

**GUIA DE VALORACION DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M.
GORDON PARA PERSONA ADULTA**

INTRUCCIONES:

1. Este instrumento contiene datos relacionados con el estado de salud necesarios para integrar la valoración del usuario adulto.
2. La guía se presenta organizada en cuatro secciones que al conjuntarse permiten obtener una visión completa del usuario. Las secciones son: I. Historia de Enfermería (Datos Subjetivos), II. Examen Físico (Datos Objetivos) III. Resultados de Exámenes de Laboratorio y Gabinete (Datos Objetivos de Fuentes Secundarias) y IV. Documentación.
3. La entrevista se llevara a cabo cuando el estado de salud del usuario lo permita, simultáneamente validar la información con los familiares y otros profesionales de la salud.
4. Si el usuario no está en condiciones de ser entrevistado debido a su estado de salud, esta guía podrá ser aplicada a alguna persona cercana al usuario como un familiar (fuente secundaria).
5. En esta guía aparece la frase: no procede deberá elegir esta opción cuando por las condiciones de salud del usuario, la característica de que se trate NO SEA VALORABLE.
6. Llenar los espacios con una X en los datos (objetivos y subjetivos) que se encuentren presentes en la valoración, ampliar o describir en aquellos que se requiere especificar
7. En cada patrón usar las escalas de valoración para validar la información obtenida.
8. Considerar los aspectos bioéticos en la valoración que incluyen: confidencialidad y consentimiento informado.

Etapas 1

I. HISTORIA DE ENFERMERÍA (Datos subjetivos):

Fecha: _____ Hora: _____

Datos básicos de ingreso: Nombre: (siglas) LSMI Edad: 64 Fecha de nacimiento: 03-Abril-1960
 Sexo: F Persona para contactar (siglas): IMPM Procedente de (lugar de origen): Arroyo Grande
 Reside en (ciudad): Ni Domicilio (señalar geográficamente el punto) Arroyo Grande Vive Solo: _____ Con familia: X Especificar: Esposa y nieto Persona para contactar: IMPM Llegada por su propio pie: si X no _____, motivo de hospitalización y/o solicitud de atención: Cita medica Fecha de ingreso previo al hospital 20-Sep-2024
 Motivo: Cita a base de tratamiento.

Antecedentes Personales:

Patológicos y tratamientos recibidos (desde su infancia tanto médicos y/o quirúrgicos indicados)

Insuficiencia renal por diabetes, Hipertensión arterial descontrolada.

No patológicos como: (Inmunizaciones, acontecimientos de importancia del nacimiento y/o su crecimiento)

Anemia por infección, diabetes y gripa

Heredo familiares: de los padres, hermanos, abuelos, (sobre todo enfermedades padecidas y/o causas de defunción o relacionados con el motivo de su hospitalización o solicitud de atención de enfermería y especificar edades si hay defunciones)

Hipertensión arterial, diabetes, anemia, cancer

Instrucciones: colocar en las líneas una X de acuerdo a los datos que se encuentren presentes en la valoración. Ampliar o describir en aquellos que requieren especificar.

Patrones de Salud:

1. Patrón de Mantenimiento y Percepción de la Salud

- Historia de su salud: Sano _____ regular _____ enfermizo X
(especifique): _____ Cómo la percibe en éste momento: bien _____ regular _____ mal _____ especificar necesita cuidados
- Hábitos de cuidado bucodental: 3 veces al día _____ 2 o menos X nunca
- Hábitos de higiene general: baño diario X cada tercer día _____ otros _____ (especifique) _____
- Cambio de ropa al bañarse X cambio de ropa sin baño _____ Lavado de manos: Sí X No _____ a veces _____ ¿Cuándo? Antes de cada comida
- Ha consumido tabaco alguna vez en su vida: No X Sí _____ Fuma actualmente: : No X Sí _____
Tiempo de consumo: _____ Cantidad (número de cigarrillos) al día: _____ a la semana _____, al mes _____ Lo dejo (fecha) _____
- Ha consumido bebidas con contenido alcohólico alguna vez en su vida: No _____ Sí X Consume alcohol actualmente: : No X Sí _____ Tiempo de consumo: _____ tipo _____ cantidad al día, _____ a la semana _____, al mes _____ Lo dejo (fecha) _____
- Ha utilizado drogas alguna vez en la vida: No X Sí _____ Consume drogas actualmente : No X Sí _____
Tiempo de consumo: _____ tipo _____ cantidad al día _____ a la semana _____, al mes _____ Lo dejo (fecha) _____
- Presencia de alergias: : No X Sí _____ especifique la causa: _____ tipo de reacción: _____
- Asistencia a revisión médica (aunque no se sienta enfermo): Sí X periodicidad cada 2 o 3 meses
No _____ especifique motivos: Revisión médica
- Revisión dental: Sí X periodicidad _____ No _____ especifique motivos: Cada que tiene molestias
- Realización de ejercicio: : No X Sí _____ (especifique tipo y horas a la semana) _____
- Tratamientos que ha utilizado: médicos X remedios caseros X Otro _____ (especifique): _____ Actualmente utiliza alguno de estos (especifique): Medico
- Conoce la causa de su hospitalización: No X Sí _____ (especifique cuál) revisión médica
- Concluye con el tratamiento y/o recomendaciones médicas o de enfermería prescritas: Sí X No _____
Motivos: _____

Condiciones de la Vivienda

- Material de construcción: concreto X lámina _____ otros _____ (especifique): _____
Usos (especifique) _____
- Ventilación natural _____ artificial X No. de habitaciones 4
- Iluminación: natural _____ artificial X otros (especifique) _____
- Mobiliario acorde a las necesidades básicas. Sí X No _____ (especifique) _____
- Disposición de excretas en vivienda. Sanitario a drenaje _____ fosa séptica X letrina _____ pozo negro _____ otros _____
- Ubicación del sanitario: afuera de vivienda No X Sí _____, distancia de la toma de agua o de la vivienda 3 mts.
- Aseo diario de la vivienda: : No _____ Sí X (especifique frecuencia) Cada 2 o 3 días
- Presencia de vectores (moscas, cucarachas, roedores, etc.): No _____ Sí X
(especifique) mosquitos, cucarachas, salamandras
- Medidas de control de vectores: No _____ Sí X (especifique método y frecuencia)
Fumigación cada 15 días y sea insecticida
- Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda: No X Sí _____
(especifique) _____

2. Patrón Nutricional Metabólico.

- Uso de complementos o suplementos alimenticios (especifique) 3a. dosis, número de comidas al día 2 a la día, menú día típico: (especifique tipo y cantidad):

Desayuno hora: <u>8:30</u>	Comida hora: <u>2:30</u>	Cena hora: _____	Entre Horas
<u>Milanesa</u> <u>Verduras al vapor</u> <u>2 Tortillas.</u>	<u>Caldos de pollo</u> <u>Arroz</u> <u>Tortillas</u>		<u>8:30-10:00 am</u> <u>2:30-3:00 pm</u> <u>7:30pm</u>

- Alimentos que desagradan: Jarochines.
- Ingesta de líquidos al día (especificar tipo y cantidad) Aguas y bebidas naturales
- Apetito: normal aumentado disminuido especifique Poco apetito
- Presencia de: náuseas vómitos otros Agruras estomacales
- Variaciones de peso en los últimos 6 meses: ninguno aumentó disminuyó especifique 70.8 kg. ¿A qué lo atribuye? Perdida de apetito
- Dificultades para la deglución: ninguna a sólidos a líquidos especifique leche y avena
- Problemas en la piel y/o en la cicatrización: ninguno anormal (exantemas, sequedad, exceso de transpiración, etc.) especifique sequedad de la piel
- Cuero cabelludo y cabello, cambios: No Si especifique _____
- En uñas cambios: No Si especifique _____
- Referencia de dolor abdominal: No Si presencia de agruras distensión otras (especifique) _____

