

NOMBRES

APELLIDOS (paterno y materno)

DOMICILIO (calle, número, comuna)

FECHA NACIMIENTO

NOMBRE SOCIAL

Centro de Salud

Código

Control en Establecimiento

educacional de Salud otro

Establecimiento educacional

H.C.Nº

TEL FIJO

domicilio

CEL

recado

BENEFICIARIO DE PROGRAMA PROTECCIÓN SOCIAL		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	CORREO ELECTRÓNICO		
---	--	--	---------------------------	--	--

ESTADO CIVIL

- casado/a separado/a
unión civil soltero/a
conviviente viudo/a

NACIONALIDAD/ES

- sólo chilena otra/s
chilena y otra

PUEBLO ORIGINARIO

- no sí

SEXO

- mujer hombre
 intersex

GÉNERO

- femenino trans
 masculino fluido
 género no conforme

ACOMPAÑANTE

- solo/a madre amigo/a
 pareja padre pariente
 otro

CONSULTA PRINCIPAL

Nº

FECHA

EDAD

años

meses

Motivo de consulta según adolescente:

1.
2.
3.

Motivo de consulta según acompañante:

1.
2.
3.

Descripción motivo de consulta

ANTECEDENTES PERSONALES	1. PERINATALES NORMALES no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2. ALERGIAS no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. VACUNAS PNI COMPLETA no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4. ENFERMEDADES IMPORTANTES no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. DISCAPACIDAD no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. ACCIDENTE RELEVANTE no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	7. CIRUGIA/ HOSPITALIZAC. no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. USO MEDICAMENTOS no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. PROBLEMAS SALUD MENTAL no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10. VIOLENCIA no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11. ANT. JUDICIALES no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12. OTRO no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Observaciones (indique número y comentario)

ANTECEDENTES FAMILIARES	1. ENF IMPORTANTES no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2. OBESIDAD no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. PROBLEMAS SALUD MENTAL no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. ALCOHOL Y OTRAS DROGAS no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7. JUDICIALES no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. OTROS no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Observaciones (indique número y comentario)

FAMILIA	3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN ninguno <input type="checkbox"/> básica <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> Madre o sustituta <input type="checkbox"/> Padre o sustituto <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/>				DIAGRAMA FAMILIAR			
	1. VIVE no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> solo/a <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> en institución <input type="checkbox"/> con otros <input type="checkbox"/> especifique: <input type="text"/>	4. OCUPACIÓN Madre o sustituta <input type="text"/> Padre o sustituto <input type="text"/> Pareja <input type="text"/>						

Observaciones (indique número y comentario)

VIVIENDA	2. COMPARTE CAMA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> → ¿Con quién? <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	5. PERCEPCIÓN SOBRE SU FAMILIA buena <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> mala <input type="checkbox"/> No hay relación <input type="checkbox"/>							
	Condiciones <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Sanitarias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Observaciones	Observaciones (indique número y comentario)						

EDUCACIÓN	1. ESTUDIA no <input type="checkbox"/> n/s <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No escolarizado <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Superior	2. MODALIDAD DE ESTUDIO <input type="checkbox"/> Remota <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Mixta	4. GRADO O CURSO <input type="text"/>	6. PROBLEMAS EN INST. EDUCATIVA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7. VIOLENCIA ESCOLAR Y/O BULLYING no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. DESERCIÓN/ EXCLUSIÓN no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. PERCEPCIÓN DE RENDIMIENTO RESPECTO A LA MAYORÍA DE SUS COMPAÑEROS/AS <input type="checkbox"/> mejor <input type="checkbox"/> peor <input type="checkbox"/> igual
	3. CLASES VIRTUALES <input type="text"/> horas por día	5. AÑOS REPETIDOS <input type="text"/> Causa	¿Cuál?	Causa	Causa		

Observaciones (indique número y comentario)

TRABAJO	1. TRABAJO no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Peores formas Infantil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Juvenil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> horas por semana <input type="text"/>	2. SERVICIO DOMESTICO NO REMUNERADO PELIGROSO no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	3. RAZÓN DE TRABAJO <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/> Autonomía <input type="checkbox"/> Me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c	4. LEGALIZADO no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	5. TIPO DE TRABAJO <input type="text"/>

Observaciones (indique número y comentario)

VIDA SOCIAL	1. ACEPTACIÓN <input type="checkbox"/> aceptado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe	2. AMIGOS no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. ACTIVIDAD FÍSICA <input type="text"/> horas por semana	4. EXPOSICIÓN A PANTALLAS (TV, celular, Tablet, PC) <input type="text"/> horas por día	5. ACCESO A: Redes Sociales no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Plataformas virtuales no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	6. OTRAS ACTIVIDADES no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?	7. VIOLENCIA VIRTUAL (ciberbullying, grooming, extorsión sexual, etc.) no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>

