

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “ESCULAPIO”

I.S.T.E.

REGISTRO SENESCYT No. 17-061

ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES

2019

**JARABE DE AGAVE PARA EL TRATAMIENTO DEL RESFRIADO
COMÚN EN ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA
AMAGUAÑA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE TECNÓLOGO EN NATUROPATÍA.**

ROSA GUALLICHICO NACIMBA

DR. MED. RICARDO VEJAR

RESUMEN

Amaguaña es una parroquia agrícola y ganadera donde la gran mayoría de pobladores trabaja en el campo. En esta actividad están expuestos a condiciones climáticas de mucho frío en las madrugadas o extenuante calor al medio día, estos cambios de temperatura inciden en su salud haciéndolos propensos a contraer diferentes problemas respiratorios.

Este ambiente de trabajo vuelve vulnerables principalmente a los adultos mayores a padecer una patología muy común como es el resfriado, la misma que les afecta varias veces al año.

Esta investigación tiene como finalidad proporcionar a los pacientes una alternativa natural en el tratamiento del resfriado común, a base de un jarabe de agave. En el Ecuador, en poblaciones como Pujilí, Latacunga, Ambato, etc., esta planta es usada para extraer un líquido de su corazón llamado "chaguarmishque", producto con varias propiedades medicinales y que en este caso se cocina para obtener una miel, que sirve para elaborar el jarabe utilizado para el alivio los síntomas del resfriado.

Palabras Claves: Tratamiento, agave, resfriado, chaguarmishque, jarabe.

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

CERTIFICO QUE ESTE TRABAJO JARABE DE AGAVE PARA EL TRATAMIENTO DEL RESFRIADO COMÚN EN ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA AMAGUAÑA FUE REALIZADO POR: ROSA GUALLICHICO NACIMBA.

Quito, 18 de agosto de 2019

Dr. Med. Ricardo Vejar

ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SE PRESENTA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PREVIOS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE TECNÓLOGA EN NATUROPATÍA POR LO QUE AUTORIZO AL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO PARA QUE HAGA USO DE ESTE TRABAJO Y SU CONTENIDO COMO UN DOCUMENTO DISPONIBLE PARA SU LECTURA SEGÚN LAS NORMAS DE LA INSTITUCIÓN.

CEDO AL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO, LOS DERECHOS DE PUBLICACIÓN DE ESTE TRABAJO O DE SUS PARTES, MANTENIENDO MIS DERECHOS DE AUTOR HASTA POR UN PERIODO DE 3 AÑOS CONTADOS DESPUÉS DE SU APROBACIÓN.

Rosa Guallichico Nacimba

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, a mis hijos y a todas las personas que confiaron en mí; en especial a mi madre que me inculco desde muy pequeña, los conocimientos ancestrales en medicina natural. También a todas las personas que padecen enfermedades y no saben cómo tratarlas, que busquen en la medicina natural la cura para sus dolencias.

Rosa Guallichico Nacimba

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por su amor y paciencia que me ha dado el honor de conocer el ISTE, y me ha bendecido con nuevos conocimientos, para ahora ser un instrumento de él a la ayuda de los más necesitados.

A mi madre por la vida que ha dado y los conocimientos que me ha compartido, razón por la cual surgió mi amor por la medicina natural.

A mis mejores amigos Fredy Obando, Ximena Calero y Erick Fay por el apoyo incondicional brindado en todo este tiempo de estudio.

Al Dr. Ricardo Vejar por creer en mí, brindarme su apoyo y demostrarme que es una gran persona, de igual manera a todos los maestros que compartieron sus conocimientos conmigo.

A mi familia por su ayuda y comprensión.

Rosa Guallichico Nacimba

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I: MARCO METODOLÓGICO	4
1.1 PROCESO METODOLÓGICO	4
1.2 Población y Muestra	4
1.3 Variables de estudio	4
1.3.1 Variable independiente	4
1.3.2 Variable dependiente	4
1.4 PRODUCCIÓN DE LA MATERIA PRIMA	5
1.4.1 Obtención del líquido de agave	5
1.4.2 Elaboración de la miel de agave	8
1.4.3 Formulación del jarabe	9
1.4.4 Dosificación	11
1.4.5 Contraindicaciones	11
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	12
1.5 RESFRIADO COMÚN	12
1.5.1 Signos y síntomas del resfriado común	12
1.6 AGAVE (Agave Americana)	12
1.6.1 Propiedades terapéuticas del agave (Agave Americana)	13
1.6.2 Chaguarmishque	13
CAPITULO III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	15
1.7 Análisis descriptivo de los datos de la encuesta inicial	15
1.8 Análisis descriptivo de los datos de la encuesta final	20
CONCLUSIONES	23
RECOMENDACIONES	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS	26

ANEXO I: MODELO HISTORIA CLÍNICA	27
ANEXO II: MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO	82
ANEXO III: MODELO ENCUESTA INICIAL	111
ANEXO IV: MODELO ENCUESTA FINAL	141

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de los pacientes según el género.....	15
Tabla 2 Distribución de los pacientes según la edad.....	16
Tabla 3 Distribución de los pacientes según los síntomas	17
Tabla 4 Distribución de los pacientes por días de afectación	18
Tabla 5 Distribución de los pacientes por estado general al inicio.....	19
Tabla 6 Distribución de los pacientes según los síntomas al final	20
Tabla 7 Distribución de los pacientes por estado general al final	21

