
Norma técnica para la
Prevención de enfermedad crónica y
mantenimiento de la salud en el individuo
sano mayor de 45 años

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Norma técnica para la
Prevención de enfermedad crónica y
mantenimiento de la salud en el individuo
sano mayor de 45 años

1. JUSTIFICACION

En Colombia la esperanza de vida al nacer actualmente es de 73.23 años, con diferencias entre hombres y mujeres (70.34 y 76.27 respectivamente); las tasas de mortalidad son mayores para los hombres que para las mujeres. Las principales causas de mortalidad a nivel poblacional son las enfermedades cardiovasculares, seguidas por las causas violentas, los tumores malignos y las enfermedades infecciosas.

En general, para los mayores de 45 años la primera causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón, seguida, para aquellos entre 45 y 64 años por los homicidios, las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes de transporte terrestre y la diabetes mellitus, y para aquellos de 65 y más años por las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores, las enfermedades hipertensivas y la diabetes mellitus.

El estudio de carga de la enfermedad nos permite afirmar que la mayor proporción de años de vida saludables perdidos (AVISAs) en las personas mayores de 45 años ocurren por enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales las enfermedades cardiovasculares y el cáncer ocupan los dos (2) primeros lugares

En este documento se presenta la norma técnica de detección temprana de alteraciones en el adulto. Su aplicación sistemática debe contribuir a mejorar o a mantener las condiciones de salud de los adultos mayores de 45 años en Colombia.

2. OBJETIVO

Prevenir y detectar precozmente las enfermedades más prevalentes en nuestro medio en el individuo adulto.

3. POBLACION BENEFICIARIA

Se considera como población beneficiaria de esta norma a todo individuo mayor de 45 años que habita el territorio colombiano.

4. ENFOQUE DE RIESGO

✓ FACTORES DE RIESGO

Para efectos de esta guía se consideran los siguientes factores de riesgo:

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Antecedente de HTA, Tabaquismo, Dislipidemia, Diabetes Mellitas, Evento coronario en familiar en primer grado de consanguinidad en un hombre menor de 55 años o mujer < de 65.

NEOPLASIA (Cáncer gástrico, colon y recto, seno, cervix, próstata, y piel) Los factores de riesgo para cada neoplasia se discuten en los apartados correspondientes a dicha entidad.

• **OSTEOPOROSIS:** Mujer posmenopáusica, Paciente que consume glucocorticoides sistémicos de manera crónica

DIABETES MELLITUS: Antecedente familiar, Paciente obeso

El sedentarismo parece ser un factor de riesgo independiente para mortalidad de cualquier causa y para presentar enfermedad crónica especialmente hipertensión, enfermedad coronaria, osteoporosis diabetes mellitus y obesidad. La inactividad física aumenta hasta en dos veces el riesgo de presentar enfermedad coronaria.(2-5)

✓ FACTORES PROTECTORES

Al igual a lo señalado en factores de riesgo estos se describen en el apartado correspondiente a cada entidad.

5. DEFINICION

La atención del adulto mayor de 45 años, se define como un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, mediante los cuales se logra la detección temprana y el diagnóstico oportuno de las patologías prevalentes propias de este grupo poblacional, con el fin de ofrecer alternativas para el control de los factores de riesgo, el tratamiento o la rehabilitación.

Las enfermedades crónicas del adulto mayor de 45 años, son un grupo de eventos que se caracterizan por largos periodos de latencia, de curso prolongado con deterioro progresivo a incapacidad y una etiología atribuible a múltiples factores de riesgo que interactúan.

Dentro de este grupo de patologías se incluyen:

- Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria y enfermedad vascular periférica
- Enfermedades del metabolismo: obesidad, dislipidemias, diabetes y osteoporosis.
- Enfermedades neoplásicas: cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, cáncer de próstata, cáncer gástrico, de colón y recto
- Enfermedades crónicas del pulmón: bronquitis, enfisema, asma y tuberculosis
- Enfermedades musculoesqueléticas osteoarticulares: artritis y osteoartritis.
- Enfermedades neurológicas: accidentes cerebrovasculares, isquemia cerebral transitoria.