Observaciones (indique número y comentario)

HÁBITOS/ CONSUMO	1. SUEÑO NORMAL no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> horas por día <input type="text"/>	4. COMIDAS FAMILIARES <input type="text"/>	7. RIESGO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CRAFFT)				
	A. ¿En los últimos 12 meses has consumido?						
	alcohol: sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> marihuana: sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> otra sustancia: sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>						
	Pje total B: <input type="text"/>						
2. TABACO no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	5. ALIMENTACIÓN INADECUADA no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	B1. ¿Alguna vez has andado en AUTO manejado por alguien (incluyéndote a ti mismo) que estuviera "volado" o que estuviera consumiendo alcohol o drogas? sí <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>					
3. SEGURIDAD VIAL no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. ALIMENTACIÓN ESPECIAL no <input type="checkbox"/> sí <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	B2. ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo o para ser parte de un grupo? sí <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>					
				B4. ¿Has OLVIDADO alguna vez cosas que hiciste mientras estabas bajo la influencia del alcohol o drogas? sí <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
				B5. ¿Te ha dicho tu familia o amigos que debes disminuir el consumo de alcohol o drogas? sí <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
				B6. ¿Te has metido alguna vez en PROBLEMAS mientras estabas bajo la influencia del alcohol? sí <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			

Observaciones (indique número y comentario)

Observaciones (indique número y comentario)

SEXUALIDAD	2. CONDUCTA SEXUAL <input type="checkbox"/> postergadora <input checked="" type="checkbox"/> anticipadora <input checked="" type="checkbox"/> activa <input type="checkbox"/> edad de inicio	3. RELACIONES SEXUALES no <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4.PRÁCTICAS SEXUALES Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no vía vaginal <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vía oral <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vía anal <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. USO DE CONDÓN <input type="checkbox"/> siempre <input checked="" type="checkbox"/> aveces <input checked="" type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> n/c	6. DIFICULTADES EN RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c	7. USO DE MAC <input type="checkbox"/> siempre <input checked="" type="checkbox"/> aveces <input checked="" type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	8.ACO de emergencia no <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> sí 9. IVE Consejería uso MAC no <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> sí Doble método no <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> sí	10. VIOLENCIA DE PAREJA sí <input type="checkbox"/> no física <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sexual <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psicológica <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11.VIOLENCIA SEXUAL no <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> sí Reparación no <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. PAREJA	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Edad pareja <input type="checkbox"/>						

Observaciones (indique número y comentario)

SITUACIÓN PSICO EMOCIONAL	1. IMAGEN CORPORAL	2. VIDA CON PROYECTO	3. ESTADO DE ÁNIMO	4. RIESGO SUICIDA	5. REFERENTE ADULTO/A	
	<input type="checkbox"/> conforme	<input type="checkbox"/> claro	<input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí	Deseo estar muerto/a (último mes)	<input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> sí	madre <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ninguno <input checked="" type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> → <input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> crea preocupación	<input checked="" type="checkbox"/> confuso	<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo	Ideación suicida (último mes)	<input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> sí	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> impide relación con los demás	<input checked="" type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> Desanimado	Intento suicida (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> sí	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> Nervioso/estresado	Suicidio amigo/a o familiar cercano	<input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> sí	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> Irritable			<input type="text"/>
						<input type="text"/>
						<input type="text"/>
						<input type="text"/>

Observaciones (indique número y comentario)

EXAMEN FÍSICO	1.PESO (kg) <input type="text"/> DE <input type="text"/>	2.TALLA (cm) <input type="text"/> DE <input type="text"/>	3. PER.CINTURA percentil <input type="text"/> <input type="text"/>	4.IMC <input type="text"/> DE <input type="text"/>	5.PRESIÓN ARTERIAL <input type="text"/> / normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>	6. TANNER genital <input type="text"/> mamas <input type="text"/> con foto <input type="checkbox"/>			
	7. ASPECTO GRAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>	8. PIEL normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>	9. AGUD. VISUAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>	10. AGUD. AUDITIVA normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>	11.SALUD BUCAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>	12. TIROIDES normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>	13. CARDIO PULMONAR normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>	14. ABDOMEN normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>	15. COLUMNAS normal <input type="checkbox"/> anormal <input checked="" type="checkbox"/>

Observaciones (indique número y comentario)

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL				DETECCIÓN DE RIESGO
				<input type="checkbox"/> Riesgo OH/drogas
				<input type="checkbox"/> Malnutr. por déficit
				<input type="checkbox"/> Malnutr. por exceso
INDICACIONES			<input type="checkbox"/> Riesgo Deserción Escolar	
				<input type="checkbox"/> Otro: _____

Nombre responsable/profesión _____ Fecha próxima visita _____