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Elección de la penca	6
Figura 2 Realizando el orificio	6
Figura 3 Orificio listo	7
Figura 4 Recolección de Chaguarmishqui	7
Figura 5 Cocción del Chaguarmishqui	8
Figura 6 Miel de agave.....	9
Figura 7. Formulación para el jarabe.....	10
Figura 8 Mezcla para el jarabe	10
Figura 9 Jarabe terminado	11
Figura 10. Pacientes por género	15
Figura 11. Pacientes por edad	16
Figura 12. Pacientes por síntomas al inicio	17
Figura 13. Pacientes por días de afectación	18
Figura 14. Estado general de los pacientes al inicio.....	19
Figura 15. Pacientes por síntomas al final.....	21
Figura 16. Estado general de los pacientes al final	22

INTRODUCCIÓN

Amaguaña es una parroquia agrícola y ganadera donde un 50% de la población dedica su tiempo al trabajo de campo; desde épocas antiguas los adultos mayores laboraban en duras jornadas de trabajo, en climas fríos o muy calientes. Estos cambios de temperatura incidieron en su salud haciéndolos propensos a contraer diferentes problemas respiratorios. En la actualidad, los adultos mayores de esta zona aun dedican parte de su tiempo a labrar la tierra pues su vida se ha desarrollado entorno a la siembra de productos como: maíz, papas, arvejas, etc., que son utilizados para su consumo diario. Además, tienen la crianza de gallinas, ganado vacuno, bovino o porcino, animales que pueden influenciar en la propagación del resfriado.

Este ambiente de trabajo de los adultos mayores los vuelve vulnerables a padecer una patología muy común como es el resfriado, la misma que es una afección viral que es propagada a través de gotas de fluido expulsado por la boca o nariz de personas o animales infectados cuando estornudan, tosen o hablan. Los adultos pueden adquirir el resfriado entre 2 a 5 veces por año.

La presente investigación tiene como finalidad proporcionar a los pacientes una alternativa natural en el tratamiento del resfriado común, a base de un jarabe de agave. Tomando en cuenta que un resfriado se presenta en cualquier momento de la vida, razón por la cual es necesario el estudio de este tratamiento, que a su vez sirve como fuente de información acerca de los remedios ancestrales provenientes de la naturaleza.

El agave es un penco muy usado en México para fabricar el tequila, mientras que en el Ecuador, en poblaciones como Pujilí, Latacunga, Ambato, etc., esta planta es usada para extraer un líquido de su corazón llamado "chaguarmishque", producto con varias propiedades medicinales y que en este caso será utilizada en forma de jarabe para aliviar los síntomas del resfriado.

El objetivo general de la presente investigación es, corroborar la efectividad del jarabe de agave en el tratamiento de los síntomas del resfriado común, que afecta a los adultos mayores a partir de los 65 años, del GAD Parroquial de Amaguaña.

Como objetivos específicos se han planteado, administrar el jarabe de agave a los pacientes que presenten síntomas de resfrió ya sea etapas iniciales o terminales, para de esta manera determinar el tiempo del tratamiento y la dosificación según la etapa de los síntomas, datos que servirán para establecer el porcentaje de mejoría y la aceptación del jarabe en el organismo de los pacientes.

En la Parroquia de Amaguaña los adultos mayores son los que dedican más tiempo a labores agrícolas y de ganadería, por lo que realizan sus faenas a partir de las primeras horas de la madrugada cuando el frío es más fuerte, su trabajo dura hasta las horas de la tarde cuando los rayos del sol caen con más fuerza. La constante exposición a diferentes temperaturas del clima los hace propensos a contraer un resfriado común.

Bajo estas consideraciones se ha tomado en cuenta la búsqueda de un tratamiento terapéutico de origen natural, que ayude a los adultos mayores a aliviar los síntomas del resfriado común. La aplicación del jarabe de agave servirá para estudiar la evolución de los pacientes que realicen el tratamiento, pues este jarabe es elaborado a base de la miel de "chaguarmishque" que se extrae desde el corazón del penco y que proporciona calor al cuerpo.

La hipótesis o pregunta de investigación es: ¿el jarabe de agave, ayudara a aliviar los síntomas del resfriado común en los adultos mayores?

CAPITULO I: MARCO METODOLÓGICO

1.1 PROCESO METODOLÓGICO

Para este estudio se considera un enfoque cualitativo y cuantitativo en donde se evidencia el efecto terapéutico del jarabe de agave en el tratamiento del resfriado común. (Hernández et. al., 2010)

1.2 Población y Muestra

En este proyecto se toma como población al grupo de adultos mayores que participan en el programa (ADULTO MAYOR) del Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial de Amaguaña (GADPRA), que cuenta con 50 personas cada día, entre hombres y mujeres.

De este segmento de pobladores se toman 30 pacientes, distribuidos entre hombres y mujeres adultos mayores comprendidos en edades de 65 a 85 años.

1.3 Variables de estudio

1.3.1 Variable independiente

Jarabe de Agave

El uso del jarabe de agave ayudara con el alivio de los problemas respiratorios provocados por el resfriado gracias a sus cualidades expectorantes, según las encuestas realizadas la mayoría de los pacientes están de acuerdo en realizar el tratamiento con el uso del jarabe de agave ya que es de origen natural y por ende no posee químicos.