6. CARACTERISTICAS DE LA ATENCION

El examen periódico de salud, incluye una adecuada historia clínica y examen físico y pruebas de tamizaje o procedimientos preventivos según edad y sexo, que al parecer han resultado eficaces para la detección y control de procesos específicos en especial a personas con factores de riesgo. Tal acción adquiere mayor relevancia en condiciones susceptibles de prevenirse como las enfermedades cardiovasculares, las de origen metabólico o nutricional, cánceres y las derivadas del trauma o accidentes. Dentro de las acciones incluye consejería, tamizaje, inmunizaciones o quimioprofilaxis en individuos asintomáticos

Incluirá actividades de tamizaje, inmunización, quimioprofilaxis y consejería, seleccionadas de acuerdo con el perfil de riesgo poblacional (actividades generales) y con el perfil de riesgo individual (actividades selectivas).

El tamizaje incluye las pruebas realizadas a poblaciones o grupos de poblaciones como primera aproximación al diagnóstico precoz. Permite clasificar a cada persona en un grupo con alta y en otro con baja probabilidad de estar afectada. Las personas que en el tamizaje tienen un resultado positivo deberán someterse a una prueba confirmatoria.

Las inmunizaciones incluyen la aplicación de biológicos (vacunas e inmunoglobulinas) a personas según su ciclo vital y su perfil de riesgo individual, con el fin de estimular una respuesta inmune activa o brindar protección pasiva.

La quimioprofilaxis se refiere a la administración de medicamentos o biológicos a personas asintomáticas, para disminuir el riesgo de presentar una enfermedad.

La consejería, se refiere a aquellas actividades en las que el paciente recibe información, asesoría y acompañamiento por parte del personal de los equipos de salud, sobre estilos de vida y conductas saludables, con el objeto de disminuir el riesgo de enfermedades o alteraciones de la salud.

Una vez seleccionadas las actividades a realizar en una persona, considerando su ciclo vital y su perfil de riesgo individual, se elaborará una "Carta de Mantenimiento de la Salud", la cual se incluirá en la historia clínica respectiva.

Las Cartas de Mantenimiento de la Salud de adultos, para personas sin otros factores de riesgo, además de los inherentes a su ciclo vital, se anexan al final de este documento.

Actualmente se acepta, según los TASK FORCE, que el Examen Periódico de Salud dirigido de manera específica para prevenir, detectar y controlar ciertas condiciones o factores de riesgo según la edad, el género y grupos de alto riesgo probablemente es mucho más efectivo que los exámenes de rutina anuales.(1)

6.1. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL (89.0.2.01)

Para la detección temprana de las alteraciones relacionadas con las patologías crónicas y degenerativas del adulto mayor de 45 años, se debe programar una consulta de medicina general desde los 45 años con una periodicidad de máximo cada 5 años según las condiciones individuales y psicosociales (examen periódico de salud).

La consulta médica debe realizarse de acuerdo con los siguientes lineamientos técnicos:

Anamnesis

- Antecedentes familiares de diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardio-cerebro-vasculares, cáncer de cuello uterino, seno, próstata, estómago o colorectal.
- Miembros de grupos étnicos con elevada prevalencia en cualquiera de las enfermedades antes mencionadas
- Mujeres en edad perimenopáusica o posmenopáusica.
- Antecedente de consumo de cigarrillo o tabaco o exposición a humo de leña o carbón.
- Antecedentes de consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas.

- Hábitos alimentarios.
- Actividad física
- Manejo del estrés y de situaciones de alta tensión.
- Mujeres que nunca se han realizado citología vaginal o el último examen fue hace más de tres años y que nunca se les ha realizado un examen clínico de seno

Exámen Físico

- Medición de la presión arterial (según la guía de atención integral para la Hipertensión Arterial).
- Frecuencia cardiaca y respiratoria.
- Evaluación nutricional según peso y talla determinando el índice de masa corporal y la relación cintura cadera
- Exámen de órganos de los sentidos , incluida la Agudeza Visual.
- Auscultación cardiopulmonar.
- Exámen físico de seno
- Palpación abdominal.
- Tacto rectal en hombres
- Valoración del sistema músculo - esquelético.
- Valoración neurológica y de la esfera mental.

