



TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

SIS-SS-EC-P

SIS 2016

REUNIÓN NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

NOVIEMBRE 25, 2015



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2015 Anverso

SIS-SS-EC-P

TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

SALUD



SECRETARÍA DE SALUD

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 DIAGNÓSTICO															
EXPEDIENTE _____ NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ENTIDAD DE NACIMIENTO _____ CURP _____ EDAD _____ SEXO _____ TALLA _____ PERTENECE A ALGÚN PUEBLO INDÍGENA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DOMICILIO 1 _____ DOMICILIO 2 _____ AFILIACIÓN SPSS _____		FAMILIARES: ENF. CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> ENF. CEREB. VASCULAR <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIAS <input type="checkbox"/> EN: ABUELOS <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> TÍOS <input type="checkbox"/> HERMANOS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> PERSONALES: ENF. CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> TABAQUISMO <input type="checkbox"/> ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIAS <input type="checkbox"/> POST MENOPAUSIA <input type="checkbox"/> TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL <input type="checkbox"/>		DIAGNÓSTICO(S). Ingreso <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/> Ingresos: (Anote la fecha del ingreso o reingreso día, mes y año) 1) D.M. <input type="checkbox"/> 3) OBESIDAD <input type="checkbox"/> TIPO _____ 2) HTA <input type="checkbox"/> 4) DISLIPIDEMIAS <input type="checkbox"/> 5) SÍNDROME METABÓLICO <input type="checkbox"/> 6) SOBREPESO <input type="checkbox"/> DETECCIÓN SE LE REALIZÓ POR: PESQUISA <input type="checkbox"/> POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>															
C O N T R O L																			
FECHA	PESO (KG)	I M C	CC	TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA / DIASTÓLICA	GLUCE-MIA (mg/dl)	Hb A1c %	Revisión pies	COLESTEROL			TRIGLI-CÉRIDOS	TRATAMIENTO PRESCRITO		PACIENTE CONTROLADO ***	GRUPO AYUDA MUTUA ****	COMPLI-CACIONES +	REFE-RENCIA ++	BAJA +++	OBSERVACIONES
								Total	LDL	HDL	NO FARMACOLÓGICO *	FARMACOLÓGICO **							

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICO (S): . Diabetes, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemias o más de una enfermedad crónica.

*1. Alimentación Saludable 2. Actividad Física 3. Eliminar hábitos tabáquico y/o alcoholíco

**1.-Glibenclamida-tableta 5mg, 2.-Metformina tableta 850 mg, 3.-Acarbosa tableta 50 mg, 4.-Insulina nph 100 UI 5 ml, 5.-Captopril tableta 25 mg, 6.-Enalapril cápsula/tableta 10 mg, 7.-Hidroclorotiazida tableta 25 mg, 8.-Metoprolol tableta 100 mg, 9.-Propranolol tableta 10 mg, 10.-Nicardipino Comprimidos 30 mg, 11.-Nifedipino cápsula 10 mg, 13.-Verapamil gragea 80 mg, 14.-Losartán gragea 50 mg, 15.-Irbesartán tableta 150 mg, 16.-Candesartán tableta 16 mg, 17.-Ácido nicotínico tableta 500 mg, 18.-Atorvastatina tableta 20 mg, 19.-Bezafibrato tableta 200 mg, 20.-Ezetimiba tableta 10 mg, 21.-Pravastatina tableta 10 mg, 22.-Simvastatina tableta 20 mg, 23.-Rosuvastatina tableta 10 mg, 24.-Ácido acetil salicílico tableta 300 mg, 25.-Ácido acetil salicílico tableta 500 mg, 26.-Allopurinol 100 mg, 27.-Allopurinol 300 mg, 28.-Clopidogrel gragea 75 mg, 29.-Clortaldiona tableta 50 mg, 30.-Dinitrato de isosorbida 10 mg, 31.-Ezetimiba tableta 10 mg, 32.-Furosemida ampolla 20 mg, 33.-Insulina Aspártica 10ml, 34.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 1 pluma, 35.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 5 plumas, 36.-Insulina glargina 100 UI 10 ml, 37.-Insulina glargina 100 UI 3ml con 5 plumas, 38.-Insulina lenta 100 UI 10 ml, 39.-Insulina lispro 100 UI 10 ml, 40.-Insulina lispro protamina 2 cart, 3 ml/frasco 10 ml, 41.-Insulina nph 100 UI 10ml, 42.-Insulina rápida 100 UI 5 ml, 43.-Insulina rápida 100 UI 10ml, 44.-Irbesartán tableta 300 mg, 45.-Irbesartán-Hidroclorotiazida 150 mg/12.5 mg, 46.-Irbesartán-Hidroclorotiazida 300 mg/12.5 mg, 47.-Linagliptina 5 mg, 48.-Losartán-Hidroclorotiazida 50 mg/12.5 mg, 49.-Nifedipino comprimido 30 mg, 50.-Prazosina cápsula 1 mg, 51.-Propranolol tableta 40 mg, 52.-Saxagliptina 5 mg, 53.-Sitagliptina 100 mg, 54.-Telmisartán tableta 40 mg, 55.-Verapamil ampolla 5 mg, 56.-Vildagliptina 50mg

*** Paciente Controlado: Anote Si y el número de padecimiento (De acuerdo al resultado de la consulta efectuada en ese día) 1.Diabetes, 2.Hipertensión 3.Obesidad 4.Dislipidemia 5.Síndrome metabólico 6. Sobre peso. Ejemplo: Diabético controlado SI 1. No controlado anote No.

****Escriba en la casilla el número de veces que asiste en el mes

+ 1. Retinopatía 2.Nefropatía 3.Neuropatía 4.Pie Diabético 5.Enf. Cardiovascular 6.Enf. Cerebrovascular 7.Apnea del Sueño 8.Otra

++REFERENCIA I. Unidad de consulta externa II. Hospital general III. Hospital de especialidad

+++ BAJA: 1.Cambio de domicilio 2.Rechazo al tratamiento 3.Defunción 4.Perdido 5.Otro motivo



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2015 Reverso

CLASIFICACION DE DIAGNÓSTICO (S): Diabetes, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemias o más de una enfermedad crónica.

*1.Alimentación Saludable 2.Actividad Física 3.Eliminar hábitos tabáquico y/o alcohólico

** 1.-Glibenclamida-tableta 5mg, 2.-Metformina tableta 850 mg, 3.-Acarbosa tableta 50 mg, 4.-Insulina nph 100 UI 5 ml, 5.-Captritol tableta 25 mg, 6.-Enalapril cápsula/tableta 10 mg, 7.-Hidroclorotiazida tableta 25 mg, 8.-Metoprolol tableta 100 mg, 9.-Propranolol tableta 10 mg, 10.-Nicardipino Comprimidos 30 mg, 11.-Nifedipino cápsula 10 mg, 13.-Verapamilo gragea 80 mg, 14.-Losartán gragea 50 mg, 15.-Irbesartán tableta 150 mg, 16.-Candesartán tableta 16 mg, 17.-Ácido nicotínico tableta 500 mg, 18.-Atorvastatina tableta 20 mg, 19.-Bezafibrato tableta 200 mg, 20.-Ezetimiba tableta 10 mg, 21.-Pravastatina tableta 10 mg, 22.-Simvastatina tableta 20 mg, 23.-Rosuvastatina tableta 10 mg, 24.-Ácido acetil salicílico tableta 300 mg, 25.-Ácido acetil salicílico tableta 500 mg, 26.-Allopurinol 100 mg, 27.-Allopurinol 300 mg, 28.-Clopigidropel gragea 75 mg, 29.-Clortalidona tableta 50 mg, 30.-Dinitrato de isosorbida 10 mg, 31.-Ezetimiba tableta 10 mg, 32.-Furosemida ampolleta 20 mg, 33.-Insulina Aspártica 10ml, 34.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 1 pluma, 35.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 5 plumas, 36.-Insulina glargina 100 UI 10 ml, 37.-Insulina glargina 100 UI 3ml con 5 plumas, 38.-Insulina lenta 100 UI 10 ml, 39.-Insulina lispro 100 UI 10 ml, 40.-Insulina lispro 2 cart, 3 milifrasco 10 ml, 41.-Insulina nph 100 UI 10ml, 42.-Insulina rápida 100 UI 5 ml, 43.-Insulina rápida 100 UI 10ml, 44.-Irbesartán-Hidroclorotiazida 150 mg/12.5 mg, 47.-Linagliptina 5 mg, 48.-Losartán-Hidroclorotiazida 50 mg/12.5 mg, 49.-Nifedipino comprimido 30 mg, 50.-Prazosina cápsula 1 mg, 51.-Propranolol tableta 40 mg, 52.-Saxagliptina 5 mg, 53.-Sitagliptina 100 mg, 54.-Telmisartán tableta 40 mg, 55.-

Verapamil ampolleta 5 mg. 56.-Vildagliptina 50mg
*** Paciente Controlado: Anota Sí y el número del padecimiento (De acuerdo al resultado de la consulta efectuada en ese día) 1.Diabetes, 2.Hipertensión 3.Obesidad 4.Dislipidemia 5.Síndrome metabólico 6. Sobre peso.

