



# CARNET DE ATENCIÓN INTEGRAL

Nombre: .....

Rut: ..... Teléfono: .....

Edad: ..... Fecha de Nacimiento: .....

Domicilio: .....

Sector: .....



## ANTECEDENTES

Alergias: .....

Patologías: .....

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Hipertensión Arterial    | <input type="radio"/> Limitación crónica de flujo aéreo |
| <input type="radio"/> Diabetes Mellitus ■      | <input type="radio"/> Hipoacusia                        |
| <input type="radio"/> Dislipidemia             | <input type="radio"/> Ceguera o baja visión             |
| <input type="radio"/> Hipotiroidismo           | <input type="radio"/> Antecedente de IAM                |
| <input type="radio"/> Artrosis                 | <input type="radio"/> Antecedente de ACV                |
| <input type="radio"/> EPOC                     | <input type="radio"/> Cáncer                            |
| <input type="radio"/> ASMA                     | <input type="radio"/> Depresión                         |
| <input type="radio"/> Parkinson                | <input type="radio"/> Demencia                          |
| <input type="radio"/> Enfermedad Renal Crónica | <input type="radio"/> Esquizofrenia                     |
| <input type="radio"/> Daño Hepático Crónico    | <input type="radio"/> Trastorno bipolar                 |
| <input type="radio"/> Insuficiencia Cardíaca   | <input type="radio"/> Trastorno de Ansiedad o Pánico    |
| <input type="radio"/> Cardiopatía Coronaria    | <input type="radio"/> Otros                             |
| <input type="radio"/> Artritis Reumatoidea     | _____   |
| <input type="radio"/> Osteoporosis             | _____   |

## CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: .....

Teléfono: .....

Parentesco: .....

## REGISTRO DE ATENCIÓN DE SALUD

Fecha:	Profesionales:
Motivo de consulta:    Ingreso / Control	

Peso:	Circunferencia cintura: Índice de Masa Corporal:
Talla:	

### DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Bajo peso     
  Normal     
  Sobrepeso     
  Obesidad

Presión Arterial:	Glicemia Capilar:	Estimación riesgo úlcera de pie diabético:
Pulso:		

### INDICACIONES FÁRMACOS

Fármaco	Dosis	Horario			¿Lo tomé? SI / NO	¿Me hizo mal? SI / NO
		Mañana	Mediodía	Noche		

**MI META TERAPÉUTICA**




## REGISTRO DE ATENCIÓN DE SALUD

Fecha:	Profesionales:
Motivo de consulta: Ingreso / Control	
Peso: Talla:	Circunferencia cintura: Índice de Masa Corporal:

### DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Bajo peso     
  Normal     
  Sobrepeso     
  Obesidad

Presión Arterial: Pulso:	Glicemia Capilar:	Estimación riesgo úlcera de pie diabético:
-----------------------------	----------------------	--

### INDICACIONES FÁRMACOS

Fármaco	Dosis	Horario			¿Lo tomé? SI / NO	¿Me hizo mal? SI / NO
		Mañana	Mediodía	Noche		

**MI META  
TERAPÉUTICA**




## REGISTRO DE ATENCIÓN DE SALUD

Fecha:	Profesionales:
Motivo de consulta: Ingreso / Control	
Peso: Talla:	Circunferencia cintura: Índice de Masa Corporal:

### DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Bajo peso     
  Normal     
  Sobrepeso     
  Obesidad

Presión Arterial: Pulso:	Glicemia Capilar:	Estimación riesgo úlcera de pie diabético:
-----------------------------	----------------------	--

### INDICACIONES FÁRMACOS

Fármaco	Dosis	Horario			¿Lo tomé? SI / NO	¿Me hizo mal? SI / NO
		Mañana	Mediodía	Noche		

**MI META  
TERAPÉUTICA**




## REGISTRO DE ATENCIÓN DE SALUD

Fecha:	Profesionales:
Motivo de consulta: Ingreso / Control	
Peso: Talla:	Circunferencia cintura: Índice de Masa Corporal:

### DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Bajo peso     
  Normal     
  Sobrepeso     
  Obesidad

Presión Arterial: Pulso:	Glicemia Capilar:	Estimación riesgo úlcera de pie diabético:
-----------------------------	----------------------	--

### INDICACIONES FÁRMACOS

Fármaco	Dosis	Horario			¿Lo tomé? SI / NO	¿Me hizo mal? SI / NO
		Mañana	Mediodía	Noche		

**MI META  
TERAPÉUTICA**




## REGISTRO DE ATENCIÓN DE SALUD

Fecha:	Profesionales:
Motivo de consulta: Ingreso / Control	
Peso: Talla:	Circunferencia cintura: Índice de Masa Corporal:

### DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Bajo peso     
  Normal     
  Sobrepeso     
  Obesidad

Presión Arterial: Pulso:	Glicemia Capilar:	Estimación riesgo úlcera de pie diabético:
-----------------------------	----------------------	--

### INDICACIONES FÁRMACOS

Fármaco	Dosis	Horario			¿Lo tomé? SI / NO	¿Me hizo mal? SI / NO
		Mañana	Mediodía	Noche		

**MI META  
TERAPÉUTICA**




## REGISTRO DE ATENCIÓN DE SALUD

Fecha:	Profesionales:
Motivo de consulta: Ingreso / Control	
Peso: Talla:	Circunferencia cintura: Índice de Masa Corporal:

### DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Bajo peso     
  Normal     
  Sobrepeso     
  Obesidad

Presión Arterial: Pulso:	Glicemia Capilar:	Estimación riesgo úlcera de pie diabético:
-----------------------------	----------------------	--

### INDICACIONES FÁRMACOS

Fármaco	Dosis	Horario			¿Lo tomé? SI / NO	¿Me hizo mal? SI / NO
		Mañana	Mediodía	Noche		

**MI META  
TERAPÉUTICA**




## REGISTRO DE ATENCIÓN DE SALUD

Fecha:	Profesionales:
Motivo de consulta: Ingreso / Control	
Peso: Talla:	Circunferencia cintura: Índice de Masa Corporal:

### DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Bajo peso     
  Normal     
  Sobrepeso     
  Obesidad

Presión Arterial: Pulso:	Glicemia Capilar:	Estimación riesgo úlcera de pie diabético:
-----------------------------	----------------------	--

### INDICACIONES FÁRMACOS

Fármaco	Dosis	Horario			¿Lo tomé? SI / NO	¿Me hizo mal? SI / NO
		Mañana	Mediodía	Noche		

**MI META  
TERAPÉUTICA**




## REGISTRO DE ATENCIÓN DE SALUD

Fecha:	Profesionales:
Motivo de consulta: Ingreso / Control	
Peso: Talla:	Circunferencia cintura: Índice de Masa Corporal:

### DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Bajo peso     
  Normal     
  Sobrepeso     
  Obesidad

Presión Arterial: Pulso:	Glicemia Capilar:	Estimación riesgo úlcera de pie diabético:
-----------------------------	----------------------	--

### INDICACIONES FÁRMACOS

Fármaco	Dosis	Horario			¿Lo tomé? SI / NO	¿Me hizo mal? SI / NO
		Mañana	Mediodía	Noche		

**MI META  
TERAPÉUTICA**




## REGISTRO DE ATENCIÓN DE SALUD

Fecha:	Profesionales:
Motivo de consulta: Ingreso / Control	
Peso: Talla:	Circunferencia cintura: Índice de Masa Corporal:

### DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Bajo peso     
  Normal     
  Sobrepeso     
  Obesidad

Presión Arterial: Pulso:	Glicemia Capilar:	Estimación riesgo úlcera de pie diabético:
-----------------------------	----------------------	--

### INDICACIONES FÁRMACOS

Fármaco	Dosis	Horario			¿Lo tomé? SI / NO	¿Me hizo mal? SI / NO
		Mañana	Mediodía	Noche		

**MI META  
TERAPÉUTICA**




## REGISTRO DE ATENCIÓN DE SALUD

Fecha:	Profesionales:
Motivo de consulta: Ingreso / Control	
Peso: Talla:	Circunferencia cintura: Índice de Masa Corporal:

### DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Bajo peso     
  Normal     
  Sobrepeso     
  Obesidad

Presión Arterial: Pulso:	Glicemia Capilar:	Estimación riesgo úlcera de pie diabético:
-----------------------------	----------------------	--

### INDICACIONES FÁRMACOS

Fármaco	Dosis	Horario			¿Lo tomé? SI / NO	¿Me hizo mal? SI / NO
		Mañana	Mediodía	Noche		

**MI META  
TERAPÉUTICA**












## SEGUIMIENTO PRESIÓN ARTERIAL

FECHA \_\_\_\_\_  
PA DE DERIVACIÓN: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_

MI META ES:

Fecha	PA	FC	Observaciones

FECHA \_\_\_\_\_  
PA DE DERIVACIÓN: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_

MI META ES:

Fecha	PA	FC	Observaciones

FECHA \_\_\_\_\_  
PA DE DERIVACIÓN: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_

MI META ES:

Fecha	PA	FC	Observaciones

# SEGUIMIENTO PRESIÓN ARTERIAL

FECHA \_\_\_\_\_  
PA DE DERIVACIÓN: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_

MI META ES:

Fecha	PA	FC	Observaciones

FECHA \_\_\_\_\_  
PA DE DERIVACIÓN: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_

MI META ES:

Fecha	PA	FC	Observaciones

FECHA \_\_\_\_\_  
PA DE DERIVACIÓN: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_

MI META ES:

Fecha	PA	FC	Observaciones

# SEGUIMIENTO GLICEMIA

FECHA \_\_\_\_\_

GLICEMIA: \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

MI META ES:

HBA1C: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora	HGT	Observaciones

FECHA \_\_\_\_\_

GLICEMIA: \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

MI META ES:

HBA1C: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora	HGT	Observaciones

FECHA \_\_\_\_\_

GLICEMIA: \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

MI META ES:

HBA1C: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora	HGT	Observaciones

# SEGUIMIENTO GLICEMIA

FECHA \_\_\_\_\_  
GLICEMIA: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_

MI META ES:

HBA1C: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora	HGT	Observaciones

FECHA \_\_\_\_\_  
GLICEMIA: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_

MI META ES:

HBA1C: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora	HGT	Observaciones

FECHA \_\_\_\_\_  
GLICEMIA: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_

MI META ES:

HBA1C: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora	HGT	Observaciones



















# TELÉFONOS DE SERVICIOS DE EMERGENCIA

**Ambulancias**

**131**

**Bomberos**

**132**

**PDI**

**134**

**Carabineros**

**133**

**Fono de Familia  
Carabineros**

**149**

**Fono de**

**Orientación  
en Violencia  
contra la Mujer**

**1455**

**Fono niños y  
niñas**

**147**

**Fono Drogas**

**135**

