

# TARJETÓN DE INGRESO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

## ANTECEDENTES PERSONALES

Servicio de Salud		Consultorio de origen		Establecimiento de derivación					
Fecha de Ingreso		N° de ficha clínica		Previsión					
				A	B	C	D	ISAPRE	Otro
Nombres		Apellidos		RUT					
Edad	Género		Ocupación		Teléfono				
	F	M			Fijo		Celular		
Nacionalidad		Etnia		Correo electrónico					
Domicilio		Comuna de residencia							

## ANTECEDENTES CLÍNICOS

Fecha de confirmación	Fecha de entrega de resultados	Fecha de Notificación (ENO)
Comorbilidades (incluye hábitos)		Edad gestacional (solo si corresponde)

## EXÁMENES DE INGRESO

Tipo de examen	Resultados	Fecha	Tipo de examen	Resultados	Fecha
IFI, IgG T cruzi			Función renal		
Hemograma y VHS			Electrocardiograma		
Plaquetas			Rx de tórax		
Perfil Bioquímico			Enema Baritado		
Pruebas Hepáticas			RX esófago, estomago, duodeno		
PCR			Otros		

## INICIO A TRATAMIENTO

Fecha inicio tratamiento	Tratamiento indicado	Consentimiento informado	SÍ	NO	
Fecha de egreso	Causa	Fallecido	Abandono	Inasistencia	Alta

## ESTUDIOS DE CONTACTOS

N° de contactos identificados	N° de contactos con estudio realizado	N° de contactos en control
-------------------------------	---------------------------------------	----------------------------

## IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTOS DE CONTACTOS

Nombre	RUT	Edad	Parentesco	Dirección y teléfono	Examen		
					Fecha toma de muestra	Resultado	Fecha de resultado



# CONTROL Y SEGUIMIENTO

Nº de control							
Fecha							
Peso							
Reacciones adversas (describir)							
Fecha de exámenes							
IFI, IgG T cruzi							
Hemograma y VHS							
Plaquetas							
Perfil Bioquímico							
Función renal							
Electrocardiograma							
Rx de tórax							
Enema Baritado							
PCR							
Otros							
Educación respecto a:							
Solicitud nuevos exámenes							
Indicaciones							
Derivación a:							
Observaciones							
Fecha próximo control							