Ejemplo; Diabético controlado Si 1. No controlado anote No.
*****Escríbelo en la escala el número de veces que existió en el mes.

***Escrba en la casilla el numero de veces que asiste en el mes + 1. Retinopatia 2. Nefropatia 3. Neuropatia 4. Pie Diabetico 5. Enf. Cardiovascular 6. Enf. Cerebro

+++ BAJA: 1 Cambio de domicilio 2 Rechazo al tratamiento 3 Defunción 4 Perdido 5 Otro motivo



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

SIS-SS-EC-P



TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	LOCALIDAD	MUNICIPIO	JURISDICCIÓN	ENTIDAD				
DATOS DE IDENTIFICACIÓN									
SPSS: <input type="checkbox"/>	AFILIACIÓN SPSS <input type="checkbox"/>	ENTIDAD DE NACIMIENTO * <input type="checkbox"/>	ANTECEDENTES						
FECHA DE NACIMIENTO * <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	EDAD <input type="text"/> <input type="text"/>	EXPEDIENTE <input type="text"/>	FAMILIARES*:	ABUELOS <input type="checkbox"/>	PADRES <input type="checkbox"/>	TÍOS <input type="checkbox"/>	HERMANOS <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE (S) * <input type="text"/>	APELLOS: PATERNO * <input type="text"/>		ENF. CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>	DIABETES <input type="checkbox"/>	DISLIPIDEMIAS <input type="checkbox"/>	OBESIDAD <input type="checkbox"/>	ENF. CEREBROVASCULAR <input type="checkbox"/>	
MATERNO * <input type="text"/>	SEXO: * MUJER <input type="checkbox"/>	HOMBRE <input type="checkbox"/>	TALLA (m) * <input type="text"/> . <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
CURP <input type="text"/>	DECLARA PERTENEZER A UN PUEBLO INDÍGENA								
DOMICILIO PRIMARIO * <input type="text"/>									
OTRO DOMICILIO <input type="text"/>									
NUEVO DOMICILIO <input type="text"/>									
TELÉFONO: FIJO <input type="text"/>	CELULAR <input type="text"/>								
CORREO ELECTRÓNICO: <input type="text"/>									
INICIO DE TRATAMIENTO *									Captura SIC
INGRESO <input type="checkbox"/>	FECHA <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	REINGRESO <input type="checkbox"/>			FECHA <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				
DATOS BASALES DE LOS DIAGNÓSTICOS									
1. DIABETES MELLITUS			Captura SIC			2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL			Captura SIC
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DIABETES <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	TIPO: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	AÑO DE DX <input type="text"/>				FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR HIPERTENSIÓN <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	AÑO DE DX <input type="text"/>		
DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>					DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>		
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>					TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>		
DATOS BASALES: GLUCEMIA (mg/dl) EN AYUNO <input type="text"/>	REVISIÓN DE PIES <input type="checkbox"/>		FONDO DE OJO <input type="checkbox"/>			DATOS BASALES: PRESIÓN ARTERIAL: SISTÓLICA <input type="text"/>	DIASTÓLICA <input type="text"/>		
HbA1c % <input type="text"/>									
3. OBESIDAD			Captura SIC			4. DISLIPIDEMIAS			Captura SIC
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR OBESIDAD <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	AÑO DE DX <input type="text"/>					FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DISLIPIDEMIAS <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	AÑO DE DX <input type="text"/>		
DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>					DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>		
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>					TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>		
DATOS BASALES: PESO (Kg) <input type="text"/>	IMC <input type="text"/>					DATOS BASALES: COLESTEROL: TOTAL <input type="text"/> LDL <input type="text"/> HDL <input type="text"/>	TRIGLICÉRIDOS <input type="text"/>		
5. SÍNDROME METABÓLICO			VISITAS DOMICILIARIAS						
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR SÍNDROME METABÓLICO <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	FECHA DE VISITA <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	RESULTADO <input type="text"/>	OBSERVACIONES						Captura SIC <input type="checkbox"/>
AÑO DE DIAGNÓSTICO <input type="text"/>									Captura SIC <input type="checkbox"/>
									Captura SIC <input type="checkbox"/>
									Captura SIC <input type="checkbox"/>
									Captura SIC <input type="checkbox"/>
									Captura SIC <input type="checkbox"/>
RESULTADO: 1.Nueva cita, 2.No se encontró se deja mensaje, 3.Cambio de domicilio, 4.Rechazo al tratamiento, 5.Perdido, 6.Defunción.									



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

DATOS DE CONTROL																	SIS-SS-EC-P									
Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	I M C	SOBREPESO **	CC (cm)	PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		HbA1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OJO **	COLESTEROL			TRIGLICÉRIDOS	MICROALBUMINURIA **	CREATININA	TRATAMIENTO PRESCRITO			GRUPO AYUDA MÚLTIPLICADOR ⑤	COMPLICACIONES ⑥	GRADO DE ADICCIÓN AL TABACO ⑦	REFERENCIA ⑧	BAJA ⑨	VACUNA ANTIRINFECCIÓN **
						SISTÓLICA	DIASTÓLICA	EN AYUNO	CASUAL			TOTAL	LDL	HDL				PACIENTE CONTROLADO ②	NO FARMACOLÓGICO ③	FARMACOLÓGICO ④						
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	ERC <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>			
																		AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>			RP <input type="checkbox"/> PD <input type="					

**** Anote una X en la casilla según corresponda**

④ Anote el número en la casilla correspondiente: 1.No realizada, 2.Sin hallazgos, 3.Micosis, 4.Agrietamiento, 5.Úlcera superficial.

② Anote el número que corresponde al padecimiento de acuerdo a la consulta efectuada (1.Diabetes, 2.Hipertensión, 3.Obesidad, 4.Dislipidemia, 5.Síndrome metabólico), especificando con un Sí, si esta controlado, y con un No, si no está controlado; Ejemplo: Diabético controlado 1.Sí

④ Anote una X en la(s) casilla(s) de acuerdo al(los) tratamiento(s) no farmacológico(s) prescrito(s): AC.Alimentación correcta, AF.Actividad Física, EHT.Eliminar hábito tabáquico, EHA.Eliminar hábito alcohólico

④ Anote los números de los medicamentos prescritos: 1.Acido acetil salicílico 300mg, 2.Metformina 850mg, 3.Glibenclamida 5mg, 4.Linagliptina 5mg, 5.Acarbosa 50mg, 6.Insulina rápida, 7.Insulina glargina, 8.Insulina NPH, 9.Insulina lispro protamina, 10.Complejo B1, 11.Captopril 25mg, 12.Enaprilat 10mg, 13.Nifedipino 30mg, 14.Hidrocorotiazida 25mg, 15.Clortaldionela 50mg, 16.Metoprolol 100mg, 17.Propranolol 40mg, 18.Telmisartán 40mg, 19.Losartán 50mg, 20.Irbesartán 150mg, 21.Allopurinol 100mg, 22.Prevastatin 10mg, 23.Atorvastatina 20mg, 24.Bezafibrato 200mg, 25.Verapamil 80mg, 26.Furosemida 40mg, 27.Otros.

⑤ Anote una X en la casilla si aplica.

⑥ Anote una X en la(s) casilla si aplica

• Anote una X en las casillas de acuerdo a la(s) complicación(es). RP:Retinopatía, ERC:Enfermedad Renal Crónica, NE:Neuropatía, PD:Diabético, CAR:EMI, Cardiovascular, CER:EMI, Cerebrovas.