3. Patrón de Eliminación

- Hábitos de evacuación intestinal: frecuencia al día 1 a la día fecha de última defecación 19-Sep-24 Describa características aguada utiliza algún apoyo (especificar) _____
- Presencia de estreñimiento diarrea hemorroides sangrado Incontinencia flatulencia ostomías: No Si tipo _____ Motivo: _____
- Hábitos de evacuación urinaria: Frecuencia aproximada al día: Una Describa características 12am aprox. catéter urinario: No Si Fecha de instalación: 03-Sep-23 Refiere presencia de distensión vesical dolor ardor prurito retención incontinencia incontinencia al esfuerzo urgencia diurna urgencia nocturna fuerza y/o cambios en la continuidad de la emisión: : No Si especifique: _____ ostomías: No Si tipo _____ Motivo: _____
- Referencia de sudoración habitual y/o cambios en ella: Si No especifique _____

4. Patrón de Actividad y Ejercicio

- Referencia de cambios en función cardíaca al realizar actividades cotidianas: No Si especifique (palpitaciones, lipotimias, necesidad de detener la acción que realiza): _____
- Presencia de marcapaso: No Si Fecha de instalación: _____
- Ha sentido cambios en patrón respiratorio: No Si especifique (fatiga, disnea al caminar, al comer, al subir escalera, al estar acostado, y a qué distancia) Fatiga

- Tiene dificultad al identificar los sabores (salado, agrio, amargo y dulce) no sí _____ especificar _____
- Algún cambio en su memoria: no sí _____ especificar _____
- Algún cambio en su concentración: no sí _____ especificar _____
- Algún cambio en la orientación: no sí _____ especificar _____
- Lenguaje hablado: cambios en el tono de la voz no sí _____ especificar _____, cambios en la fluidez en el discurso: no _____ sí _____ especificar _____
- Cambios en la sensibilidad (al tacto, frío, calor y/o dolor) Sí No _____ especificar _____
- Manera de aprender (leyendo, escuchando, con dibujos, etc.) especificar leyendo

Nota: Si se observa desorientado: reporte y considere "riesgos de lesiones o accidentes"

7. Patrón Autopercepción y Concepto de sí Mismo

- Descripción como persona: alegre _____ seria temerosa _____ optimista _____ irritable _____ Otros (especificar) _____
- Como percibe su imagen corporal: positiva negativa _____ en ambos casos especifique _____
- Conformidad con lo que es: No _____ Si especifique _____
- Pérdida de interés por las cosas: No Si _____ especifique _____
- Dificultad para tomar decisiones: No _____ Si especifique le cuesta pensar x sí misma
- Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste No Si _____ especifique _____
- Pérdidas y/o cambios importantes en el último año: Sí _____ No especifique _____
- Ha experimentado períodos de: desmotivación _____ apatía _____ depresión adinamia _____ Ninguno de los anteriores _____ especifique tiempo y describa la situación: Se sentía sola y desmotivada, no salía, duro 5 meses aprox.
- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión: No Si _____ (especifique) _____
- Qué le ayudaría a sentirse mejor en éste momento (especifique) Estar con sus hermanos

8. Patrón de Rol-relaciones

- Estado civil: Casada Escolaridad: Primaria Profesión y/u ocupación Casa
situación actual: estudiante _____ empleado _____ desempleado _____ incapacidad _____ pensionado _____ jubilado empleos temporales _____
- Sistema de apoyo: cónyuge _____ familia vive solo _____ vecinos _____ amigos _____
- Conformación de Familia que vive en el hogar: No. de miembros 3
Describir de mayor a menor, incluyendo al usuario

Nombre (iniciales)	Parentesco	Edad	Sexo	Ocupación
RPM	Padre	74	M	Jubilado
LSMI	Madre	64	F	Jubilado
MPH	Nieto	15	M	Estudiante.

- Como considera la relación familiar: especifique intergeneracionales, con amor y respeto
- Existe vínculo estrecho con algún miembro de su familia o persona externa a esta: (especifique) Ninguna
- Papel que desempeña en la familia: dependiente proveedor _____ cuidador principal _____
- Algún problema por el papel que desempeña No Si _____ (especificar) _____ ingreso económico mensual aproximado \$10,800 aprox.