1.3.2 Variable dependiente

Resfriado común

Es una infección contagiosa de origen viral que afecta en especial a las vías respiratorias superiores, la mayor parte de personas la padecen presentan síntomas como dolor de cabeza, debilidad, congestión nasal abundante, entre otros. (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, 2014)

1.4 PRODUCCIÓN DE LA MATERIA PRIMA

1.4.1 Obtención del líquido de agave

Para la obtención del líquido de agave (chaguarmishque) se debe seguir el siguiente procedimiento:

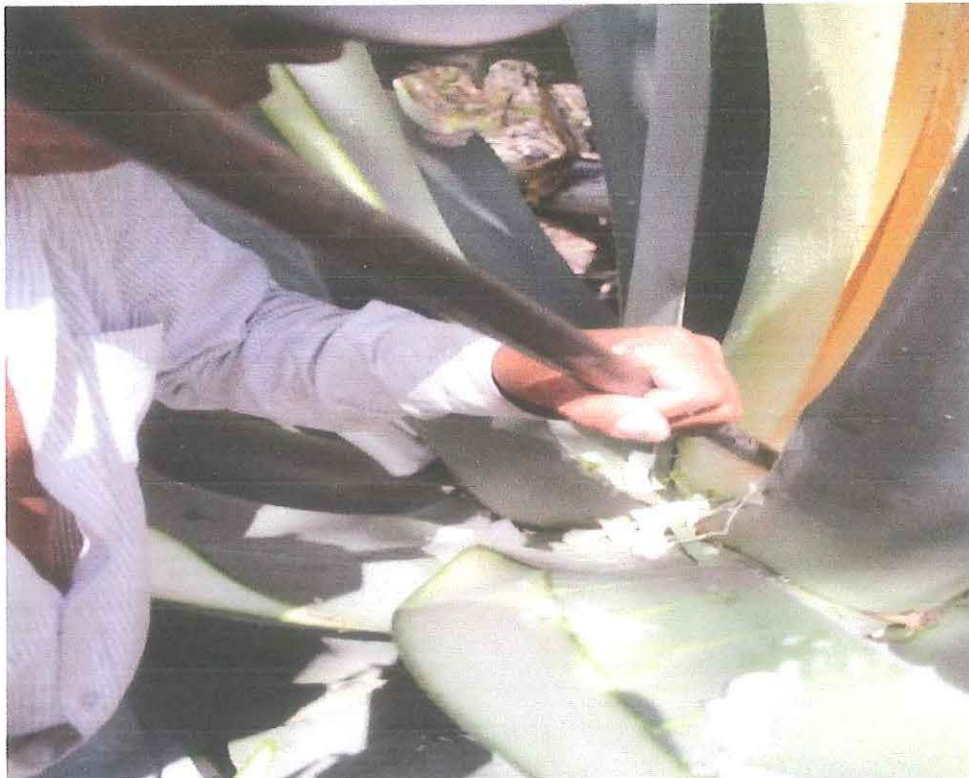
- a) Seleccionar la planta con la madurez necesaria de 8 a 10 años, la misma que debe ser robusta; de más o menos 2 metros de altura y tener una especie de ceniza en sus hojas. Algo muy importante al elegir el penco es que en esta no haya florecido.
- b) Realizar un orificio en el corazón de la planta de una profundidad de 25 cm, retirando algunas hojas.
- c) Dejar la planta en reposo durante 8 días hasta que se concentre la sabia en el orificio.
- d) Pasado ese lapso de tiempo, en la mañana se extrae el líquido acumulado y se desecha.
- e) Raspar las paredes del penco con una herramienta conocida como raspador, esto con el fin de que el líquido se acumule nuevamente en el orificio.
- f) Recoger el líquido que se acumula en la planta todos los días en la mañana y en la tarde, siempre raspando las paredes después de la recolección para que el líquido siga brotando, este proceso se realiza durante 90 a 120 días dependiendo de la variedad del agave.

Figura 1 Elección de la penca



Rosa Guallichico (2019)

Figura 2 Realizando el orificio



Rosa Guallichico (2019)

Figura 3 Orificio listo



Rosa Guallichico (2019)

Figura 4 Recolección de Chaguarmishqui



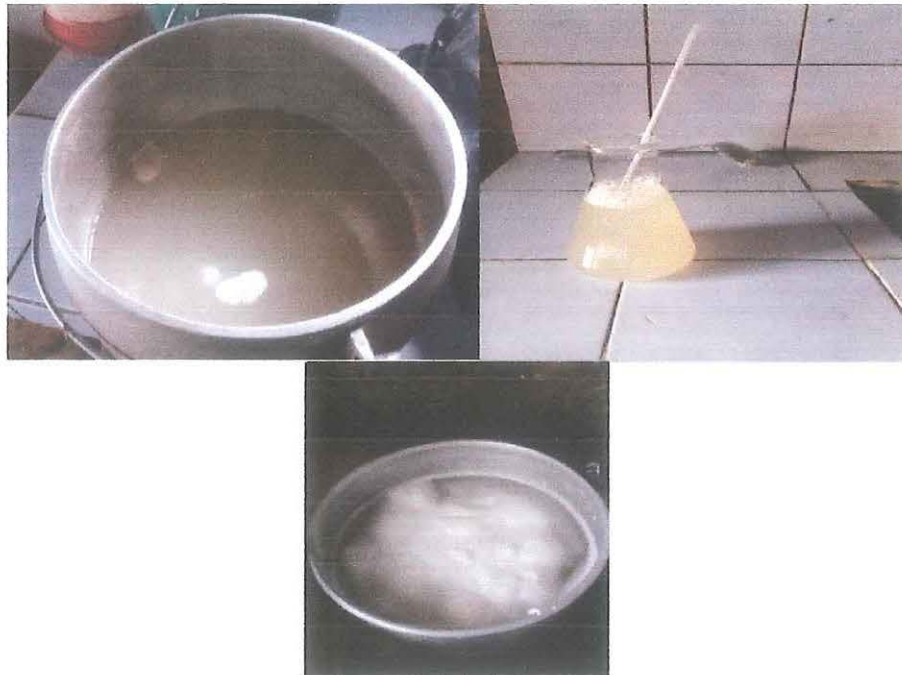
Rosa Guallichico (2019)

1.4.2 Elaboración de la miel de agave

Proceso para obtener la miel de agave:

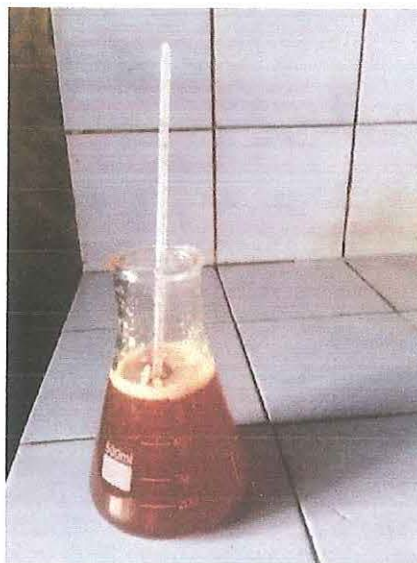
- a) Recolectar la miel de agave in situ.
- b) Tomar 10000ml (10 litros) de agave crudo (para obtener 1 litro de miel se necesitan 10 litros de agave crudo), previamente filtrar en un lienzo resistente retirando las impurezas.
- c) Colocar el líquido en una olla de acero inoxidable (No usar aluminio porque la muestra se quema).
- d) Llevar a cocción hasta el punto de ebullición (91°C – llama alta), eliminando el exceso de agua y saponinas propias del agave. Se mantiene a esta temperatura durante cuatro horas, se baja la temperatura a los 80°C (llama media), y se cocina por dos horas con movimientos circulares constantes con cuchara de madera, hasta que el líquido tome mayor densidad y consistencia similar a la miel de abeja.
- e) Cuando la preparación está lista, enfriar.
- f) Al finalizar este proceso se obtiene 1000ml (1 litro) de miel de agave.

Figura 5 Cocción del Chaguarmishqui



Rosa Guallichico (2019)

Figura 6 Miel de agave



Rosa Guallichico (2019)

1.4.3 Formulación del jarabe

Para la investigación se requieren 30 frascos de 60ml cada uno, por lo que se debe preparar 1800ml (1.8 litros) de jarabe.

Para 1800ml de jarabe se necesita:

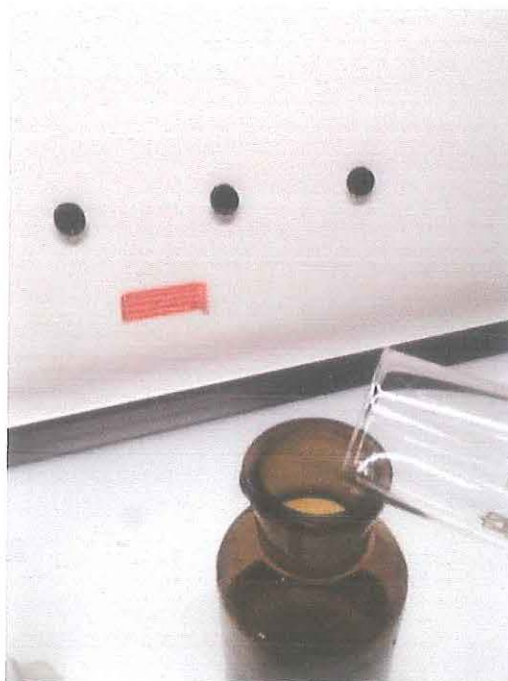
- 1000ml (1 litro) de miel de agave
- 730ml de agua destilada
- 70ml solución de ácido cítrico (disolver 1,2g de ácido cítrico con 70ml de agua destilada).
- Mezclar todo en un recipiente de vidrio color ámbar para no dañar las características fotosintéticas de la formulación.
- Dejar reposar la mezcla por 24 horas para que se estabilice.
- Envasar el jarabe en frascos de vidrio de 60ml color ámbar.
- Mantener en refrigeración hasta la entrega a los pacientes.

Figura 7. Formulación para el jarabe



Rosa Guallichico (2019)

Figura 8 Mezcla para el jarabe



Rosa Guallichico (2019)

Figura 9 Jarabe terminado



Rosa Guallichico (2019)

1.4.4 Dosificación

Se debe administrar vía oral con una dosificación de 5ml (una cuchara pequeña) antes de cada comida (3 veces al día), por un lapso de 4 días.

1.4.5 Contraindicaciones

Se debe evitar tomar el jarabe de agave en caso de personas diabéticas por los elevados compuestos glucósidos que contiene.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

1.5 RESFRIADO COMÚN

Es una infección contagiosa de origen viral que afecta en especial a las vías respiratorias superiores, la mayor parte de personas que la padecen presentan síntomas como dolor de cabeza, debilidad, congestión nasal abundante, entre otros. (Mayo Clinic, 2011)

1.5.1 Signos y síntomas del resfriado común

El resfriado común en la mayoría de los casos causa rinorrea o secreción nasal, congestión nasal y estornudo.

Los síntomas de un resfriado común generalmente aparecen de uno a tres días posteriores a la exposición al virus que causa el resfriado. Los signos y síntomas, que pueden variar dependiendo de cada persona, podrían incluir: (Medicine Plus, 2011)

- Dolor de cuerpo los dos primeros días
- Dolor de garganta o inflamación
- Tos con flema
- Tos sin flema (tos seca)
- Fiebre de bajo grado, con malestar
- Catarro (moquera)

1.6 AGAVE (Agave Americana)

El penco es una planta endémica del continente americano, siendo una planta representativa de México la cual fue introducida y cultivada a partir de la llegada de las culturas originarias de Mesoamérica en el periodo precolombino. (Castro y Guerrero, 2013). Su nombre científico es agave, el cual proviene del griego y significa noble o admirable. Esta planta se dio a conocer por el botánico Calos Linneo, naturista sueco. El penco forma parte de la familia agavaceae originaria de América, de clima tropical y seco, también adquiere varios nombres en las diferentes culturas como en México se lo llama oro azul y maguey. En la zona ecuatorial se lo conoce como penco negro o plateado;

cabuya o chaguar en Perú; en Colombia como punta o fique; mientras que en Bolivia se la llama chunta, witika o pajpa. (Ruiz, 2007).