✓ Anote el grado de adicción al tabaco con base en el test de Fagerström: I. No dependencia, II. Dependencia débil, III. Dependencia moderada, IV. Fuerte dependencia, V. Dependencia muy fuerte.

Si el paciente fue referido a otra unidad, anote el número que precede al nivel: 1. Unidad de consulta externa, 2. Hospital general, 3. Hospital de especialidad, 4. UNEME-EC.

⑨ En caso de Baja el paciente, anote el número que corresponde a la causa que lo motivo: 1.Cambio de domicilio, 2.Rechazo al tratamiento, 3.Defunción, 4.Perdido, 5.Otro motivo, 6.Baja temporal por referencia a UNEME-EC.



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016

LLENADO DE LA TARJETA

Registre los datos de la atención y seguimiento de las enfermedades crónicas en tratamiento, que serán fuente de llenado del Sistema Nominal de Información en Crónicas (SIC). Es importante no dejar vacíos los datos marcados con asterisco ya que en el Sistema son obligatorios.

CAPTURA SIC

Marque con "X" este recuadro cuando ésta información haya sido capturada en el Sistema Nominal de Información en Crónicas (SIC).



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas **SIS-SS-EC-P 2016 Anverso**

SIS 2015

SALUD SECRETARÍA DE SALUD		TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS						SIS-SS-EC-P	
		1.- Diabetes	2.- Hipertensión Arterial	3.- Obesidad	4.- Dislipidemias	5.-Síndrome Metabólico	6.-Sobrepeso		
CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	LOCALIDAD	MUNICIPIO	JURISDICCIÓN	ENTIDAD				

SIS 2016

SALUD SECRETARÍA DE SALUD		TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS						SIS-SS-EC-P	
		CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	LOCALIDAD	MUNICIPIO	JURISDICCIÓN	ENTIDAD		



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

SIS 2015

DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
EXPEDIENTE	_____	
NOMBRE	_____	
FECHA DE NACIMIENTO	_____-_____-_____-	_____
ENTIDAD DE NACIMIENTO	_____	
CURP	_____	
EDAD	SEXO	TALLA
PERTENECE A ALGÚN PUEBLO INDÍGENA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
DOMICILIO 1	_____	
DOMICILIO 2	_____	
AFILIACIÓN SPSS	_____	

SIS 2016

DATOS DE IDENTIFICACIÓN				
SPSS:	<input type="checkbox"/>	AFILIACIÓN SPSS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ENTIDAD DE NACIMIENTO *	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO *	_____-_____-_____-	EDAD	<input type="checkbox"/>	EXPEDIENTE
NOMBRE (S) *	_____		APELLIDOS: PATERO *	_____
MATERNO *	_____		SEXO: * MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/>	TALLA (m) * _____
CURP	_____		DECLARA PERTENECER A UN PUEBLO INDÍGENA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO PRIMARIO *	_____			
OTRO DOMICILIO	_____			
NUEVO DOMICILIO	_____			
TELÉFONO: FIJO	_____		CELULAR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CORREO ELECTRÓNICO: _____				

SPSS: Marque con "X" el recuadro si es afiliado al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Afiliación SPSS: Anote el número de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Entidad de nacimiento: Anote el código de la Entidad Federativa donde nació el paciente.

Fecha de nacimiento: Anote la fecha de nacimiento del paciente día/mes/año, si se desconoce la fecha precisa de nacimiento, escriba 30/06/ y año aproximado de nacimiento.

Edad: Anote los años cumplidos del paciente.

Expediente: Anote el número de expediente del paciente.

Nombre(s): Anote el (los) nombre(s) del paciente, apellido paterno y el apellido materno, si no cuenta con algún apellido anote "X" según corresponda.

Sexo: Marque con "X" el recuadro al que corresponda el sexo del paciente.

Talla: Anote la talla del paciente expresada en metros.

CURP: Anote el código alfanumérico con los 18 elementos de la Clave Única de Registro de Población (CURP) del paciente.

Declarar pertenecer a un pueblo indígena: si el paciente considera pertenecer a un pueblo indígena; ello independientemente sea hablante de la lengua del pueblo indígena al que pertenece. Marque con "X" en el recuadro que corresponda.

Domicilio primario: Anote el domicilio actual del paciente, con calle, número exterior, número interior, lote, manzana, colonia, código postal, municipio y estado, y referencias de localización.

Otro domicilio: Anote un domicilio adicional si cuenta con otro que desee registrar, con calle, número exterior, número interior, lote, manzana, colonia, código postal, municipio y estado, y referencias de localización.

Nuevo domicilio: Este apartado se deberá llenar solamente cuando el paciente tenga un nuevo domicilio con todos los datos como lo menciona Domicilio Primario; de no ser así deberá dejarlo en blanco.

Teléfono fijo: Anote el número de telefonía fija con el que cuenta el paciente en su domicilio.

Celular: Anote el número de telefonía celular del paciente, con los 10 dígitos, si cuenta con él.

Correo electrónico: Anote la dirección de correo electrónico del paciente, si cuenta con ella.



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas **SIS-SS-EC-P 2016 Anverso**

SIS 2015

ANTECEDENTES			
FAMILIARES:			
ENF. CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	HTA	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	ENF. CEREB. VASCULAR	<input type="checkbox"/>
DISLIPIDEMIAS	<input type="checkbox"/>		
EN: ABUELOS	<input type="checkbox"/>	PADRES	<input type="checkbox"/>
HERMANOS	<input type="checkbox"/>	TÍOS	<input type="checkbox"/>
		OTROS	<input type="checkbox"/>
PERSONALES:			
ENF. CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>	TABAQUISMO	<input type="checkbox"/>
DISLIPIDEMIAS	<input type="checkbox"/>	ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/>
POST MENOPAUSIA	<input type="checkbox"/>		
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL <input type="checkbox"/>			

SIS 2016

ANTECEDENTES					
FAMILIARES*:	ABUELOS	PADRES	TÍOS	HERMANOS	NINGUNO
ENF. CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>				
HTA	<input type="checkbox"/>				
DIABETES	<input type="checkbox"/>				
DISLIPIDEMIAS	<input type="checkbox"/>				
OBESIDAD	<input type="checkbox"/>				
ENF. CEREBROVASCULAR	<input type="checkbox"/>				
PERSONALES:					
ENF. CEREBROVASCULAR	<input type="checkbox"/>	ENF. CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	SEDETARISMO	<input type="checkbox"/>
SOBREPESO	<input type="checkbox"/>	TABAQUISMO	<input type="checkbox"/>	ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/>
VIH	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	POST MENOPAUSIA	<input type="checkbox"/>
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL	<input type="checkbox"/>				

ANTECEDENTES

Familiares: Marque con "X" el recuadro según al familiar que corresponda (Abuelos, Padres, Tíos, Hermanos) y al antecedente patológico al que está relacionado (Enf. Cardiovascular, HTA, Diabetes, Dislipidemias, Obesidad, Enf. Cerebrovascular). En caso de no contar con antecedentes patológicos deberá marcar la casilla de Ninguno para cada renglón.

Personales: Marque con "X" el recuadro correspondiente del antecedente al cual está relacionado el paciente.



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

SIS 2015

SIS 2016

DATOS DEL DIAGNÓSTICO	
DIAGNÓSTICO(S).	Ingreso <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/>
Ingresos: (Anote la fecha del ingreso o reingreso día, mes y año)	

INICIO DE TRATAMIENTO *			
INGRESO	<input type="checkbox"/>	FECHA	/ /
REINGRESO	<input type="checkbox"/>	FECHA	/ /

INICIO DE TRATAMIENTO

Ingreso: Marque con "X" si es la primera vez que ingresa a tratamiento para control de una enfermedad crónica en la unidad de salud.

Fecha: Anote la fecha de ingreso (día/mes/año) para tratamiento por enfermedad crónica en la unidad de salud.

Reingreso: Marque con "X" si el paciente manifiesta haber estado en tratamiento con anterioridad en la unidad de salud.

Fecha: Anote la fecha de reingreso (día/mes/año) para tratamiento por enfermedad crónica en la unidad de salud.