6.2 EXÁMENES DE LABORATORIO

Adicional a la valoración del médico general, el adulto mayor de 45 años debe tener mínimo el resultado de los siguientes exámenes de laboratorio, básicos para la detección temprana de las alteraciones en este grupo poblacional:

- Glicemia basal (Glucosa en suero LCR u otro fluido diferente a orina 90.3.8.41)
- Perfil lipídico (Colesterol de Alta densidad HDL 90.3.8.15, colesterol de baja densidad LDL 90.3.8.16, colesterol total 90.3.8.18 triglicéridos 90.3.8.73)
- Creatinina (creatinina en suero, orina u otros 90.3.8.25)
- Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria(90.7.1.05)

Ante la sospecha de algunas de las enfermedades de interés en el adulto mayor o de cualquier otro cuadros patológicos, se deben realizar los procedimientos requeridos para el diagnóstico definitivo y el tratamiento necesario.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la valoración clínica y en los exámenes de laboratorio, se debe seguir el siguiente flujo de decisiones:

- Persona mayor de 45 años sin antecedentes de riesgo, sin síntomas atribuibles a patologías crónicas, con examen físico normal (Persona Sana), debe recibir información sobre estilos de vida saludable y dar indicaciones para control por medicina general a los 5 años. A toda mujer se le debe realizar la citología vaginal si no la tiene y continuar con los controles según el esquema 1-1-3 descrito en la norma para la detección temprana de cáncer cervico uterino. Así mismo mujeres mayores de 50 años sin mamografía de seno, deben ser remitidas para la realización del mismo.
- Persona mayor de 45 años con factores de riesgo para enfermedades de referencia, pero sin síntomas atribuibles a las patologías antes mencionadas y con examen físico normal deben recibir educación en estilos de vida saludables y hacer un plan de

intervención de los factores de riesgo específicos. Se deberá dar indicaciones para control con médico general a los cinco años.

- Persona mayor de 45 años con o sin factores de riesgo, con signos, síntomas o secuelas atribuibles a las enfermedades de interés, con cualquier otro cuadro patológico, o con resultados de laboratorio anormales, debe ser remitida para diagnóstico definitivo y tratamiento.

6.3. RECOMENDACIONES DE TAMIZAJES

Se presentan únicamente las actividades cuyas recomendaciones cuentan con evidencia tipo "A" y "B". En el anexo 2 se presenta un cuadro detallado de criterios relacionados con los tamizajes propuestos para los eventos prevalentes en mayores de 45 años.

6.4 RECOMENDACIONES DE EJERCICIO FISICO

Se define como actividad física a cualquier movimiento del cuerpo producido por la musculatura esquelética y que resulta en un gasto de energía por encima del gasto energético en reposo. A su vez el ejercicio es una actividad física planeada, estructurada repetitiva y con el objetivo de mantener el estado físico. El estado físico se relaciona con la reserva cardiorrespiratoria, fuerza muscular, composición corporal y flexibilidad. (2,3) Hay buena evidencia que soporta la efectividad de la actividad física regular como prevención primaria de hipertensión y enfermedad cardiovascular (A,I). También parece prevenir el desarrollo de obesidad, diabetes mellitus y osteoporosis (B). Aunque no se ha demostrado utilidad en la consejería por parte del médico para que sus pacientes hagan ejercicio de manera rutinaria, se considera que esta actividad médica es recomendable en especial en pacientes sedentarios.(2,3)

La forma de actividad física más adecuada para un individuo está dada por sus propias necesidades, limitaciones y expectativas. (4) Según ciertas investigaciones el método preferido para prevención primaria, es la actividad física de intensidad moderada realizada durante 30 minutos al día por lo menos tres veces a la semana y preferiblemente todos los días (2,5,6,). Se consideran actividades de intensidad moderada caminar a paso normal, montar en bicicleta suavemente, limpieza de ventanas y bailar lentamente. (B)

