Soltero	☐ Casado	☐ Viudo	☒ DNI ☐ CE 41178723
☐ F	Día Mes Año	Años Meses Días			☐ Divorciado	☐ Conviviente	Teléfono(s) 000000000 -	
Domicilio actual				Email :				
Seguro de salud		Grado de instrucción		Ocupación		Religión		
☐ SIS	☐ SOAT	☐ ESSALUD	☐ Primaria	☐ Secundaria				
OTROS:			☐ Superior Técnico	☐ Superior Universitario				
Grupo Sanguíneo :								
Lugar de nacimiento:								
DATOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE								
DNI 41178723		Nombres : - Parentesco :						

FORMATO DE CONSULTA CONTINUADORA

Fecha y hora de atención: 15/11/2025 12:41:20	
ENFERMEDAD ACTUAL	
Edad: 43	Sintomas y signos principales:
Tiempo de enfermedad: 1 Días	sin sintomatología
Motivo de consulta:	
Evaluación dental	
Apetito: NORMAL Sed: NORMAL Sueño: N Estado de ánimo: EUTIMIA	
Pérdida de peso: NO Diuresis: NORMAL Deposiciones: NORMAL	
ANTECEDENTES	
Antecedentes familiares: no presenta	
Antecedentes personales: ☐ ASMA ☐ DM ☐ TBC ☐ RAM no presenta	
TRATAMIENTO RECIBIDO	
Cumplimiento ☐ Total ☐ Parcial ☐ Ninguno	
EXAMEN FÍSICO	
Funciones vitales	T°: 1.74 PA: 90 FC: 86 FR: 20 Peso: 85 Talla: 1.78 IMC: 26.83
Examen general:	
DIAGNOSTICO	
1) Examen odontológico 201.2 ☐ P ☒ D ☐ R	
PLAN DE TRABAJO	
Exámenes de ayuda diagnóstica:	Procedimientos especiales y/o interconsultas: Indicaciones complementarias (no medicamentosa):
Referencia (Lugar y motivo):	
Tratamiento farmacológico	
Nombre del medicamento	Presentación Cant. Dosis Via de adm. Frecuencia Duración
1) IBUPROFENO 400MG X 100TABL	TABLETA 4.00 1 ORAL cada 12h 2 días
Proxima cita: 17/11/1997	

FIRMA, SELLO Y COLEGIATURA DEL PROFESIONAL