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

SIS 2015

SIS 2016

DATOS DEL DIAGNÓSTICO	
DIAGNÓSTICO(S). Ingreso <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/>	Ingresos: (Anote la fecha del ingreso o reingreso día, mes y año)
1) D.M. <input type="checkbox"/> 2) HTA <input type="checkbox"/> 5) SÍNDROME METABÓLICO <input type="checkbox"/> 6) SOBREPESO <input type="checkbox"/>	3) OBESIDAD <input type="checkbox"/> TIPO _____
4) DISLIPIDEMIAS <input type="checkbox"/>	_____
DETECCIÓN SE LE REALIZÓ POR: PESQUISA <input type="checkbox"/> POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

DATOS BASALES DE LOS DIAGNÓSTICOS			
1. DIABETES MELLITUS		Captura SIC	2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DIABETES <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> TIPO: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> AÑO DE DX <input type="text"/>		FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR HIPERTENSIÓN <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> AÑO DE DX <input type="text"/>	Captura SIC
DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>
DATOS BÁSILES: GLUCEMIA (mg/dl) EN AYUNO <input type="text"/> HbA1c % <input type="text"/> REVISIÓN DE PIES <input checked="" type="checkbox"/> FONDO DE OJO <input type="checkbox"/>		DATOS BÁSILES: PRESIÓN ARTERIAL: SISTÓLICA <input type="text"/> DIASTÓLICA <input type="text"/>	
3. OBESIDAD		Captura SIC	4. DISLIPIDEMIAS
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR OBESIDAD <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> AÑO DE DX <input type="text"/>		FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DISLIPIDEMIAS <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> AÑO DE DX <input type="text"/>	Captura SIC
DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	DETECCIÓN REALIZADA POR: PESQUISA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>
DATOS BÁSILES: PESO (kg) <input type="text"/> IMC <input type="text"/> CIRCUNFERENCIA DE CINTURA <input type="text"/>		DATOS BÁSILES: COLESTEROL: TOTAL <input type="text"/> LDL <input type="text"/> HDL <input type="text"/> TRIGLICÉRIDOS <input type="text"/>	
5. SÍNDROME METABÓLICO		VISITAS DOMICILIARIAS	
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR SÍNDROME METABÓLICO <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	AÑO DE DIAGNÓSTICO <input type="text"/>	FECHA DE VISITA <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> RESULTADO <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES _____	Captura SIC <input type="checkbox"/>
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> _____	Captura SIC <input type="checkbox"/>
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> _____	Captura SIC <input type="checkbox"/>
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> _____	Captura SIC <input type="checkbox"/>
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> _____	Captura SIC <input type="checkbox"/>
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> _____	Captura SIC <input type="checkbox"/>
RESULTADO: 1.Nueva cita, 2.No se encontró se dejó mensaje, 3.Cambio de domicilio, 4.Rechazo al tratamiento, 5.Perdido, 6.Defunción.			

* Registro obligatorio

ANVERSO

SIS-2016



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

DATOS BASALES POR PADECIMIENTO

DATOS BASALES DE LOS DIAGNÓSTICOS			
1. DIABETES MELLITUS		Captura SIC	2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DIABETES	TIPO: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	AÑO DE DX	Captura SIC
DETECCIÓN REALIZADA POR:	PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>	
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	
DATOS BASALES:	GLUCEMIA (mg/dl) EN AYUNO <input type="text"/>		
HbA1c %	<input type="text"/>	REVISIÓN DE PIES <input type="checkbox"/>	FONDO DE OJO <input type="checkbox"/>
3. OBESIDAD		Captura SIC	4. DISLIPIDEMIAS
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR OBESIDAD	<input type="text"/>	AÑO DE DX	Captura SIC
DETECCIÓN REALIZADA POR:	PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>	
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	
DATOS BASALES:	PESO (kg) <input type="text"/>	IMC <input type="text"/>	
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA <input type="text"/>			
5. SÍNDROME METABÓLICO		VISITAS DOMICILIARIAS	
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR SÍNDROME METABÓLICO	FECHA DE VISITA	RESULTADO	OBSERVACIONES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
RESULTADO: 1.Nueva cita, 2.No se encontró se deja mensaje, 3.Cambio de domicilio, 4.Rechazo al tratamiento, 5.Perdido, 6.Defunción.			

* Registro obligatorio

ANVERSO

DATOS BASALES DE LOS DIAGNÓSTICOS

Son datos clínicos y de laboratorio que se registran al momento de ingreso a tratamiento en la unidad de salud, y servirán para comparar la evolución del padecimiento durante su tratamiento.

Sólo llene la sección correspondiente a la enfermedad diagnosticada y por la cual ingresa a tratamiento. Al momento de diagnosticar una segunda o tercera enfermedad, llene los apartados correspondientes.



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

DATOS BASALES POR PADECIMIENTO

DIABETES MELLITUS (DM)

Fecha de ingreso en la unidad por Diabetes: Anote la fecha de ingreso para tratamiento por Diabetes mellitus en la unidad de salud, día/mes/año.

Tipo: Marque con "X" el recuadro según corresponda al tipo de Diabetes: 1 ó 2.

Año de Dx: Anote el año en que fue diagnosticada la enfermedad.

Detección realizada por: Marque con "X" el cuadro que corresponda a la forma como fue descubierto el caso, son excluyentes.

- **Pesquisa:** Cuando la detección se realizó mediante la aplicación del cuestionario de detección integrada.
- **Por sintomatología:** Cuando el paciente acude a consulta por presentar síntomas.

Tratamiento Previo No Farmacológico: Marque con "X" el recuadro si el paciente ha sido tratado con medidas no farmacológicas.

Tratamiento Previo Farmacológico: Marque con "X" en el recuadro si el paciente ha recibido tratamiento farmacológico.

Datos basales:

Glucemia (mg/dl) en ayuno: Anote los miligramos de glucosa en sangre encontrados en el momento de ingreso a tratamiento del paciente, ya sea por tira reactiva o análisis de laboratorio.

HbA1c%: Anote el resultado de la primera Hemoglobina glucosilada tomada en la unidad de salud. En caso de no contar con resultado durante la consulta inicial, se deberá solicitar para posteriormente registrarlo como un dato basal.

1. DIABETES MELLITUS		Captura SIC
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DIABETES	/ /	TIPO: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> AÑO DE DX <input type="text"/>
DETECCIÓN REALIZADA POR:	PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>
DATOS BÁSICALES:	GLUCEMIA (mg/dl) EN AYUNO <input type="text"/>	
HbA1c %	<input type="text"/>	REVISIÓN DE PIES <input type="checkbox"/> ①
		FONDO DE OJO <input type="checkbox"/>

Revisión de pies: Anote el número según corresponda:

1.No realizada, 2.Sin hallazgos, 3.Micosis, 4.Agrietamiento, 5.Úlcera superficial, en caso de presentar más de un hallazgo registre el que considere de mayor importancia.
NOTA: La revisión inicial debe ser realizada por el médico, y posteriormente cada 6 meses. El personal de enfermería podrá realizar la revisión de pies cada mes.

Fondo de ojo: Marque con "X" el recuadro si se realizó la exploración del fondo de ojo en la unidad de salud.



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

DATOS BASALES POR PADECIMIENTO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

Fecha de ingreso en la unidad por Hipertensión:

Anote la fecha de ingreso para tratamiento por Hipertensión arterial en la unidad de salud, día/mes/año.

Año de Dx: Anote el año en que fue diagnosticada la enfermedad.

Detección realizada por: Marque con "X" el cuadro que corresponda a la forma como fue descubierto el caso, son excluyentes.

- **Pesquisa:** Cuando la detección se realizó mediante la aplicación del cuestionario de detección integrada.
- **Por sintomatología:** Cuando el paciente acude a consulta por presentar síntomas.

Tratamiento Previo No Farmacológico: Marque con "X" el recuadro si el paciente ha sido tratado con medidas no farmacológicas.

Tratamiento Previo Farmacológico: Marque con "X" en el recuadro si el paciente ha recibido tratamiento farmacológico.

Datos basales: Anotar el resultado del promedio de dos tomas de la medición efectuada en la primera consulta en la unidad de salud; se debe de promediar las mediciones tomadas con un intervalo de dos minutos por lo menos.

Sistólica: Anote la cifra de presión arterial sistólica en mmHg (primer ruido escuchado).

Diastólica: Anote la cifra de presión arterial diastólica mmHg (último ruido escuchado).