La actividad física previene y ayuda a tratar algunos factores de riesgo para aterosclerosis, incluyendo presión arterial alta, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, aumento de los triglicéridos, bajos niveles de HDL y obesidad. (2, 4-7) (B)

La actividad física previene la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores aunque no existe evidencia de que si estos se presentan su severidad sea menor (4,5).(B)

Aunque el ejercicio aislado es útil para reducir de peso, la combinación de actividad física regular y un balance en el consumo de calorías es el medio más efectivo para prevenir el sobrepeso. (2,5)

Existe una relación inversa entre el grado de actividad física y el riesgo de desarrollar DM2. El efecto protector es particularmente importante en individuos que tienen factores de riesgo para DM2. La actividad física puede reducir la tasa de pérdida ósea en mujeres premenopáusicas..

Por lo anterior se establece que los adultos deben participar en programas de actividad física de moderada intensidad de manera regular en la mayoría y ojalá durante todos los días de la semana (B)

En los mayores de 65 años, es aceptado que el ejercicio puede reducir la carga de la enfermedad y retrasar la debilidad en la población geriátrica. Se ha demostrado que el ejercicio mejora la composición corporal, disminuye las caídas incrementa la fuerza muscular, disminuye la depresión, disminuye el dolor de la artritis reduce el riesgo de diabetes y de enfermedad coronaria y aumenta la longevidad. (3, 7, 8, 12-14)

PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO: Inicialmente se debe educar a cada paciente sobre los beneficios del ejercicio. Se deben conocer los antecedentes médicos así como la historia previa de actividad física. Buscar posibles barreras por las cuales los individuos son sedentarios. Una de las barreras más descritas por los propios pacientes es la falta de tiempo.

Actualmente se sabe que se deben realizar al menos 30 minutos diarios de ejercicio preferiblemente todos los días de la semana, pero este tiempo no tiene que ser continuo y puede hacerse en dos o tres sesiones según comodidad del paciente.

En pacientes geriátricos con enfermedad cardiovascular previa, el ejercicio de moderada intensidad por ejemplo caminar es seguro y benéfico. Si la persona desea practicar una actividad física más intensa como correr se recomienda una estrecha valoración cardiovascular previa por personal especializado. (3,12) Una manera para mejorar la adherencia a los programas de ejercicio es que el esposo o esposa o una persona cercana también se involucre en el programa de ejercicio. También se ha visto que algunas personas prefieren el ejercicio en su propio hogar y estas características individuales deben tenerse en cuenta para lograr éxito en la prescripción de la actividad física (5,6)

En el paciente sedentario se recomienda iniciar de manera lenta y progresiva con el fin de evitar lesiones, daños y a la vez mejorar la adherencia (6).

7. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y RESPONSABILIDAD DE ACTORES

La ejecución de esta norma técnica es responsabilidad de todos los actores (aseguradores, prestadores, entidades territoriales) en relación con la población a su cargo.

Los servicios definidos por los responsables de esta atención deben tomar en cuenta las características propias de la población adulta y en especial los mayores de 60 años.

8. RESULTADOS ESPERADOS Y METAS

La aplicación de esta norma busca fortalecer el acceso oportuno y la atención integral de la población adulta colombiana. Con la aplicación de esta norma se espera impactar la mortalidad y la morbilidad prevalente en estos grupos etáreos y sus consecuencias sociales y de autonomía.

La meta definida para la consulta de detección temprana de las alteraciones del adulto es igual o superior al 40% en todos los regímenes de afiliación y en la población pobre no asegurada. Cada año se debe incrementar esta cobertura con respecto a la lograda en la vigencia anterior. Esto implica el desarrollo de estrategias de inducción de la demanda adecuadas a la realidad de la población adulta.

