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	ANTECEDENTES	DATOS DEL DIAGNOSTICO
EXPEDEINTE	FAMILIARES :	DIAGNOSTICO (S): INGRESO : REINGRESO:
NOMBRE	ENF. CARDIOVASCULARES. HTA	INGRESOS: (Anote la fecha del ingreso o reingreso día,mes y año)
FECHA DE NACIMIENTO	ENF. CEREBROVASCULAR DIABETES	1) D.M 3)Obesiadad
ENTIDAD DE NACIMIENTO	DISLIPIDEMIAS:	TIPO:
CURP	EN: ABUELOS : PADRES :	2) HTA 4) DISLIPIDEMIAS
EDAD SEXO TALLA	TIOS: HERMANOS : OTROS	5) SÍNDROME METABOLICO
PERTENECE A ALGÚN GRUPO INDIGENA SI NO	PERSONALES : ENFERMEDAD VASCULAR :	6) SOBREPESO
DOMICILIO 1	DIABETES HTA : TABAQUISMO :	
DOMICILIO 2	ALCOHOLISMO: DISLIPIDEMIA:	DETECCIÓN SE LE REALIZO POR:
AFILIACIÓN SPSS	POST.MENOPAUSIA :	PESQUISA POR SINTOMATOLOGIA
	TERAPIA DE REMPLAZO HORMONAL :	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						