1.6.1 Propiedades terapéuticas del agave (Agave Americana)

Entre sus propiedades se encuentra la acción hemolítica que aumenta la permeabilidad de las membranas celulares. El efecto Hipocolesterolémico que aporta Fito esteroides de origen vegetal los cuales remplazan al colesterol de origen animal. Es antiinflamatorias y diurética además acelera el poder de absorción de otras sustancias activas.

También es expectorante, ayuda a promover la expulsión de las secreciones bronquiales acumuladas, es el tratamiento más adecuado para la tos comúnmente está compuesto por mucolíticos, que tienen la capacidad de destruir las distintas estructuras de la secreción bronquial. (Ayón, 2007)

1.6.2 Chaguarmishque

En el Ecuador, el derivado más conocido del penco es el "chaguarmishque" bebida que es extraída desde el corazón de la planta. Durante años esta bebida formaba parte de la alimentación de las poblaciones de la sierra ecuatoriana por contener alta cantidad de nutrientes y un sabor agradable.

El penco es característico de la provincia de Pujilí, esta planta concentra en el corazón un líquido con alta cantidad de azúcar. En la época prehispánica fue el dulce más utilizado. El chaguarmishque, miel de agave o sirope es una bebida que se obtiene del penco. Para esto se hace una cavidad en el centro de la planta donde se acumula la savia, aproximadamente de 5 a 8 litros diarios se puede obtener, cosechando en la mañana y en la tarde.

El tiempo de vida de la planta se estima hasta los 16 años, su primera producción se consigue cuando ésta cumple 8 o 10 años de vida, la edad de maduración depende de factores como el clima y el cuidado. El almacenamiento del líquido extraído debe ser en un lugar fresco y alejado de la luz para que no se fermente; caso contrario se convertirá en una bebida alcohólica llamada guarango o pulque.

En las ciudades de la región sierra el néctar de chaguarmishque es utilizado para endulzar bebidas y para la elaboración de alimentos como mermeladas o conservas. Segura menciona que incluso ha sido utilizado ancestralmente para varios propósitos: medicina, bebida refrescante, alimento nutritivo e incluso como bebida alcohólica, arraigándose en las culturas sobre todo andinas y ha estado presente en sus fiestas, rituales; en general, en la vida cotidiana (Segura, 2006).

CAPITULO III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

1.7 Análisis descriptivo de los datos de la encuesta inicial

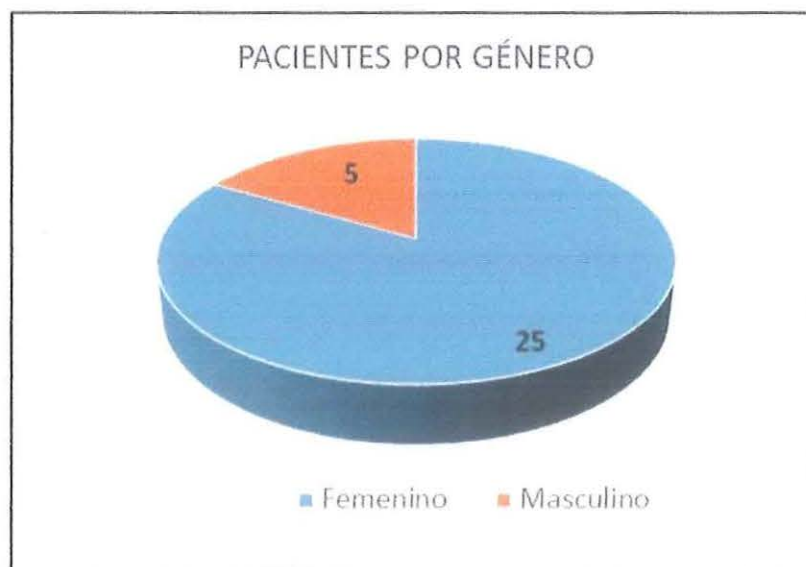
De acuerdo a las variables consideradas, se presentan a continuación los datos que muestran la distribución de los pacientes según sus características.

Tabla 1 Distribución de los pacientes según el género

GÉNERO	FRECUENCIA (%)
Femenino	25 (83)
Masculino	5 (17)
TOTAL	30 (100)

Rosa Guallichico (2019) *Distribución de los pacientes según el género*, Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Figura 10. Pacientes por género



Rosa Guallichico (2019) *Distribución de los pacientes según el género*, Figura elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

