

FORMATO DE CONSULTA CONTINUADORA



Categoría establecimiento

N° H.C.:

3 - 10045914

1 3

Apellidos
LUZ MARIA VIZCARRA GUTIERREZ

Nombres

Sexo ☐ M ☒ F Fecha de nacimiento 14 / 10 / 1972 Edad 53 4 23
Día Mes Año Años Meses Días

Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Conviviente

Documento de identificación ☒ DNI ☐ CE 10045914
Teléfono(s) 0 -

Domicilio actual Email :

Seguro de salud ☐ SIS ☐ SOAT ☐ ESSALUD ☐ OTROS: Grado de instrucción ☐ Primaria ☐ Superior Técnico

☐ Secundaria ☐ Superior Universitario

Ocupación

Religión

Grupo Sanguíneo :

Lugar de nacimiento:

DATOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE

DNI Nombres : - Parentesco :

FORMATO DE CONSULTA CONTINUADORA

Fecha y hora de atención: 06/03/2026 11:30:30

ENFERMEDAD ACTUAL

Edad: 53

Tiempo de enfermedad:

Motivo de consulta:

Dsdsd

Sintomas y signos principales:

Apetito: Sed: Sueño: Estado de animo: Perdida de peso: Diuresis: Deposiciones:

ANTECEDENTES

Antecedentes familiares:

Antecedentes personales: ☐ ASMA ☐ DM ☐ TBC ☐ RAM

TRATAMIENTO RECIBIDO

Cumplimiento ☐ Total ☐ Parcial ☐ Ninguno

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales T°: 0 PA: 0 FC: 0 FR: 0 Peso: 0 Talla: 0 IMC: 0

Examen general:

DIAGNOSTICO

PLAN DE TRABAJO

Exámenes de ayuda diagnóstica:

Procedimientos especiales y/o interconsultas:

Indicaciones complementarias (no medicamentosa):

Referencia (Lugar y motivo):

Tratamiento medicamentoso

Nombre del medicamento

Presentación

Cant.

Dosis

Vía de adm.

Frecuencia

Duración

Proxima cita: 30/11/-0001

FIRMA, SELLO Y COLEGIATURA DEL PROFESIONAL