SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

1.- Diabetes 2.-Hipertensión Arterial 3.-Obesidad 4.-Dislipidemias 5.-síndrome Metabólico 6.-Sobrepeso

CLUES NOMBRE DE LA UNIDAD LOCALIDAD MUNICIPIO JURISDICCIÓN ENTIDAD

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

EXPEDEINTE
NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO
ENTIDAD DE NACIMIENTO
CURP
EDAD SEXO TALLA
PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDIGENA SI NO
DOMICILIO 1
DOMICILIO 2
AFILIACIÓN SPSS

ANTECEDENTES

FAMILIARES :
ENF. CARDIOVASCULARES. HTA
ENF. CEREBROVASCULAR DIABETES
DISLIPIDEMIAS:
EN: ABUELOS : PADRES :
TIOS: HERMANOS : OTROS
PERSONALES : ENFERMEDAD VASCULAR :
DIABETES HTA : TABAQUISMO :
ALCOHOLISMO: DISLIPIDEMIA:
POST.MENOPAUSIA :
TERAPIA DE REMPLAZO HORMONAL :

DATOS DEL DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO (S): INGRESO : REINGRESO:
INGRESOS: (Anote la fecha del ingreso o reingreso día,mes y año)
1) D.M 3)Obesiadad
TIPO:
2) HTA 4) DISLIPIDEMIAS
5) SÍNDROME METABOLICO
6) SOBREPESO

DETECCIÓN SE LE REALIZO POR:
PESQUISA POR SINTOMATOLOGIA
TRATAMIENTO PREVIO: SI: NO:

CONTROL

FECHA	PESO (KG)	IMC	CC	TENSIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA mg/dl	Hb A1c %	Revisión pies	COLESTEROL			TRIGLICERIDOS	TRATAMIENTO PRESCRITO		Paciente Controlado	Grupo ayuda Mutua	Complicaci-ones	Referencia	BAJA	observaciones
				SISTÓLICA	DIASTÓLICA				TOTAL	LDL	HDL		No farmacológico	farmacológico						