



Universidad Estatal del Valle de Ecatepec
Clínica Integral Universitaria

Formato Filtro de Usuarios «Valoración inicial»

DOCUMENTO CONTROLADO
SISTEMA DE GESTIÓN
DE CALIDAD

1.- Generales:

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección: _____

Teléfono(s) Casa: _____ Móvil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación Actual: _____

2.- Signos Vitales:

Tensión Arterial	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Temperatura	Peso	Talla
/ mHg	/ min.	/min.	°C	Kgs.	Mts.

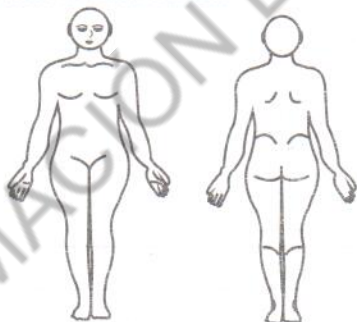
3.- Motivo de Consulta: (describa la causa por la cual requiere valoración): _____

4.- Señale con una (X) las principales problemáticas en salud presuntivamente detectada en entrevista y en toda la valoración.

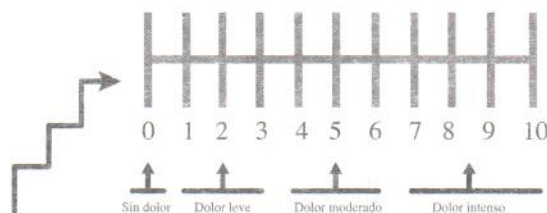
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> Artroplastias	<input type="checkbox"/> Artrosis	<input type="checkbox"/> Atrofia muscular	<input type="checkbox"/> Cefalea/migraña	<input type="checkbox"/> Cervicalgia
<input type="checkbox"/> Ciática	<input type="checkbox"/> Coxartrosis	<input type="checkbox"/> Crisis tónico Clónica	<input type="checkbox"/> Diabetes M. Tipo: I II	<input type="checkbox"/> Dorsalgia	<input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas	<input type="checkbox"/> Estrés
<input type="checkbox"/> Fascitis Plantar	<input type="checkbox"/> Gonalgia	<input type="checkbox"/> Hemiplejia	<input type="checkbox"/> Herpes Zoster	<input type="checkbox"/> Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial Sistémica	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo
<input type="checkbox"/> Hipoactividad	<input type="checkbox"/> Hipotensión Arterial Ortostática	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal Crónica	<input type="checkbox"/> Insuficiencia venosa periférica	<input type="checkbox"/> Lesión medular
<input type="checkbox"/> Lumbalgia	<input type="checkbox"/> Mialgias	<input type="checkbox"/> Neuropatía Diabética	<input type="checkbox"/> Omalgia	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral infantil	<input type="checkbox"/> Parálisis facial
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Pérdida Reciente	<input type="checkbox"/> Retraso Psicomotor	<input type="checkbox"/> Secuelas de EVC	<input type="checkbox"/> Secuelas de fracturas	<input type="checkbox"/> Somnolencia	<input type="checkbox"/> Sx. De climaterio
<input type="checkbox"/> Sx. Depresivo	<input type="checkbox"/> Sx. Metabólico	<input type="checkbox"/> Túnel del carpo.				

Otra (s) problemáticas: _____

5.- Marcar con X completamente la región con molestia o dolor y con una flecha señalar hacia donde se irradia el mismo.



6.- Marcar con X el grado de dolor:



7.- Estudios auxiliares:

☐ Radiografías ☐ Resonancia Magnética ☐ Tomografía ☐ Ultrasonido ☐ Otros: _____

Gabinete:

Fecha: _____ Resultados: _____

☐ EGO ☐ Química Sanguínea ☐ Biometría Hemática ☐ Otros: _____

Laboratorio:

Fecha: _____ Resultados: _____



Universidad Estatal del Valle de Ecatepec
Clínica Integral Universitaria

Formato Filtro de Usuarios « Valoración inicial »

DOCUMENTO CONTROLADO
SISTEMA DE GESTIÓN
DE CALIDAD



8.- Acupuntura:

Lengua	
Saburra	
Pulso	

9.- Gerontología:

Clasificación de la PAM:

☐ Menor de 60 ☐ de 60 – 74 años (joven) ☐ 75 – 84 años (viejo-viejo) ☐ 85 a 99 años (viejo-longevo) ☐ De 100 o mayor (centenario)

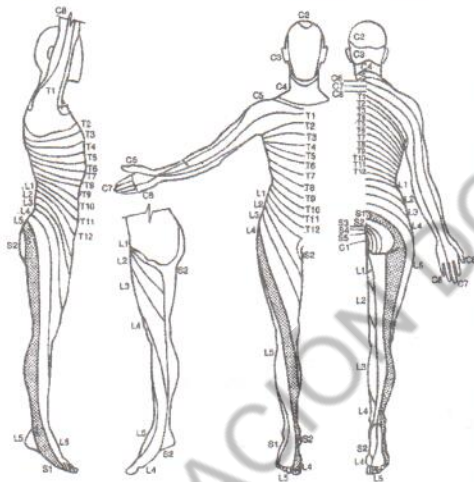
Factores de riesgo	Síndromes Geriátricos	Clasificación Funcional

10.- Quiropráctica:

Pruebas ortopédicas

Prueba	+	-	Prueba	+	-	Prueba	+	-

Goniometría de zona afectada:



Valoración Neurológica:

ROT	Derecho	Izquierdo
C5		
C6		
C7		
L4		
L5		
S1		

Observaciones (solo Quiropráctico)

11.- Observaciones generales:

12.- Servicio que apertura expediente en CIU:

Acupuntura ☐

Quiropráctica ☐

13.- Flujo de tratamiento sugerido CIU:

() Acupuntura () Gerontología () Quiropráctica () Rehabilitación

14.- Elaboró: (colocar área, nombre y firma)