- Idioma/dialecto (especifique) español Dificultad para comunicarse: No Si (especifique con quién, y a qué lo atribuye) _____
- Pertenece algún grupo, asociación, club, etc. No Si especifique _____
- Referencia de amistad con vecinos: No Si especifique _____

9. Patrón de Sexualidad-Reproducción

- Tiene pareja sexual actualmente: No Si especifique _____ IVSA (edad): _____
- Expresa algún cambio en las respuestas sexuales: No Si especifique _____
- Menarquía (edad) _____ ciclo menstrual: regular _____ irregular _____ Duración y periodicidad _____
- Gesta _____ Partos Abortos Cesáreas _____ Embarazada actualmente No _____ Sí _____ especificar tiempo de embarazo y fecha probable de parto _____
- Satisfecho con el número de hijos procreados: Sí No especifique _____ No aplica _____
- Prácticas de autoexamen mamario mensual: Sí _____ No Motivo: _____
- Mamografías: Sí _____ No Motivo: _____ fecha de la última _____ Resultados _____ No aplica _____
- Examen cérvico-vaginal/prostático anual: Sí _____ No Motivo: _____ fecha del último _____ Resultados _____
- Examen Testicular mensual: Sí _____ No Motivo: _____ fecha del último y resultados _____ No aplica _____
- Presencia de flujos: No Sí características (color, olor, cantidad, etc.) _____
- Menopausia Andropausia _____
- Prácticas de sexo seguro: Sí _____ No (especifique uso de condón, una sola pareja, abstinencia total) _____ Uso de algún método de planificación familiar: Sí _____ No _____ especificar _____

10. Patrón de Afrontamiento-Tolerancia al Estrés

- Preocupaciones fundamentales en relación a: hospitalización y/o enfermedad _____ económicas _____ de autocuidado _____ de empleo _____ imagen corporal _____ especifique sus hijos _____
- Formas en las que expresa el estrés: llanto _____ ira _____ molestias físicas _____ especifique _____
- Acciones que realiza para controlar el estrés o la ira: beber alcohol _____ fumar _____ comer _____ beber café leer _____ medicamentos _____ especifique _____
- Frecuencia con la que presenta estas respuestas al estrés: 1-2 veces al mes 1-2 veces a la semana _____ diariamente _____ Especifique a que lo atribuye: _____

11. Patrón de Valores y Creencias

- Prácticas de alguna religión: Sí No (especificar cuál) Católica _____
- Existen restricciones por parte de su religión para seguir indicaciones médicas y/o de enfermería: Sí _____ No cuáles _____
- ¿Tiene algún sistema de creencias que le proporcionen consuelo y fuerza? Sí No (especificar cuál) Verax _____
- ¿Qué es lo que le da sentido a su vida? Especifique sus hijos y hermanos _____ Esto ha cambiado desde que está enfermo no _____
- Siente preocupación acerca de morir Sí _____ No especifique Estable _____
- Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio: Sí _____ No (especificar cuál) _____
- Valores morales más importantes (describa lo que considera más valioso en su vida) Amor y respeto ante todo _____

2da parte

II. EXAMEN FÍSICO (datos objetivos)

Aspecto General

- Edad aparente: igual mayor menor a la cronológica (69) años, complexión física: robusta media delgada ; estatura: alta media baja ; aliñado: Si No ; Facies: dolor angustia aprensión relajada (otra, describa) _____; tes: morena morena clara orientado en tiempo, lugar, persona: si no actitud hacia la enfermedad, especifique Positiva y animada (no decaída)
- Estado de ánimo: decaído irritable euforia indiferente (describa) Alegre
- Estado de conciencia: alerta obnubilación somnolencia inconsciencia Responde a preguntas (colaborador) Sí No Postura adoptada: Libre erguida semi erguida movimiento repetitivos Los manos Otros (especifique) _____