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL		Captura SIC	
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR HIPERTENSIÓN	____ / ____ / ____	AÑO DE DX	<input type="text"/>
DETECCIÓN REALIZADA POR:	<input type="checkbox"/> PESQUISA	<input type="checkbox"/> POR SINTOMATOLOGÍA	
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO	<input type="checkbox"/>
DATOS BASALES:	PRESIÓN ARTERIAL: SISTÓLICA <input type="text"/> DIASTÓLICA <input type="text"/>		



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

DATOS BASALES POR PADECIMIENTO

OBESIDAD (OB)

Fecha de ingreso en la unidad por Obesidad: Anote la fecha de ingreso para tratamiento por Obesidad en la unidad de salud, día/mes/año.

Año de Dx: Anote el año en que fue diagnosticada la enfermedad.

Detección realizada por: Marque con "X" el cuadro que corresponda a la forma como fue descubierto el caso, son excluyentes.

- **Pesquisa:** Cuando la detección se realizó mediante la aplicación del cuestionario de detección integrada.
- **Por sintomatología:** Cuando el paciente acude a consulta por presentar síntomas.

Tratamiento Previo No Farmacológico: Marque con "X" el recuadro si el paciente ha sido tratado con medidas no farmacológicas.

Tratamiento Previo Farmacológico: Marque con "X" en el recuadro si el paciente ha recibido tratamiento farmacológico.

Datos basales de Obesidad: Anotar las cifras de la primera consulta en la unidad de salud como corresponde:

Peso (kg): Anote el peso corporal medido en la consulta, en kilogramos con tres decimales.

IMC (Índice de Masa Corporal): Se obtiene de dividir el peso actual del paciente (expresado en kilogramos) entre su talla (expresada en metros) elevada al cuadrado.

Circunferencia de cintura: Anote la circunferencia de la cintura en centímetros.

3. OBESIDAD		Captura SIC
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR OBESIDAD	/ /	AÑO DE DX
DETECCIÓN REALIZADA POR:	PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>
DATOS BÁSICALES:	PESO (Kg) <input type="text"/>	IMC <input type="text"/>
	CIRCUNFERENCIA DE CINTURA <input type="text"/>	



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

DATOS BASALES POR PADECIMIENTO

DISLIPIDEMIAS (DL)

Fecha de ingreso en la unidad por Dislipidemias: Anote la fecha de ingreso para tratamiento por Dislipidemias en la unidad de salud, día/mes/año.

Año de Dx: Anote el año en que fue diagnosticada la enfermedad.

Detección realizada por: Marque con "X" el cuadro que corresponda a la forma como fue descubierto el caso, son excluyentes.

- **Pesquisa:** Cuando la detección se realizó mediante búsqueda intencionada a pacientes en riesgo, a través de la aplicación de tira reactiva o prueba de laboratorio.
- **Por sintomatología:** Cuando el paciente acude a consulta por presentar síntomas.

Tratamiento Previo No Farmacológico: Marque con "X" el recuadro si el paciente ha sido tratado con medidas no farmacológicas.

Tratamiento Previo Farmacológico: Marque con "X" en el recuadro si el paciente ha recibido tratamiento farmacológico.

Datos basales de Dislipidemias: Anote el primer resultado de laboratorio para cualquiera de los estudios citados a continuación. En caso de no contar con alguno de los resultados siguientes durante la consulta inicial, se deberá solicitar para posteriormente registrarlos como un dato basal:

Colesterol Total: Anote el resultado de laboratorio en mg/dl.

Colesterol LDL: Anote el resultado de laboratorio en mg/dl.

Colesterol HDL: Anote el resultado de laboratorio en mg/dl.

Triglicéridos: Anote el resultado de laboratorio en mg/dl.

4. DISLIPIDEMIAS		Captura SIC	
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR DISLIPIDEMIAS	/ /	AÑO DE DX	
DETECCIÓN REALIZADA POR:	PESQUISA <input type="checkbox"/>	POR SINTOMATOLOGÍA <input type="checkbox"/>	
TRATAMIENTO PREVIO NO FARMACOLÓGICO	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PREVIO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/>	
DATOS BÁSILES: COLESTEROL:	TOTAL <input type="text"/>	LDL <input type="text"/>	HDL <input type="text"/>
	TRIGLICÉRIDOS <input type="text"/>		



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

DATOS BASALES POR PADECIMIENTO

5. SÍNDROME METABÓLICO	
FECHA DE INGRESO EN LA UNIDAD POR SÍNDROME METABÓLICO	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
AÑO DE DIAGNÓSTICO	
<input type="text"/>	

SÍNDROME METABÓLICO (SM)

Considere Síndrome metabólico cuando el paciente tenga al menos tres de las siguientes enfermedades: Diabetes mellitus, Dislipidemia, Hipertensión arterial y Obesidad.

Fecha de ingreso en la unidad por Síndrome metabólico: Anote la fecha en que se integró el diagnóstico de SM, la fecha de ingreso debe coincidir al menos con una de las fechas de ingreso de los padecimientos que conforman el Síndrome.

Año de diagnóstico: Anote el año en que fue diagnosticado el Síndrome Metabólico.



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

DATOS BASALES POR PADECIMIENTO

VISITAS DOMICILIARIAS		
FECHA DE VISITA	RESULTADO	OBSERVACIONES
____/____	<input type="checkbox"/>	_____

RESULTADO: 1.Nueva cita, 2.No se encontró se deja mensaje, 3.Cambio de domicilio, 4.Rechazo al tratamiento, 5.Perdido, 6.Defunción.

Captura SIC
Captura SIC
Captura SIC
Captura SIC
Captura SIC

VISITAS DOMICILIARIAS

Se realizarán a los pacientes Irregulares, en quienes se deberá buscar la reconquista por medio de hasta 3 visitas domiciliarias (una cada 20 días).

Fecha de visita: Anote la fecha en la que se realizó la visita al domicilio del paciente.

Resultado: Anote el código correspondiente al resultado de la visita:

1.Nueva cita, 2.No se encontró se deja mensaje, 3.Cambio de domicilio,
4.Rechazo al tratamiento, 5.Perdido, 6.Defunción.

Observaciones: Anote los datos relevantes sobre la visita realizada.



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2015 Anverso

SIS 2015

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICO (S): Diabetes, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemias o más de una enfermedad crónica.

*1.Alimentación Saludable 2.Actividad Física 3.Eliminar hábitos tabáquico y/o alcohólico

**1.-Glibenclamida-tableta 5mg, 2.-Metformina tableta 850 mg, 3.-Acarbosa tableta 50 mg, 4.-Insulina nph 100 UI 5 ml, 5.-Captopril tableta 25 mg, 6.-Enalapril cápsula/tableta 10 mg, 7.-Hidroclorotiazida tableta 25 mg, 8.-Metoprolol tableta 100 mg, 9.-Propranolol tableta 10 mg, 10.-Nicardipino Comprimidos 30 mg, 11.-Nifedipino cápsula 10 mg, 13.-Verapamil gragea 80 mg, 14.-Losartán gragea 50 mg, 15.-Irbesartán tableta 150 mg, 16.-Candesartán tableta 16 mg, 17.-Ácido nicotínico tableta 500 mg, 18.-Atorvastatina tableta 20 mg, 19.-Bezafibrato tableta 200 mg, 20.-Ezetimiba tableta 10 mg, 21.-Pravastatina tableta 10 mg, 22.-Simvastatina tableta 20 mg, 23.-Rosuvastatina tableta 10 mg, 24.-Ácido acetil salicílico tableta 300 mg, 25.-Ácido acetil salicílico tableta 500 mg, 26.-Alopurinol 100 mg, 27.-Alopurinol 300 mg, 28.-Clopidogrel gragea 75 mg, 29.-Clortalidona tableta 50 mg, 30.-Dinitrato de isosorbida 10 mg, 31.-Ezetimiba tableta 10 mg, 32.-Furosemida ampolla 20 mg, 33.-Insulina Aspártica 10ml, 34.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 1 pluma, 35.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 5 plumas, 36.-Insulina glargina 100 UI 10 ml, 37.-Insulina glargina 100 UI 3ml con 5 plumas, 38.-Insulina lenta 100 UI 10 ml, 39.-Insulina lispro 100 UI 10 ml, 40.-Insulina lispro protamina 2 cart. 3 ml/frasco 10 ml, 41.-Insulina nph 100 UI 10ml, 42.-Insulina rápida 100 UI 5 ml, 43.-Insulina rápida 100 UI 10ml, 44.-Irbesartán tableta 300 mg, 45.-Irbesartán-Hidroclorotiazida 150 mg/12.5 mg, 46.-Irbesartán-Hidroclorotiazida 300 mg/12.5 mg, 47.-Linagliptina 5 mg, 48.-Losartán-Hidroclorotiazida 50 mg/12.5 mg, 49.-Nifedipino comprimido 30 mg, 50.-Prazosina cápsula 1 mg, 51.-Propranolol tableta 40 mg, 52.-Saxagliptina 5 mg, 53.-Sitagliptina 100 mg, 54.-Telmisartán tableta 40 mg, 55.-Verapamil ampolla 5 mg, 56.-Vildagliptina 50mg

*** Paciente Controlado: Anote Si y el número de padecimiento (De acuerdo al resultado de la consulta efectuada en ese día) 1.Diabetes, 2.Hipertensión 3.Obesidad 4.Dislipidemia 5.Síndrome metabólico 6. Sobre peso.
Ejemplo; Diabético controlado Si 1. No controlado anote No.