9.INDICADORES DE MEDICION Y GESTION

Los indicadores definidos para el monitoreo de esta norma técnica son:

- ✓ Cumplimiento en la consulta de primera vez por medicina general para la detección temprana de alteraciones del adulto

BIBLIOGRAFIA

1. Canadian Task Force Preventive Guidelines: Their Role in Clinical Prevention and Health Promotion. 1994.
2. Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease. A Statement From the Council on Clinical Cardiology Circulation. 2003;107:3109-3116
3. Exercise Standards for Testing and Training A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. Circulation. 2001;104:1694-1740.
4. Manson J., Reenland P, Lacroix A, Mouton S et al. Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. N Engl J Med 2002;347:716-25.
5. Kushi LH, Fee R. Folsom P, Mink PJ, Anderson KE and Sellers TA
Physical activity and mortality in postmenopausal women JAMA 1997; 277: 1287-1292
5. Canadian Task Force Preventive Guidelines. Physical Activity Counselling 1994
6. Summary of the American Heart Association's Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women : the Expert Panel/Writing Group
Arterioscler Thromb Vasc Biol 2004;24:394-396.
7. Bijnen FC, Caspersen CJ, Feskens E, Saris W, et al Physical Activity and 10-Year Mortality From Cardiovascular Diseases and All Causes.The Zutphen Elderly Study
Arch Intern Med. 1998;158:1499-1505.
- 8.Exercise and older patients: Guidelines for the clinician. Christmas C and Andersen R. J Am Geriatr Soc 48: 318, 2000
9. Hsia J, Wu L, Allen C, Oberman A, Lawson WE, Torrens J, Safford M, Limacher MC, Howard BV; Women's Health Initiative Research Group. Physical activity and diabetes risk in postmenopausal women.Am J Prev Med. 2005 28):19-25.
10. Taylor RS, Brown A, Ebrahim DM, Jolliffe J et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic Review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Med 2004; 116 : 682-692
11. Gardner AW, Poehlman ET. Exercise rehabilitation programs for the treatment of claudication pain: a meta-analysis. JAMA. 1995;274:975-980
- 12.Suzuki T, Kim H, Yoshida H, Ishizaki T.Randomized controlled trial of exercise intervention for the prevention of falls in community-dwelling elderly Japanese women. J Bone Miner Metab. 2004;22:602-11.
- 13 Williams MA, Fleg, JL. Ades PA, Chaitman BR et al. Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in the Elderly (With Emphasis on Patients >75 Years of Age) An American Heart Association Scientific Statement From the Council on Clinical Cardiology Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, Circulation. 2002;105:1735-1743.
14. Hakim A, Petrovitch H, Burchfiel C, Ross W et al . Effects of walking on mortality among nonsmoking retired men. N Engl J Med 1998;338:94-9
15. Canadian Task Force Preventive Guidelines: Early Detection and Counselling of Problem Drinking. 1994
- 16 ICSI Health Care Guideline. Preventive Service for adults. 2004
17. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: characteristics of congruently and incongruently identified participants. Addict Behav. 2004 ;29: 867-78
18. Aertgeerts B, Buntinx F, Kester A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. J Clin Epidemiol. 2004 57:30-9.

