

TARJETA CONTROL DIARIO HOJA 2

INSTRUCTIVO

CONTROL DIARIO DE CONSULTA EXTERNA POR PROFESIONALES (FORM. 001)

1. Consultorio N.: Anote el nombre del área a la que corresponde el consultorio y el número del consultorio.
2. Nombres del Profesional: Anote apellidos y nombres del profesional titular del área o reemplazante.
3. Horas trabajadas: Anote el tiempo empleado exclusivamente en la atención durante la consulta de todos los pacientes.
4. Fecha - Día, mes y año: Anote en número arábigos lo correspondiente a cada rubro.

INFORMACION GENERAL: Comprende rubros que incluye a todos los consultantes ambulatorios que concurren en demanda de atención profesional a los consultorios de consulta externa.

5. Número de orden: Es el correspondiente al orden en que cada consultante va siendo atendido durante el día en el consultorio.
6. Número de historia clínica: Escriba el número registrado en el expediente clínico del consultante.
7. Hora de atención: Escriba la hora en que inicia atendiendo al paciente.
8. Primera consulta: Marque una x cuando es la primera consulta con cualquiera de los profesionales de esta Institución.
9. Consulta subsecuente: Marque una X cuando es desde la segunda consulta en adelante.
10. y 11. Sexo: De acuerdo al sexo del consultante marque una x en la respectiva columna.
- 12, 13, 14, 15 y 16: Grupos de edad: Marque una x en la columna que contenga el intervalo de edad del consultante.
- 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24. Abandono de atención: Marque una x en la columna que contenga el intervalo de tiempo de abandono al tratamiento con uno o más profesionales.
- 25, 26, 27, 28 y 29. Interconsulta: Marque una x en la columna a quien el profesional tratante envía la interconsulta.
30. Impresión Diagnóstica: Anote el diagnóstico que mejor caracteriza a la enfermedad que está tratando.
31. Diagnóstico definitivo: Anote el diagnóstico que se sujete a la clasificación internacional de enfermedades (O. M. S. o D. S. M. III).
32. Otros diagnósticos: Marque una x cuando el diagnóstico es orgánico.
33. Diagnóstico en Investigación: Marque una x cuando el diagnóstico está en estudio.
34. Padre o Madre: Marque una x si el paciente es llevado a la consulta externa, por sus padres o quienes han respondido por su crianza y/o quienes viven actualmente con él.
35. Parientes: Marque una x si el paciente es llevado por un familiar que responda por él.
36. Amigos: Marque una x si el paciente es llevado por amigos que conocen al paciente.
37. Autoridades: Marque una x si el paciente es llevado por autoridades sin precisamente haber tenido problemas con ellos.
38. Otros: Marque si no corresponde a ninguno de los anteriores.
39. Problemas Legales: Marque una x si el paciente viene de alguna Institución de rehabilitación por problemas legales.

2.-INFORME DE ACTIVIDADES

INFORME DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL DE CONSULTA EXTERNA

MES:

ACTIVIDADES	CONSULTA ADULTOS	PABELLON INFANTO JUVENIL	TOTAL
EVALUACION SOCIO ECONOMICA			
EXONERACION DE CONSULTA			
EXONERACION DE RECETAS			
ELECTROENCEFALOGRAMAS			
EEG FAMILIAR EMPLEADO			
CONSULTA NEUROLOGIA			
CONSULTA PSICOLOGIA			
TERAPIA FAMILIAR			
INFORMES SOCIALES			
ENTREVISTAS POR ORIENTACION			
ENTREVISTAS POR INFORMACION			
FICHAS SOCIALES			
COORDINACION EQUIPO INTER.			
GESTIONES INTERNAS			
GESTIONES EXTERNAS			
CASOS SOCIALES			
VISITAS DOMICILIARIAS			
CONSECUCION DE RECURSOS			
OFICIOS - MEMORANDUM			
COMUNICADOS			
LLAMADAS TELEFONICAS			

3.- NÓMINA DE PACIENTES

HOSPITAL PSIQUIATRICO LORENZO PONCE
 NOMINA DE LOS PACIENTES DERIVADOS DE PSIQUIATRIA PARA
 VALORACION PSICODIAGNOSTICA
 CONSULTA EXTERNA

PSICOLOGO (A): _____ CONSULTA No. _____ FECHA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	No. H.C.	No. C. IDENT.	MEDICO QUE DERIVA

HORA DE INICIO: _____ FIRMA: _____ SALIDA: _____ FIRMA: _____

PSICOLOGO (A): _____ CONSULTA No. _____ FECHA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	No. H.C.	No. C. IDENT.	MEDICO QUE DERIVA

HORA DE INICIO: _____ FIRMA: _____ SALIDA: _____ FIRMA: _____

PSICOLOGO (A): _____ CONSULTA No. _____ FECHA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	No. H.C.	No. C. IDENT.	MEDICO QUE DERIVA

HORA DE INICIO: _____ FIRMA: _____ SALIDA: _____ FIRMA: _____

FIRMA DE LA SECRETARIA AUXILIAR: _____

7.-TARJETA DE DATOS DEL PACIENTE HOJA 1

Junta de Beneficencia de Guayaquil
 HOSPITAL PSIQUIATRICO
 "LORENZO PONCE"

CONSULTA EXTERNA			
Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombres:	Historia Clínica No
Edad	Raza Blanca <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/>	Lugar de nacimiento: Provincia	Estado Civil, Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Consensual <input type="checkbox"/>
Procedencia: Localidad (ciudad, pueblo, etc.) - Cantón - Provincia			
Escolaridad	Persona responsable Nombre y parentesco Dirección		

Motivo de Consulta	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Antecedentes Patológicos	Familiares <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> Personales <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Manifestaciones Clínicas	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Examen Físico	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Diagnóstico Clínico	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	_____ Firma del Médico
	Fecha: _____

COMUNIDAD DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL PSIQUIATRICO "LORENZO PONCE"
CONSULTA EXTERNA

19 _____

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
------------------	------------------	--------

Rp

Cirujía

--	--	--	--

(0) _____

PRESCRIPCION