****Escriba en la casilla el número de veces que asiste en el mes

+ 1. Retinopatía 2.Nefropatía 3.Neuropatía 4.Pie Diabético 5.Enf. Cardiovascular 6.Enf. Cerebrovascular 7.Apnea del Sueño 8.Otra

++REFERENCIA I. Unidad de consulta externa II. Hospital general III. Hospital de especialidad

+++ BAJA: 1.Cambio de domicilio 2.Rechazo al tratamiento 3.Defunción 4.Perdido 5.Otro motivo

ANVERSO

SIS-2015



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

SIS 2015

SIS 2016



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Anverso

Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	IMC	SOBREPESO ** <input type="checkbox"/>	CC (cm)	PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		Hb A1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OJO ** <input type="checkbox"/>	DATOS DE CONTROL			TRIGLICERIDOS <input type="checkbox"/>	MICROALBUMINURIA ** <input type="checkbox"/>	CREATININA <input type="checkbox"/>	PACIENTE CONTROLADO <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO PRESCRITO		GRUPO AYUDA MUTUA EC <input type="checkbox"/>	SIS-SS-EC-P
						SISTÓLICA <input type="checkbox"/>	DIASTOLICA <input type="checkbox"/>	ENAYUNO <input type="checkbox"/>	CASUAL <input type="checkbox"/>													

DATOS DE CONTROL

Además de haber anotado en el anverso los datos basales, deberá registrar a partir de la fecha de ingreso al programa las mediciones y acciones realizadas en cada consulta.

Fecha: Anote con tinta la fecha en la que se otorga la consulta día, mes y año.

NOTA: Al término de la atención, no olvide registrar con lápiz la fecha de la próxima cita en el renglón siguiente.

Al cumplir con la siguiente cita será borrada la fecha a lápiz y se anotará con tinta.

NOTA: La fecha a lápiz será capturada en SIC como “**Fecha de próxima cita**”.

Peso (kg): Anote el peso corporal medido en la consulta, en kilogramos con tres decimales.

IMC: Se obtiene de dividir el peso actual del paciente (expresado en kilogramos) entre su talla (expresada en metros) elevada al cuadrado.

Sobrepeso: Marque con “X” el recuadro en caso de que el IMC obtenido esté dentro del rango de Sobrepeso (de 25 a 29.9).

CC (cm): Anote la Circunferencia de la Cintura en centímetros, medida durante la consulta.

Presión Arterial: Anote el resultado del promedio de dos tomas (de la medición efectuada en la consulta con intervalo de dos minutos por lo menos).

Sistólica: Anote la cifra de presión arterial sistólica en mmHg (primer ruido escuchado).

Diastólica: Anote la cifra de presión arterial diastólica mmHg (último ruido escuchado).

- ⑥ COMPLICACIONES**
- ⑦ GRADO DE ADICCIÓN AL TABACO**
- ⑧ REFERENCIA**
- ⑨ BAJA**
- VACUNA ANTINFLEUMA. ****



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	IMC	SOBREPESO **	CC (cm)	DATOS DE CONTROL						SIS-SS-EC-P							
						PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		Hb A1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OJO ***		COLESTEROL			TRIGLICÉRIDOS	MICROALBUMINURIA ***	CREATININA	PACIENTE CONTROLADO ②
SISTÓLICA	DIASTÓLICA	EN AYUNO	CASUAL			TOTAL	LDL	HDL					NO FARMACOLÓGICO ③	FARMACOLÓGICO ④					
																GRADO DE ADICCIÓN AL TABACO ⑦	REFERENCIA ⑧	BAJA ⑨	VACUNA ANTINFLUENZA **

DATOS DE CONTROL

Glucemia (mg/dl): Anote los miligramos de glucosa en sangre encontrados ya sea por tira reactiva o análisis de laboratorio, en la casilla correspondiente si es “En Ayuno” (abstinencia de ingesta calórica, por un lapso de tiempo de 8 hrs.) o “Casual”(a cualquier hora del día, independientemente del periodo transcurrido después de la última ingestión de alimentos).

HbA1c%: Anote la cifra de la última Hemoglobina glucosilada tomada, en caso de que la tenga, cuide no replicar el resultado antes de tres meses, hasta un nuevo análisis de laboratorio.

Revisión de fondo de ojo: Marque con "X" si durante la consulta se realizó la revisión del fondo de ojo. Si se detecta retinopatía además deberá marcar con una “X” la casilla de “RP. Retinopatía” en la columna de “Complicaciones”.

Revisión de pies: Anote el número correspondiente de acuerdo a la codificación: 1.No realizada, 2.Sin hallazgos, 3.Micosis, 4.Agrietamiento, 5.Úlcera superficial. En caso de hallazgo de Pie Diabético, sólo deberá marcar con “X” la casilla de “PD. Pie Diabético” en la columna de “Complicaciones” y dejar vacío este espacio.



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas **SIS-SS-EC-P 2016 Reverso**

DATOS DE CONTROL															SIS-SS-EC-P							
Captura en SISIC	FECHA	PESO (KG)	IMC	SOBREPESO **	CC (cm)	PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		Hb A1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OJO ***	REVISIÓN DE PIES ①	COLESTEROL			TRIGLICÉRIDOS	MICROALBUMINURIA **	CREATININA	PACIENTE	TRATAMIENTO PRESCRITO		GRUPO AXUDA MULTUA-EC ⑤
	SISTÓLICA	DIASTÓLICA	EN AYUNO			CASUAL	TOTAL	LDL	HDL				②	③	④							

DATOS DE CONTROL

Colesterol: Anote el resultado de laboratorio en mg/dl, para colesterol Total, LDL y HDL. Esta prueba deberá realizarse al menos una vez al año.

Triglicéridos: Anote el resultado de laboratorio en mg/dl. Esta prueba deberá realizarse al menos una vez al año.

Microalbuminuria: Marque con “X” en caso de haberse realizado. Esta prueba deberá llevarse a cabo al menos una vez al año.

Creatinina: Anote el valor obtenido de la prueba en mg/dl. Se deberá confirmar algún estadio de enfermedad renal con tasa de filtrado glomerular y en caso de que se encuentre “Enfermedad Renal Crónica” marcar la casilla ERC en la columna de “Complicaciones”.

- ⑥
- ⑦
- ⑧
- ⑨
- ⑩
- ⑪
- ⑫
- ⑬
- ⑭
- ⑮



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	IMC	SOPREPESO **	CC (cm)	PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		Hb A1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OJO **	DATOS DE CONTROL			TRATAMIENTO PRESCRITO		GRUPO AYUDA MUTUA EC (5)	COMPLICACIONES (6)	SIS-SS-EC-P	
						SISTÓLICA	DIASTÓLICA	ENAYUNO	CASUAL					COLESTEROL	TRIGLICÉRIDOS	MICROALBUMINURIA **			CREATININA	PACIENTE (2)

DATOS DE CONTROL

Paciente controlado: Anote el número que corresponde al padecimiento de acuerdo a la consulta efectuada (1.Diabetes mellitus, 2.Hipertensión, 3.Obesidad, 4.Dislipidemia, 5.Síndrome metabólico), especificando con un “Sí”, si está controlado, y con un “No”, si no está controlado; ejemplo: Diabético controlado 1. Sí.

