

FICHA SALUD INTEGRAL ADOLESCENTE (CLAP MODIFICADA)

NOMBRES

APELLIDOS (paterno y materno)

DOMICILIO (calle, número, comuna)

FECHA DE NACIMIENTO

RUN

SEXO

mujer

hombre

NOMBRE SOCIAL

Centro de Salud

Código

Control en establecimiento:

educacional

de salud

Establecimiento educacional:

H.C.N°

TEL FIJO

CEL

domicilio

recados

BENEFICIARIO PROTECCIÓN SOCIAL

no

sí

CORREO ELECTRÓNICO

CONSULTA PRINCIPAL

N°

FECHA

EDAD

años

meses

PAIS DE ORIGEN

ESTADO CIVIL

casado

conviviente

soltero

unión civil

separado

viudo

PUEBLO INDIGENA

no

sí

¿Cuál?

ACOMPAÑANTE

solo

madre

padre

ambos

amigo

pareja

pariente

otro

Motivo de consulta según adolescente:

1.

Motivo de consulta según acompañante:

1.

2.

2.

3.

3.

Descripción motivo de consulta

ANTECEDENTES PERSONALES

PERINATALES NORMALES

sí

no

sé

no

CIRUGIA/ HOSPITALIZACIONES

no

no

sé

sí

ALERGIAS

no

no

sé

sí

USO MEDICAMENTOS

no

sí

VACUNAS COMPLETA

sí

no

sé

no

PROBLEMAS SALUD MENTAL

no

no

sé

sí

ENF. IMPORTANTES

no

no

sé

sí

VIOLENCIA

no

no

sé

sí

DISCAPACIDAD

no

no

sé

sí

JUDICIALES

no

no

sé

sí

ACCIDENTE RELEVANTE

no

no

sé

sí

OTROS

no

no

sé

sí

Observaciones

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENF. IMPORTANTES

no

no

sé

sí

OBSESIDAD

no

no

sé

sí

PROBLEMAS SALUD MENTAL

no

no

sé

sí

VIOLENCIA INTRAFAMILIA

no

no

sé

sí

ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

no

no

sé

sí

MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE

no

no

sé

sí

JUDICIALES

no

no

sé

sí

OTROS

no

no

sé

sí

Observaciones

FAMILIA

VIVE CON

no

sí

solo/a

sí

madre

padre

en institución

con otros

especifique

NIVEL INSTRUCCION

ninguno

básica

media

superior

Madre o sustituta

Padre o sustituto

Pareja

OCUPACION

Madre o sustituta

Padre o sustituto

Pareja

COMPARTE CAMA

no

sí

¿Con quién?

PERCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE SOBRE SU FAMILIA

buena

regular

mala

No hay relación

VIVIENDA

condiciones sanitarias

sí

no

hacinamiento

Observaciones

Observaciones

EDUCACIÓN

ESTUDIA

sí

no

NIVEL

No escolarizado

básica

media

superior

GRADO O CURSO

AÑOS REPETIDOS

Causa

PROBLEMAS EN LA ESCUELA

no

sí

VIOLENCIA ESCOLAR

no

si

DESERCIÓN/ EXCLUSIÓN

no

si

Causa

PERCEPCIÓN DE RENDIMIENTO RESPECTO A LA MAYORÍA DE SUS COMPAÑEROS

mejor

peor

igual

Observaciones

TRABAJO	TRABAJA sí ☐ no ☐ horas por semana	TRABAJO sí ☐ no ☐ infantil ☒ ☐ juvenil ☐ ☐	PEORES FORMAS sí ☒ no ☐	SERVICIO DOMESTICO NO REMUNERADO PELIGROSO sí ☒ no ☐	RAZON DE TRABAJO económica ☐ autonomía ☐ me gusta ☐ otra ☐ n/c ☐	LEGALIZADO sí ☐ no ☒ n/c ☐	TIPO DE TRABAJO	
Observaciones								
VIDA SOCIAL	ACEPTACION aceptado ☐ ignorado ☒ rechazado ☒ no sabe ☐	PAREJA sí ☐ no ☐ edad pareja años meses VIOLENCIA EN LA PAREJA sí ☒ no ☐	AMIGOS/AS sí ☐ no ☒	ACTIVIDAD FISICA horas por semana TV horas por día	COMPUTADOR / CONSOLA Y OTROS horas por día OTRAS ACTIVIDADES sí ☐ no ☐ ¿Cuáles?	GROOMING sí ☒ no ☐ CYBERBULLYNG sí ☒ no ☐		
	Observaciones							
HÁBITOS/ CONSUMO	SUEÑO NORMAL sí ☐ no ☒ horas por día	ALIMENTACIÓN ADECUADA sí ☐ no ☒ COMIDAS CON FAMILIA nº de comidas/ día	ALIMENTACIÓN ESPECIAL sí ☒ no ☐ ¿Cuál?	TABACO sí ☒ no ☐ promedio cigarros/ día	ALCOHOL Y OTRAS DROGAS Consumo en último mes alcohol sí ☒ no ☐ marihuana sí ☒ no ☐ otra sustancia sí ☒ no ☐ ¿Cuál? ¿Cuáles?	SEGURIDAD VIAL sí ☐ no ☒		
	Observaciones							
GINECO/ UROLÓGICO	MENARCA / ESPERMARCA años meses 	FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN día mes año no conoce ☒ n/c ☐	CICLOS REGULARES sí ☐ no ☒ n/s ☐ n/c ☐ DISMENORREA no ☐ sí ☒ n/c ☐	FLUJO PATOLÓGICO VAGINAL/ SECRECIÓN PENEANA no ☐ sí ☒	ITS / VIH no ☐ sí ☒ ¿Cuál? tratamiento sí ☐ no ☒ n/s ☒ tratamiento contactos ☐ ☒ ☒	EMBARAZOS ☒ HIJOS ☒ ABORTOS ☒		
	Observaciones							
SEXUALIDAD ORIENT.SEXUAL	INTENCIÓN O CONDUCTA SEXUAL heterosexual ☐ homosexual ☐ bisexual ☐ Se identifica como: n/r ☐	RELACIONES SEXUALES CON distinto sexo ☐ mismo sexo ☐ ambos sexos ☐ n/c ☐	PAREJA SEXUAL única ☐ ambos ☐ varias ☐ n/c ☐	DIFICULTADES EN RELACIONES SEXUALES no ☐ sí ☒ n/c ☐	ANTICONCEPCIÓN uso habitual condón siempre ☐ a veces ☒ nunca ☒ uso MAC actual ☒ a veces ☒ sí ☐ no ☒ consejería uso MAC sí ☐ no ☒ ¿Cuál? Razón no uso ACO de emergencia sí ☐ no ☐	Doble protección sí ☐ no ☒ reparación sí ☐ no ☒	VIOLENCIA SEXUAL sí ☒ no ☐ reparación sí ☐ no ☒	
Observaciones								
SITUACIÓN PSICO EMOCIONAL	IMAGEN CORPORAL conforme ☐ crea ☒ preocupación impide relación con los demás ☒	VIDA CON PROYECTO claro ☐ confuso ☒ ausente ☒	BIENESTAR EMOCIONAL normal ☐ eufórico ☒ deprimido/bajoneado ☒ ansioso/angustiado ☒ irritable ☒ alta impulsividad ☒ desesperanzado ☒ autoagresiones ☒ poco interés o placer ☒	RIESGO SUICIDA no ☐ sí ☒ suicidio amigo/a ☐ o familiar cercano ☒ ideación suicida ☐ ☒ (último mes) intento suicida ☐ ☒ (últimos 3 meses)	REFERENTE ADULTO padre ☐ madre ☐ familiar ☐ otro ☐ ninguno ☒ nombre teléfono			
	Observaciones							
EXAMEN FÍSICO	PESO (Kg) 	TALLA (cm) DE ☐	PER. CINTURA (cm) 	IMC DE ☐	PRESION ARTERIAL /	TANNER con foto ☐ mama ☐ genital ☐		
ASPECTO GRAL.	AGUD. VISUAL normal ☐ anormal ☒	AGUD.AUDITIVA normal ☐ anormal ☒	SALUD BUCAL normal ☐ anormal ☒	TIROIDES normal ☐ anormal ☒	CARDIO PULMONAR normal ☐ anormal ☒	ABDOMEN normal ☐ anormal ☒	COLUMNA normal ☐ anormal ☒	EXTREMIDADES normal ☐ anormal ☒
Observaciones								
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL					DETECCION DE RIESGO Suicida ☒ SSR ☒ OH/drogas ☒ Nutricional ☒ Otro ☒			
INDICACIONES E INTERCONSULTAS								
Nombre responsable/profesión/ firma					Fecha próxima visita			