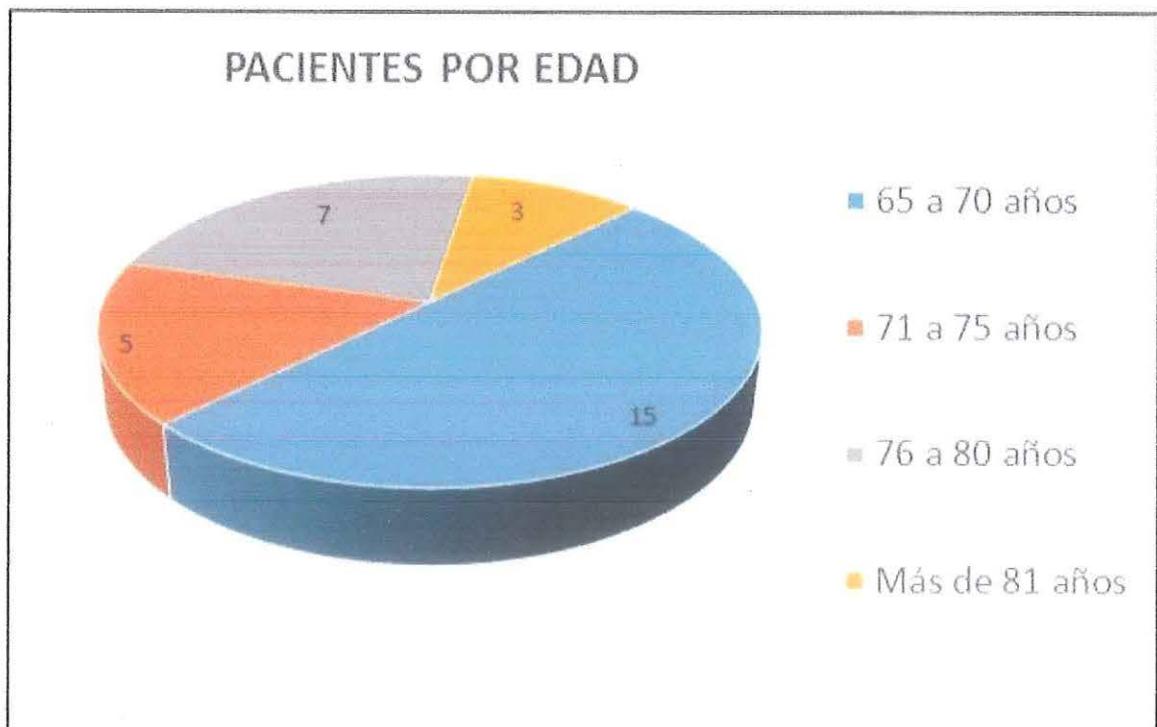
Se observa en la tabla 1, que según el género se tiene una marcada prevalencia de mujeres (83%) que hombres (17%). Lo que indica que la tendencia en los datos de las distintas encuestas la marcan las mujeres.

Tabla 2 Distribución de los pacientes según la edad

EDAD	FRECUENCIA (%)
65 a 70 años	15 (50)
71 a 75 años	5 (17)
76 a 80 años	7 (23)
Más de 81 años	3 (10)
TOTAL	30 (100)

Rosa Guallichico (2019) *Distribución de los pacientes según el género*, Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Figura 11. Pacientes por edad



Rosa Guallichico (2019) *Distribución de los pacientes según la edad*, Figura elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

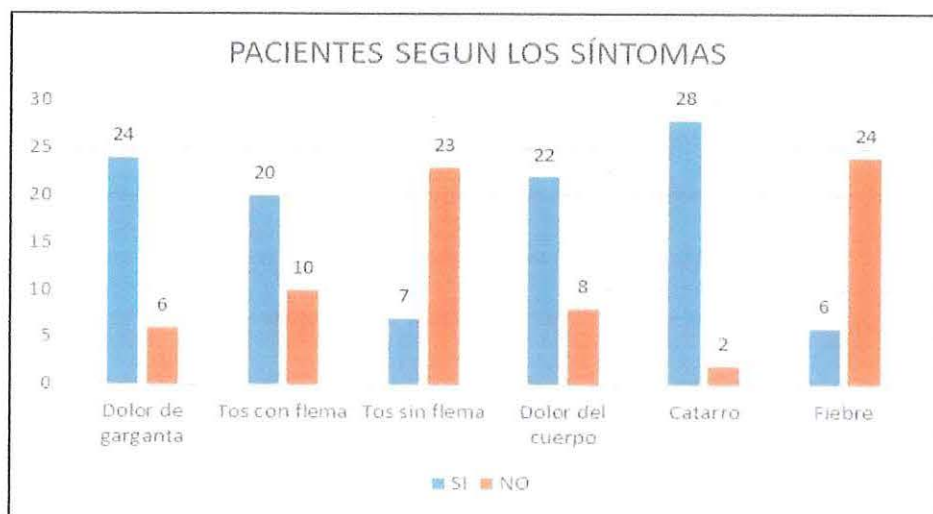
Con respecto a la edad, se puede apreciar en la tabla 2, que la mayoría de los pacientes están en un rango de edad de 65 a 70 años con un 50%. Lo que muestra que se trabaja con personas adultos mayores que no están en edad avanzada.

Tabla 3 Distribución de los pacientes según los síntomas

SÍNTOMAS	FRECUENCIA (%)	
	SI	NO
Dolor de garganta	24 (80)	6 (20)
Tos con flema	20 (67)	10 (33)
Tos sin flema	7 (23)	23 (77)
Dolor del cuerpo	22 (73)	8 (27)
Catarro	28 (93)	2 (7)
Fiebre	6 (20)	24 (80)
TOTAL	30 (100)	30 (100)

Rosa Guallichico (2019) *Distribución de los pacientes según los síntomas*,
Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Figura 12. Pacientes por síntomas al inicio



Rosa Guallichico (2019) *Distribución de los pacientes según los síntomas*,
Figura elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

En la tabla 3, se observa que en lo referente a síntomas, el catarro es el que mayor presencia existe en los pacientes con un 93%, seguido del dolor de garganta con 80%. Mientras que en menor medida aparecen la tos sin flema con 23% y la fiebre con 20%. Lo que señala al catarro como el síntoma más notorio.