19. Mendoza-Sassi RA, Beria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*. 2003 ;98:799-804.
20. Boletín Epidemiológico de la OMS Vol 83 2002
21. Canadian Task Force Preventive Guidelines Prevention of Tobacco-Caused Disease. 1994
22. U.S. Preventive Services Task Force Counseling: Tobacco Use 2003
23. U.S. Department of Agriculture (USDA) and U.S. Department of Health and Human Services (HHS): USA Food Guide Pyramid the 2005 Dietary Guidelines for Americans, 2005.
24. Global strategy on diet, physical activity and health. Organización Mundial de la Salud 2004.
25. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Instituto Nacional de Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2002.
26. Humphrey L, Helfand, M, Chan B, and Woolf, S. Breast Cancer Screening: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force *Ann Intern Med*. 2002;137:347-360.
27. U.S. Preventive Services Task Force Screening for Cervical Cancer. 2003
28. National Health and Medical Research Council of Australia. Guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer: A guide for general practitioners. 1998
29. Canadian Task Force on Preventive Health Care Colorectal cancer screening: 2001
- 30 U.S. Preventive Services Task Force: Screening for Colorectal Cancer 2002
- 30 Rodríguez M, Chantada V, Asensi A . Cáncer de Próstata. FISTERRA.com Guías Clínicas 2004.
- 31 American Academy of Family Physicians. Summary of Policy Recommendations for Periodic Health Examinations 2005
32. Canadian Task Force on Preventive Health care: Screening for Prostate Cancer 1994.
33. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: Recommendation and Rationale U.S. Preventive Services Task Force *Ann Intern Med*. 2002;137:915-916.
34. Globocan 2000. Incidencia y Mortalidad por cancer en Colombia. 2000
35. M Inoue, S Tsugane Epidemiology of gastric cancer in Japan. *Postgrad. Med. J*. 2005;81;419-424
36. Rodríguez A, Alvarado J, Sandler R, Hani A et al. Asociación entre infección por *Helicobacter pylori* y cáncer gástrico en Colombia. *Acta Med Col* 2000: 25; 112-116
37. Pineda LF, Otero W, Gomez M, Arbelaez V, Otero E. Enfermedad estructural y valor predictivo de la historia clínica en pacientes con dispepsia no investigada. *Rev Colomb Gastroenterol* 2004. 19:13-25
38. Asociación Colombiana de Osteología y Metabolismo Mineral. Conferencia de consenso: Diagnóstico y Manejo de la Osteoporosis. 2002

39. NIH Consensus Development panel on Osteoporosis Prevention, diagnosis and therapy. JAMA 2001; 285; 785-795
40. U.S. Preventive Services Task Force. Osteoporosis: Screening: 2002
41. Cheung A, Feig D, Kapral M, Diaz-Granados N, Dodin S, and the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of osteoporosis and osteoporotic fractures in postmenopausal women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ: 2004; 170 -178
42. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Coronary Heart Disease: Recommendation Statement Ann Intern Med. 2004;140:569-572
43. Fajardo H, Gutiérrez A, Navarrete S y Barrera J. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. localidad de los martires. Bogota-Colombia.. Rev Fac Medic Univ Nal, 2003: 51:,198-202
44. Ministerio de Salud. II ESTUDIO NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRONICAS-ENFREC II 1999
45. Grundy SM, Cleeman JI, Merz B, Brewer HB, Clark LT, Hunninghake B; et al. for the Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program NCEP Report. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines Circulation. 2004;110:227-239.
46. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Lipid Disorders in Adults 2001
47. ICSI Health Care Guideline. Lipid Screening in adults 2004.
48. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Obesity in Adults 2003

ANEXO 1

CARTA DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD. 45 y más años

Nombre :

Historia Clínica:

		Año									
		Edad									
Encierre en un círculo la actividad seleccionada		Fecha									
Nutrición (N)	_____	Actividad(es)									
Violencia (V)	_____	Fecha									
Cigarrillo (C)	_____	Actividad(es)									
Drogas/Alcohol (D)	_____	Fecha									
ETS	_____	Actividad(es)									
HIV/SIDA (H)	_____	Fecha									
Quimioprofilaxis Aspirina (A)	con _____	Actividad(es)									
Presión Arterial		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado									
Peso		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado									
Talla		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado									
Colesterol total y colesterol HDL		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado									
Citología vaginal		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado									
SOMF		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado									
Mamografía		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado									
		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado									
		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado									
		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Resultado									
Códigos sugeridos: Solicitado(S) Resultado Normal(N) Resultado Anormal(AN) No aceptado(NA) Realizar nuevamente											
Td		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Lote									
		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Lote									
		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Lote									
		Fecha	o	o	o	o	o	o	o	o	o
		Lote									
Acido fólico		Fecha									
Aspirina		Fecha									

Frame PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria . Part 1. Select diseases of respiratory, cardiovascular, and central nervous systems. J Fam Pract 1975;2:29-36