1. Patrón Nutricional Metabólico

- Tipo de dieta actual durante la estancia hospitalaria en protocolo ayuno: No Sí No. de días _____ motivo _____ Temperatura corporal 36.8 °C. Peso 58 kg. talla 1.54 IMC 24
- Piel (características): seca, los morcena presencia de heridas Qx. _____ (describir características) presencia de drenes No Sí (especificar tipo y condiciones de la piel circundante) normal sondas (especificar tipo y condiciones de la piel circundante) _____ otro tipo de lesiones (especificar) _____ características _____ estado de uñas curtas Mucosas _____ Edema (áreas): Si No Godette: NO Sí (señalar sitio y profundidad) _____

fóvea	+	++	+++
profundidad	2mm	3mm	4mm

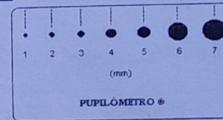
- Cabeza: Forma Triangular, tamaño _____, Simetría Sí No , cuero cabelludo: Color negro hidratación Si No prurito Si No cicatrices si no zonas dolorosas no Sí
- Cabello: cantidad, implantación, color, textura (especificar si hay alteraciones; protuberancias, hundimiento, heridas, escasez, desprendimiento etc.) normal
- Cara: Piel (describir características) seca simetría Si No (especificar) _____ lesiones No Sí (especificar) _____ (par craneal V y VII)
- Labios: forma pequeña tamaño pequeños Mucosa bucofaringea íntegra Si No color rosado lesiones No Sí (especificar) _____ hidratación Si No reflejo nauseoso (par craneal X) No Sí obstrucción _____ presencia de cánulas, mascarillas, sondas (especificar) sondas disfagia (par craneal XII) _____ Piezas dentarias. Número _____ integridad Sí No (especificar piezas, sitio y tipo de alteración) _____ Higiene adecuada: Sí No (especificar presencia de detritus, halitosis, etc.) _____ caries sarro placa dentobacteriana _____
- Cuello: Estado de la piel (características): seca Masas: Sí No dolor: Sí No Desarrollo Muscular corlo (par craneal XI)
- Abdomen: forma plano globoso excavado circunferencia abdominal _____ cm Simetría: Sí No Masas: Sí No dolor: Sí No Distensión: Sí No presencia de visceromegalia, ostomías, etc.) Dia. peritoneal Hallazgos a la percusión (especificar) _____ Ruidos peristálticos: Presentes _____ ausentes _____ disminuidos aumentados
- Ingreso de líquidos en 24 horas. (especificar cantidad y vía) Agua 1Ll aprox.
Nota: Algunos datos podrán ser recolectados en valoración subsecuente y/o a partir de patrones que impliquen procesos vitales mientras se estabiliza la condición del usuario, así como la valoración de perímetros y para comparar valores normales consultar tabla de autores mexicanos y etapa de crecimiento.

2. Patrón de Eliminación

- Intestinal: frecuencia de defecaciones en 24 hrs normal derivaciones intestinales No ___ Sí ___ (especificar) ___ características de las heces: normales Sí X No ___ (describir duras, semilíquidas, líquidas, con sangre, parásitos, cantidad, semipastosas, con dolor, etc., utilizar escala de Bristol) ___ Región perianal: íntegra X con lesiones ___ (describir hemorroides, fisuras) ___
 - Urinario: orina frecuencia al día 2 características normales Sí X No ___ (describir; cantidad, sangre, color, turbiedad, fuerza y continuidad en la emisión) ___ derivaciones vesicales ___ Región Perineal: íntegra X con lesiones ___ (describir) ___
 - Presencia de sondas u otros dispositivos: Sí X No ___ (describir tipo y estado de la región Se ubica por el abdomen y esta normal)
 - Sudoración: alteraciones Sí ___ No X (describir tipo de alteración y sitios) ___
 - Egresos de líquidos (por turno o 24 hrs. considerando todas las vías) ___; pérdidas insensibles ___
- Nota: Especificar balance en caso de diálisis Lo saca cada 6 hrs