Tabla 4 Distribución de los pacientes por días de afectación

DÍAS	FRECUENCIA (%)
1	5 (17)
2 a 5	24 (80)
Más de 6	1 (3)
TOTAL	30 (100)

Rosa Guallichico (2019) *Distribución de los pacientes por días de afectación*,
Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Figura 13. Pacientes por días de afectación



Rosa Guallichico (2019) *Distribución de los pacientes por días de afectación*,
Figura elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

En la tabla 4, se observa que los pacientes que tienen entre 2 y 5 días de afectación son mayoritarios con 80% y con más de 6 días el 3%, teniendo en general un 97% de personas con más de 1 día de afectación del resfriado común. Lo que muestra que la enfermedad ya está en etapa de desarrollo.

Tabla 5 Distribución de los pacientes por estado general al inicio

ESTADO GENERAL	FRECUENCIA (%)		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
ALTO	23 (77)	2 (40)	21 (84)
MEDIO	5 (17)	2 (40)	3 (12)
BAJO	2 (7)	1 (20)	1 (4)
TOTAL	30 (100)	5 (100)	25 (100)

Rosa Guallichico (2019) *Distribución de los pacientes por estado general al inicio*, Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Figura 14. Estado general de los pacientes al inicio



Rosa Guallichico (2019) *Distribución de los pacientes por estado general al inicio*, Figura elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

En la tabla 5, se aprecia que el estado general de los pacientes en "alto" es de 77% y en "medio" en un 17%, con una mayor prevalencia en las mujeres con 84%. Lo que refleja que el resfriado común afecta significativamente el estado general de los pacientes.

1.8 Análisis descriptivo de los datos de la encuesta final

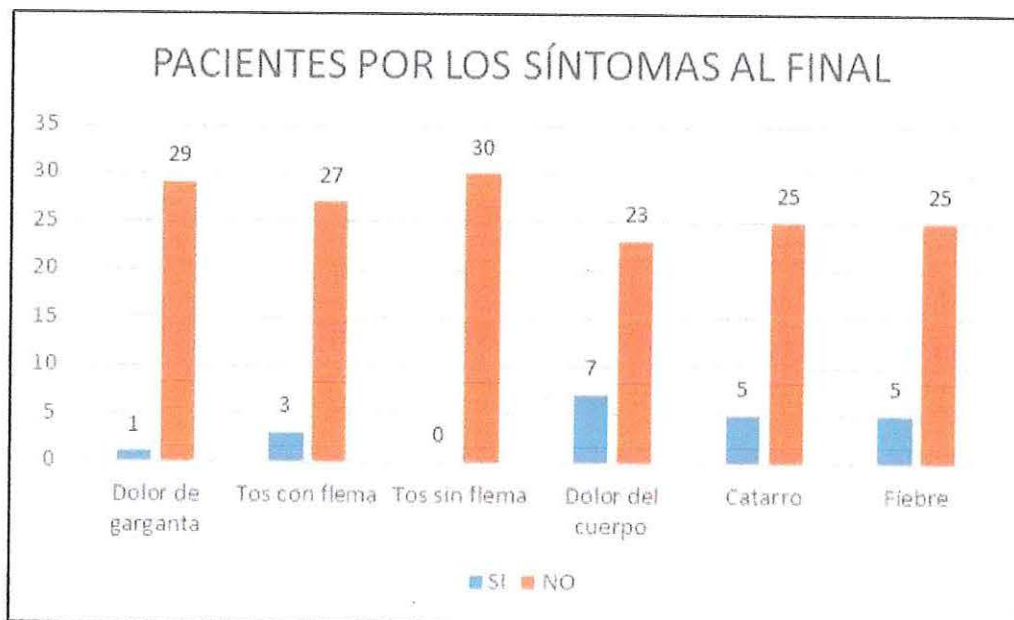
Al finalizar el tratamiento se recopilan datos que se describen en las siguientes tablas.

Tabla 6 Distribución de los pacientes según los síntomas al final

SÍNTOMAS	FRECUENCIA (%)	
	SI	NO
Dolor de garganta	1 (3)	29 (97)
Tos con flema	3 (10)	27 (90)
Tos sin flema	0 (0)	30 (100)
Dolor del cuerpo	7 (23)	23 (77)
Catarro	5 (17)	25 (83)
Fiebre	5 (17)	25 (83)
TOTAL	30 (100)	30 (100)

Rosa Guallichico (2019) *Distribución de los pacientes según los síntomas al final*, Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Figura 15. Pacientes por síntomas al final



Rosa Guallichico (2019) *Distribución de los pacientes según los síntomas al final*, Figura elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

En la tabla 6, se observa que en todos los síntomas presentes al inicio del tratamiento existe una mejora del 88% en promedio, siendo el dolor de garganta el de mayor valor con 97%, en los pacientes con tos sin flema que eran el 23% al inicio se obtuvo un 100% de mejora.

El dolor de cuerpo también tuvo una mejoría del 83% respecto al inicio y con el catarro se obtuvo una efectividad del 77%.

Tabla 7 Distribución de los pacientes por estado general al final

ESTADO GENERAL	FRECUENCIA (%)		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
ALTO	1 (3)	0 (0)	1 (4)
MEDIO	4 (13)	1 (20)	3 (12)
BAJO	25 (83)	4 (80)	21 (84)
TOTAL	30 (100)	5 (100)	25 (100)

Rosa Guallichico (2019) *Distribución de los pacientes por estado general al final*, Tabla elaborada en base a los datos encuestados

Interpretación

En la tabla 7, se observa que los pacientes presentan un estado general "bajo" el mismo que se considera sin síntomas o las molestias son mínimas con 83%, mientras que en estado general "alto" solamente existe un 3% que representa un paciente.

Figura 16. Estado general de los pacientes al final



Rosa Guallichico (2019) *Distribución de los pacientes por estado general al final*, Figura elaborada en base a los datos encuestados

CONCLUSIONES

Al administrar el jarabe de miel de agave a pacientes que padecen resfriado común se tiene una mejora general del 88%.