Considera PACIENTE CONTROLADO para:

Diabetes Mellitus: Paciente que se encuentra en tratamiento farmacológico y/o no farmacológico con niveles de glucosa plasmática o capilar en ayuno de entre 70 y 130 mg/dl o de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) por debajo de 7%.

Hipertensión arterial: Paciente que se encuentra en tratamiento no farmacológico y/o farmacológico, que su presión arterial se encuentra en cifras menores a 140/90 mmHg. Cuando el paciente tenga comorbilidad con diabetes mellitus se considerará bajo control cuando su presión arterial se encuentre en cifras menores a 130/80 mmHg.

Obesidad: Paciente que haya disminuido al menos el 5% del peso corporal con relación a la medición de su ingreso al tratamiento y mantenga dicha disminución.

Dislipidemias:

Colesterol Total: Paciente que presenta cifras de colesterol menores a 200 mg/dl.

LDL: Paciente que presenta cifras de LDL menores de 100 mg/dl.

HDL: Paciente masculino con cifras mayores de 40 mg/dl y mujeres con cifras mayores de 50 mg/dl.

Triglicéridos: Paciente que presenta cifras de triglicéridos menores a 150 mg/dl, en muestra tomada en ayuno de al menos 12 horas.

Síndrome metabólico: Considera caso controlado de síndrome metabólico cuando se haya controlado diabetes mellitus y al menos otro padecimiento con los que se integró el diagnóstico. Si no está contemplada la diabetes considere al menos dos padecimientos en control. Tenga en cuenta los siguientes valores de referencia para considerarse en control:

Presión arterial: **menor a 140/90 mmHg** y **menor de 130/80 mmHg** cuando presentan Diabetes mellitus como comorbilidad.

Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) por **debajo de 7%** o Glucosa en ayuno entre **70 y 130 mg/dl**.

Colesterol total: **menor a 200 mg/dl**.

Triglicéridos: **menor a 150 mg/dl**

Obesidad: Paciente que haya disminuido al menos el **5%** del peso corporal con relación a la medición de su ingreso al tratamiento y mantenga dicha disminución.



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	IMC	SOBREPESO ** CC (cm)	DATOS DE CONTROL								SIS-SS-EC-P													
					PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		Hb A1c %		REVISIÓN DE FONDO DE OJO ①			COLESTEROL			TRIGLICERIDOS		MICROALBUMINURIA **		CREATININA		PAciente CONTROLADO ②		TRATAMIENTO PRESCRITO	
SISTÓLICA	DIASTÓLICA	EN AYUNO	CASUAL					①	TOTAL	LDL	HDL							③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	

DATOS DE CONTROL

Tratamiento prescrito: Especifique el tipo de tratamiento, no farmacológico y farmacológico, y las claves según correspondan.

No farmacológico: Marque con “X” el recuadro correspondiente a las medidas no farmacológicas prescritas al paciente AC. Alimentación correcta, AF. Actividad Física, EHT. Eliminar hábito tabáquico, EHA. Eliminar hábito alcohólico.

Farmacológico: Anote de acuerdo a la codificación la clave del o de los medicamentos prescritos:

- 1.Ácido acetil salicílico 300mg, 2.Metformina 850mg, 3.Glibenclamida 5mg, 4.Linagliptina 5mg, 5.Acarbosa 50mg,
- 6.Insulina rápida, 7.Insulina glargina, 8.Insulina NPH, 9.Insulina lispro protamina, 10.Complejo B, 11.Captopril 25mg,
- 12.Enalapril 10mg, 13.Nifedipino 30mg, 14.Hidroclorotiazida 25mg, 15.Clortalidona 50mg, 16.Metoprolol 100mg,
- 17.Propranolol 40mg, 18.Telmisartán 40mg, 19.Losartán 50mg, 20.Irbesartán 150mg, 21.Alopurinol 100mg,
- 22.Pravastatina 10mg, 23.Atorvastatina 20mg, 24.Bezafibrato 200mg, 25.Verapamil 80mg, 26.Furosemida 40mg,
- 27.Otro.

Grupo de Ayuda Mutua - EC: Marque con “X” dentro de la casilla si pertenece a un Grupo de Ayuda Mutua (GAM) - EC.

Complicaciones: Marque con “X” la casilla que corresponda al tipo de complicación encontrada en la consulta: RP. Retinopatía, ERC. Enfermedad Renal Crónica, NE. Neuropatía, PD. Pie Diabético, CAR. Enfermedad Cardiovascular, CER. Enfermedad Cerebrovascular, AS. Apnea del Sueño, Otra. Otras complicaciones. NOTA: si en las consultas subsecuentes se identifica una nueva complicación, ésta deberá ser la única que se registre para esa cita.



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	IMC	SISTÓLICA	DIASTÓLICA	CC (cm)	PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		Hb A1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OJO **		DATOS DE CONTROL			COLESTEROL		TRIGLICÉRIDOS	MICROALBUMINURA **	CREATININA	PACIENTE CONTROLADO ②	TRATAMIENTO PRESCRITO		GRUPO ÁREA MUTUAL EC ⑤	COMPLICACIONES ⑥		GRADO DE ADICCIÓN AL TABACO ⑦		REFERENCIA ⑧	BALA ⑨	VACUNA ANTIINFLUENZA **	SIS-SS-EC-P	
							EN AYUNO	CASUAL	REVISIÓN DE PIES ①	TOTAL		LDL	HDL	④	FARMACOLÓGICO	NO FARMACOLÓGICO ③	RP	ERC					NE	PD		CAR	CER	OTRA	RP				ERC	NE

No farmacológico: Marque con “X” el recuadro correspondiente a las medidas no farmacológicas prescritas al paciente AC. Alimentación correcta, AF. Actividad Física, EHT. Eliminar hábito tabáquico, EHA. Eliminar hábito alcohólico.

Complicaciones: Marque con “X” la casilla que corresponda al tipo de complicación encontrada en la consulta: RP. Retinopatía, ERC. Enfermedad Renal Crónica, NE. Neuropatía, PD. Pie Diabético, CAR. Enfermedad Cardiovascular, CER. Enfermedad Cerebrovascular, AS. Apnea del Sueño, Otra. Otras complicaciones.

NOTA: si en las consultas subsecuentes se identifica una nueva complicación, ésta deberá ser la única que se registre para esa cita.

③ Anote una X en la(s) casilla(s) de acuerdo al(los) tratamiento(s) no farmacológico(s) prescrito(s): AC.Alimentación correcta, AF.Actividad Física, EHT.Eliminar hábito tabáquico, EHA.Eliminar hábito alcohólico.

④ Anote una X en la(s) casilla(s) de acuerdo a la(s) complicacion(es): RP.Retinopatía, ERC.Enfermedad Renal Crónica, NE.Neuropatía, PD.Pie Diabético, CAR.Enf. Cardiovascular, CER.Enf. Cerebrovascular, AS.Apnea del Sueño, Otra.

AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>	RP <input type="checkbox"/> ERC <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>
AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>	RP <input type="checkbox"/> ERC <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>
AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>	RP <input type="checkbox"/> ERC <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>

AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>	RP <input type="checkbox"/> ERC <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>
AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>	RP <input type="checkbox"/> ERC <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>
AC <input type="checkbox"/> EHT <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> EHA <input type="checkbox"/>	RP <input type="checkbox"/> ERC <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CER <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

Captura en SIC	FECHA	PESO (KG)	IMC	SOBREPESO **	CC (cm)	DATOS DE CONTROL										SIS-SS-EC-P
						PRESIÓN ARTERIAL		GLUCEMIA (mg/dl)		Hb A1c %	REVISIÓN DE FONDO DE OJO **	COLESTEROL			TRIGLICÉRIDOS	
SISTÓLICA	DIASTÓLICA	EN AYUNO	CASUAL	①	TOTAL	LDL	HDL	④	NO FARMACOLÓGICO ③			FARMACOLÓGICO				

DATOS DE CONTROL

Grado de Adicción al Tabaco: En caso de que el paciente dentro de los antecedentes personales tenga seleccionada la casilla de Tabaquismo o en consultas posteriores manifieste inicio de hábito tabáquico, deberá realizarse el test de Fagestrom anotando el código correspondiente al nivel de dependencia encontrado, identificado con: I. No dependencia, II. Dependencia débil, III. Dependencia moderada, IV. Fuerte dependencia, V. Dependencia muy fuerte.