3. Patrón Cognitivo-Perceptivo

- Pares craneales II, III, IV y V. Simetría de ojos Sí X No ___ (especificar) almendrados integridad de párpados Sí X No ___ Conductos lagrimales permeables: Sí X No ___ sensibilidad de córnea Sí X No ___ (especificar) ___ pupilas: Tamaño ___ mm, reacción a la luz ___ a la acomodación ___ en ambos ojos ___ asimetría Si Ceguera total ___ lesiones X (especificar si es en un ojo o en ambos). Agudeza visual con carta de Snellen a 6 mts. de distancia: (mencione cifras) ojo derecho ___ ojo izquierdo ___ ambos ojos ___
- Oído externo: Pabellón auricular, simetría X implantación ___ integridad ___ forma, proporción ___ alteraciones (especificar) ___ hiperemia, ___. Conducto auditivo (resultados de otoscopia): forma ___ tamaño ___ mucosa ___ presencia de vellosidades Sí X No ___ cerumen (color, cantidad, consistencia) ___ Obstrucción ___ tímpano (describir, características) ___. Par craneal VIII: audición intacta Sí X No ___ técnica: susurro ___ tic, tac X roce de dedos ___ (especificar distancia) ___ prueba de rinne weber (uso diapasón) describir resultados, ___
- Describir tipo, tamaño, volumen (proporción) de nariz ___ rinoscopia: (especifica color, hidratación integridad de mucosa nasal) ___ alineación de tabique nasal Sí X No ___ senos paranasales (técnica de transluminación), ___ presencia de secreciones ___ dolor ___ Par craneal I: Olfato intacto a la prueba del olor y reflejo de estornudo (jabón, café, tabaco y pluma de algodón) Sí ___ No ___ alteración (especificar) ___
- Par craneal IX y X: gusto: percepción de sabores básicos: ácido, agrio, salado, dulce (describir resultados) ___ Tacto: sin alteración a la prueba de sensibilidad Sí X No ___ (especificar) ___
- Prueba de tolerancia al dolor: describir sitio, tipo, estimar intensidad con escala analógica 0-10: (0 = tolerable, 10 = intolerable) 6
- Memoria: intacta X alterada ___ especifique (hechos remotos, recientes, etc.) ___
- Orientación: Intacta X alterada ___ especifique (tiempo, lugar, persona) ___
- Escala de Glasgow: (describe la puntuación identificada) 3, 5, 5, no aplica ___
- Nivel de sedación: escala de Ramsay (describe la puntuación identificada) ___ no aplica X



4. Patrón Actividad – Ejercicio

- Tórax: forma ___ volumen ___ simetría ___ relación diámetros anteroposterior y transversal: alterado ___ normal ___ estado respiratorio: tipo de respiración ___

- (especifique) _____ Frecuencia respiratoria ritmo _____ amplitud _____ Movimientos respiratorios: Expansión torácica: (describir simetría, frémito) _____
- Auscultación de campos pulmonares: ruidos respiratorios presentes (ruidos traqueales, vesiculares, broncovesiculares) normales. _____ anormales _____ (sibilancias, estertores, estridor, roncus, otros) _____ Tos: Sí No _____ especificar características _____ características de esputo _____
 - Presencia de apoyo ventilatorio: No Si _____ (especificar tipo y parámetros) _____ oxígeno suplementario (Especificar tipo y dosis) _____ SO₂ _____ % presencia de traqueostomía Si No signos de insuficiencia respiratoria: disociación toracoabdominal _____ aleteo nasal _____ disnea cianosis _____ tiros intercostales _____ retracción xifoidea _____
 - Medición signos vitales: Método invasivo _____ no invasivo _____ Frecuencia cardíaca 63 x m².n pulso (describir características) _____ Tensión arterial _____ mm/hg PVC _____
 - Ruidos cardíacos. Calidad: Claros y bien diferenciados Apagados y difusos _____ Soplos _____ Frecuencia: Igual al periférico Sí No _____ Ritmo: Regular y uniforme Sí No _____
 - Estado vascular periférico: pulsos: (describir ritmo, frecuencia comparada con su homólogo) _____ varicosidades Sí No _____ (especificar región, extensión, coloración y temperatura local) _____ Llenado capilar _____ (<3").
 - Catéter vascular _____ (tipo, sitio, características, fecha de instalación y última curación) _____
 - Musculo esquelético: Capacidad de movilización: completa _____ incompleta _____ nula _____ (describir de acuerdo a arcos de movimientos en articulaciones) _____
 - Marcha: estable _____ Inestable _____ especificar _____ (utilizar prueba de Romberg si es necesario). Se apoya con aditamentos: Si No _____ (especificar muletas, andadera, bastón, pasamanos) _____
 - Fuerza en manos: simétrica asimétrica _____ (describir en una escala de 0 al 5 donde el cero indica sin contracción muscular y el cinco arco de movimiento completo contra gravedad y resistencia fuerte), especificar _____ Fuerza en piernas: simétrica asimétrica (describir en una escala de 0 al 5 donde el cero indica sin contracción muscular y el cinco arco de movimiento completo contra gravedad y resistencia fuerte), especificar _____
 - Reflejos osteotendinosos: Bicipital Presente _____ Ausente _____ Rotuliano Presente _____ Ausente _____ Aquiliano Presente _____ Ausente _____ Otros _____ describir en cada uno, respuesta al estímulo con percusión (martillo de reflejos)
 - Ausencia de Miembro _____ total _____ parcial _____ (especificar región y tipo) _____ Parálisis: _____ especificar (lugar y magnitud) _____ riesgo de lesiones en sitios de presión (describir, tipo y magnitud valorando desde occipucio hasta talón de Aquiles, usar escala de Braden o Norton) _____
 - Riesgo de caídas _____

