

# Registros médicos

## Sección I. Información del paciente

Registro de datos básicos del paciente con fines de identificación.

Nombre Completo	Jessie Connolly
Fecha de Nacimiento	01/01/1980
Genero	Femenino
Datos de Contacto	(123) 456-7890
Contacto de Emergencia	John Connolly (Esposo), (123) 456-7891
Numero de Registro Medico	10001

## Sección II. Historial médico

Esta sección proporciona espacio para información importante sobre la salud del paciente.

Condiciones pasadas	Hipertensión, Diabetes Gestacional (durante el 2º embarazo)
Procedimientos quirúrgicos	Extracción de apéndice (1999)
Alergias	Penicilina
Antecedentes Familiares	La madre tuvo cáncer de mama, el padre tuvo diabetes

## Sección III. Medicamentos actuales

Registre cualquier medicamento que el paciente esté tomando actualmente.

Nombre del medicamento y dosis	Lisinopril 10 mg
--------------------------------	------------------

Frecuencia	Una vez al día
Médico prescriptor	Dr. Ted Roberts

## Sección IV. Observaciones clínicas

Incluya aquí los hallazgos relevantes del examen físico y los resultados de las pruebas diagnósticas.

Examen físico	PA: 130/85, Pulso: 78, Frecuencia respiratoria: 16, IMC: 27
Resultados de las pruebas diagnósticas	Niveles de glucosa en sangre ligeramente elevados; Mamografía clara

## Sección V. Plan de tratamiento

Describa el tratamiento actual del paciente.

Tratamiento actual	Medicamentos para la hipertensión; Modificaciones dietéticas
Terapias/Cirugías	Ninguna programada

## Sección VI. Notas de progreso

Describa cualquier cambio en la salud, el tratamiento u otras observaciones significativas del paciente.

Fecha de revisión	<b>24/05/2023</b>
Notas	El paciente informa que se siente bien, presión arterial controlada, preocupaciones leves sobre la glucosa en sangre
Próxima cita	<b>24/06/2023</b>

## Sección VII. Registros de vacunación

Realice un seguimiento del historial de vacunación del paciente.

Nombre de la vacuna	Gripe estacional
Fecha de aplicación	01/11/2022
Aplicada por	Dr. Rob Howard

## Sección VIII. Formulario de consentimiento

Documente cualquier procedimiento o tratamiento al que el paciente haya dado su consentimiento informado para someterse.

Procedimiento/Tratamiento	Análisis de sangre
Fecha de firma	24/05/2023