Referencia: Anote la clave que corresponda al nivel de atención al que es referido el paciente: 1.Unidad de consulta externa, 2.Hospital general, 3.Hospital de especialidad, 4.UNEME-EC.

Baja: se refiere a los pacientes dados de baja del programa, de manera definitiva o temporal. Anote el número que corresponda al motivo por el cual el paciente egresa del programa: 1.Cambio de domicilio; 2.Rechazo al tratamiento; 3.Defunción; 4.Perdido; 5.Otro motivo, 6.Baja Temporal por Referencia a UNEME-EC.

Vacuna Antiinfluenza: Marque con "X" si la vacuna fue aplicada. Este biológico es ministrado en el periodo invernal, cuide de no replicar el registro hasta la siguiente aplicación.



Tarjeta Registro y Control de Enfermedades Crónicas SIS-SS-EC-P 2016 Reverso

SIS 2015

CLASIFICACION DE DIAGNÓSTICO (S): Diabetes, Hipertensión Arterial, Obesidad, Dislipidemias o más de una enfermedad crónica.

*1.Alimentación Saludable 2.Actividad Física 3.Eliminar hábitos tabáquico y/o alcohólico

** 1.-Glibenclamida-tableta 5mg, 2.-Metformina tableta 850 mg, 3.-Acarbosa tableta 50 mg, 4.-Insulina nph 100 UI 5 ml, 5.-Captoril tableta 25 mg, 6.-Enalapril cápsula/tableta 10 mg, 7.-Hidroclorotiazida tableta 25 mg, 8.-Metoprolol tableta 100 mg, 9.-Propranolol tableta 10 mg, 10.-Nicardipino Comprimidos 30 mg, 11.-Nifedipino cápsula 10 mg, 13.-Verapamil gragea 80 mg, 14.-Losartán gragea 50 mg, 15.-Irbesartán tableta 150 mg, 16.-Candesartán tableta 16 mg, 17.-Ácido nicotínico tableta 500 mg, 18.-Atorvastatina tableta 20 mg, 19.-Bezafibrato tableta 200 mg, 20.-Ezetimiba tableta 10 mg, 21.-Pravastatina tableta 10 mg, 22.-Simvastatina tableta 20 mg, 23.-Rosuvastatina tableta 10 mg, 24.-Ácido acetil salicílico tableta 300 mg, 25.-Ácido acetil salicílico tableta 500 mg, 26.-Alopurinol 100 mg, 27.-Alopurinol 300 mg, 28.-Clopidogrel gragea 75 mg, 29.-Clortalidona tableta 50 mg, 30.-Dinitrato de isosorbida 10 mg, 31.-Ezetimiba tableta 10 mg, 32.-Furosemida ampolla 20 mg, 33.-Insulina Aspártica 10ml, 34.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 1 pluma, 35.-Insulina Detemir 100 UI 3ml - con 5 plumas, 36.-Insulina glargina 100 UI 10 ml, 37.-Insulina glargina 100 UI 3ml con 5 plumas, 38.-Insulina lenta 100 UI 10 ml, 39.-Insulina lispro 100 UI 10 ml, 40.-Insulina lispro protamina 2 car, 3 milfrasco 10 ml, 41.-Insulina nph 100 UI 10ml, 42.-Insulina rápida 100 UI 5 ml, 43.-Insulina rápida 100 UI 10ml, 44.-Irbesartán tableta 300 mg, 45.-Irbesartán-Hidroclorotiazida 150 mg/12.5 mg, 46.-Irbesartán-Hidroclorotiazida 300 mg/12.5 mg, 47.-Linagliptina 5 mg, 48.-Losartán-Hidroclorotiazida 50 mg/12.5 mg, 49.-Nifedipino comprimido 30 mg, 50.-Prazosina cápsula 1 mg, 51.-Propranolol tableta 40 mg, 52.-Saxagliptina 5 mg, 53.-Sitagliptina 100 mg, 54.-Telmisartán tableta 40 mg, 55.-Verapamil ampolla 5 mg, 56.-Vildagliptina 50mg

*** Paciente Controlado: Anote Sí y el número de padecimiento (De acuerdo al resultado de la consulta efectuada en ese día) 1.Diabetes, 2.Hipertensión 3.Obesidad 4.Dislipidemia 5.Síndrome metabólico 6. Sobre peso.

Ejemplo; Diabético controlado Si 1. No controlado anote No.

****Escriba en la casilla el número de veces que asiste en el mes

+ 1. Retinopatía 2.Nefropatía 3.Neuropatía 4.Pie Diabético 5.Enf. Cardiovascular 6.Enf. Cerebrovascular 7.Apnea del Sueño 8.Otra

++REFERENCIA I. Unidad de consulta externa II. Hospital general III. Hospital de especialidad

+++ BAJA: 1.Cambio de domicilio 2.Rechazo al tratamiento 3.Defunción 4.Perdido 5.Otro motivo

SIS-2015

REVERSO

SIS 2016

** Anote una X en la casilla según corresponda

- ① Anote el número en la casilla correspondiente: 1.No realizada, 2.Sin hallazgos, 3.Micosis, 4.Agrietamiento, 5.Úlcera superficial.
- ② Anote el número que corresponde al padecimiento de acuerdo a la consulta efectuada (1.Diabetes, 2.Hipertensión, 3.Obesidad, 4.Dislipidemia, 5.Síndrome metabólico), especificando con un Sí, si esta controlado, y con un No, si no está controlado; Ejemplo: Diabético controlado 1.Sí
- ③ Anote una X en la(s) casilla(s) de acuerdo al(los) tratamiento(s) no farmacológico(s) prescrito(s): AC.Alimentación correcta, AF.Actividad Física, EHT.Eliminar hábito tabáquico, EHA.Eliminar hábito alcohólico.
- ④ Anote los números de los medicamentos prescritos: 1.Ácido acetil salicílico 300mg, 2.Metformina 850mg, 3.Glibenclamida 5mg, 4.Linagliptina 5mg, 5.Acarbosa 50mg, 6.Insulina rápida, 7.Insulina glargina, 8.Insulina NPH, 9.Insulina lispro protamina, 10.Complejo B, 11.Captopril 25mg, 12.Enalapril 10mg, 13.Nifedipino 30mg, 14.Hidroclorotiazida 25mg, 15.Clortalidona 50mg, 16.Metoprolol 100mg, 17.Propranolol 40mg, 18.Telmisartán 40mg, 19.Losartán 50mg, 20.Irbesartán 150mg, 21.Alopurinol 100mg, 22.Pravastatina 10mg, 23.Atorvastatina 20mg, 24.Bezafibrato 200mg, 25.Verapamil 80mg, 26.Furosemida 40mg, 27.Otro.
- ⑤ Anote una X en la casilla si aplica
- ⑥ Anote una X en la(s) casilla(s) de acuerdo a la(s) complicación(es): RP.Retinopatía, ERC.Enfermedad Renal Crónica, NE.Neuropatía, PD.Pie Diabético, CAR.Enf. Cardiovascular, CER.Enf. Cerebrovascular, AS.Apnea del Sueño, Otra.
- ⑦ Anote el grado de adicción al tabaco con base en el test de Fagerström: I.No dependencia, II.Dependencia débil, III.Dependencia moderada, IV.Fuerte dependencia, V.Dependencia muy fuerte.
- ⑧ Si el paciente fue referido a otra unidad, anote el número que precede al nivel: 1.Unidad de consulta externa, 2.Hospital general, 3.Hospital de especialidad, 4.UNEME-EC.
- ⑨ En caso de Baja el paciente, anote el número que corresponde a la causa que la motivó: 1.Cambio de domicilio, 2.Rechazo al tratamiento, 3.Defunción, 4.Perdido, 5.Otro motivo, 6.Baja temporal por referencia a UNEME-EC.

REVERSO

SIS-2016



Datos relevantes

Transcriba el anverso de la tarjeta 2015 a la tarjeta 2016

- ✓ En caso de no contar con todos los datos obligatorios para la versión 2016, se debe:
 - Revisar el Expediente clínico del paciente y/o
 - En el momento de otorgar la consulta requisitar los datos faltantes y/o
 - Realizar visita domiciliaria
- ✓ Lo anterior debido a que al momento de ingresar al SIC si falta algún dato obligatorio, el sistema no permitirá dicha captura.

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



Gracias!!