5. Patrón de Sexualidad-Reproducción

- Integridad de genitales externos Sí No _____ (especificar; lesiones episiografía, circuncisión, fimosis, flujos, sangrados, olor, características morfológicas) _____
- Reflejo cremasteriano Si No No aplica
- Mamas: Forma _____ simetría _____ tipo _____ características de la piel _____ tumoraciones: No Si _____ describir sitio y características _____ galactorrea _____ Cadena ganglionar palpable: Sí _____ No _____ Dolor: Sí _____ No Nivel _____ (usar escala convenida y codificar del 0-10).

IV. DOCUMENTACIÓN

1. **Datos de identificación y antecedentes personales (especificar patológicos y heredofamiliares):** Nombre (siglas) LMI Edad 64 Sexo F DX médico CM Motivo de solicitud de hospitalización y/o atención CM fecha de valoración 20-Sep-24
 Describir antecedentes patológicos y heredofamiliares relevantes diabetes, anemia, ceguera y Hipertensión arterial,
2. **Resumen del inicio y evolución del padecimiento actual (tratamientos farmacológicos y/o quirúrgicos recibidos)**

3. **Patrones de salud** (análisis, síntesis y conclusión del estado de los patrones de salud (funcional, disfuncional, en riesgo de disfunción) con las evidencias que expresen el estado actual)
 1. Patrón de Mantenimiento y Percepción de la Salud
 2. Patrón nutricional metabólico
 3. Patrón de eliminación
 4. Patrón de Actividad y Ejercicio
 5. Patrón de sueño – descanso
 6. Patrón cognitivo – perceptivo
 7. Patrón Autopercepción y Concepto de sí Mismo
 8. Patrón de rol-relaciones
 9. Patrón de sexualidad-reproducción
 10. Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés
 11. Patrón de valores y creencias
4. **Fortalezas Identificadas**

BIBLIOGRAFIA

- Berman, A. & Snyder, S. (2013). Fundamentos de enfermería, Conceptos, procesos y práctica de Kozier y Erb (9ª ed.). (Trad. GEA Consultoría Editorial, S.L.) Madrid, España: Pearson Education. (Original en inglés, 2012).
- Dillon, P. (2008). Valoración Clínica en enfermería. (2ª ed.), México, D. F Mc Graw Hill
- Esneda M. & Lerma J. (1990). Atención primaria de salud. Valoración del estado de salud, Washington, D. C., OPS.
- Gordon, M. (1996). Diagnostico enfermero proceso y aplicación. Ed. MOSBY/DOYMA LIBROS, S.A.