El tiempo considerado de 4 días de tratamiento y la dosificación de una cucharadita de jarabe antes de cada comida fue adecuado para lograr disminuir los síntomas del resfriado común como; dolor de cabeza, malestar, tos, catarro, etc., donde el dolor de garganta fue el de mayor disminución con 97%. Sabiendo que en los pocos pacientes (7) que tenían tos sin flema (23%) la eficacia fue del 100% en la mejora. La tos con flema se redujo en el 90% de los pacientes, mientras que en el dolor del cuerpo la mejora fue del 77%. En lo que tiene que ver con el catarro la efectividad del jarabe fue de 83%. El la fiebre se redujo solo a un paciente de los 6 que existían, siendo este síntoma el de menor presencia.

El malestar o estado general se clasifico en tres tipos: alto, medio, bajo, considerando al bajo también en casos que no exista sintomatología.

Al finalizar el tratamiento hubo una mejora en el estado general, al inicio de la investigación se tenía un 77% de pacientes en la clase "malestar alto", mientras que concluido el procedimiento existen solamente un 3% de personas en esta condición. De la misma manera al inicio del proceso existía un 7% de pacientes en la clase "malestar bajo", mientras que al finalizar el 83% de los participantes ya no presentaban molestias, con lo que se comprueba que el jarabe de miel de agave fue efectivo para controlar el resfriado común.

RECOMENDACIONES

Es importante tomar en cuenta que a pesar de la efectividad que tiene el jarabe de miel de agave en el resfriado común, posee un alto contenido de glucosa por lo cual no es recomendable administrar a personas diabéticas.

Es recomendable también mantener una conservación adecuada del jarabe bajo refrigeración.

Como punto final se recomienda ampliar el espectro de las edades de los pacientes con resfriado común para evaluar la efectividad del jarabe en niños, adolescentes y adultos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayón, Y. (2007) *Estudio etnofarmacológico de las diferentes especies endémicas de agave en la medicina tradicional del estado de Hidalgo*. Pachuca del Soto-México. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (p. 34). México: McGraw-Hill. Extraído el 20 de abril de 2019, de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20a%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Mayo Clinic. (2011). *Resfriado Común*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/common-cold/symptoms-causes/syc-20351605>
- Medicine Plus. (2011). Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000678.htm>
- Ruiz, H. (2007) *Relación del viaje hecho a los reinos del Perú y Chile*. Madrid-España: Ed. Catarata.
- Segura, J. (2006). *El maguey: Memoria sobre el cultivo y beneficio de sus productos*. Revista de Geografía Agrícola.
- Vasquez G., Aliphath F., Estrella C., Ortiz T., Ramírez J., & Ramírez. (2016) *El Maguey Pulquero, Una Planta Multifuncional Y Polifacética: Los Usos Desde Una Visión Mestiza e Indígena*. Buenos Aires, Argentina: Ed Scripta Ethnologica.
- Pineda y Uribarri (2014) *Propiedades químicas y creencias curativas populares del Maguey o Cabuya (Agave americana L.) Caso, Churcampa, Huancavelica*. Ciencia y desarrollo. Recuperado agosto 21 del 2019 de: <file:///C:/Users/FV/Downloads/1105-4023-1-PB.pdf>

ANEXOS

ANEXO I: MODELO HISTORIA CLÍNICA



1 DATOS DE FILIACIÓN											
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES				
EDAD	SEXO		RAZA		ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN		PROFESIÓN	
80	M	F	X	Mestiza	S	C	D	V	X	UL	Palmarica
OCUPACIÓN			LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL			
RTD			Telcom.			09-10-1939		Amacuilana			
RESIDENCIAS OCASIONALES			RELIGIÓN		DIRECCIÓN				TELÉFONO		
			Católica		Los Capullos - Jose Espinosa						
REFERENCIA FAMILIAR								TELÉFONO			
2 MOTIVO DE CONSULTA											
Respirado común.											
3 ENFERMEDAD ACTUAL											
Paciente refiere tener dolor de garganta SIN desde cuatro días después de tener una reunión familiar, acompañado de tos con flegma y mucos fluido, si despus de ingerir alimentos no se alivia, se medica solo aplica medicina casera sintiendose a guisa sus molestias.											
4 ANTECEDENTES PERSONALES											
DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS											
Infancia	Nacida de parto normal										
Niñez	Bajo de peso, anemia, gripes, tos,										
Adolescencia	Amigdalitis, Rinitis.										
Adulto Joven	Problemas de visión										
Adulto Mayor	Artritis degenerativa.										
5 ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. CARDIOPATÍA 2. DIABETES 3. HIPERTENSIÓN 4. ENFERMEDAD RENAL 5. ENFERMEDAD HEPÁTICA 6. ENFERMEDAD RESPIRATORIA 7. ENFERMEDAD GÁSTRICA 8. ENFERMEDAD OBSTÉTRICA 9. ENFERMEDAD ONCOLÓGICA 10. ENFERMEDAD NEUROLÓGICA											
② Madre.											
6 REVISIÓN DE SISTEMAS											
CARDIOPULMONAR	Neumonía.										
GASTROINTESTINAL	Rinitis.										
GENITOURINARIO	Infección de ovarios. ITD.										
NEUROLÓGICO	Insomnio										
MUSCULOESQUELÉTICO	Hernia umbilical.										
ENDOCRINOLOGICO	Tiroideas.										
7 SIGNOS VITALES											
PRESIÓN ARTERIAL		120/85	PULSO		74	TEMPERATURA		36	PESO (KG)		95.
TALLA (CM)		160	HIC		37,10						

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico		
2. PROTUBERANCIA	SIP.		
3. MANCHAS	Occipital manchas oscuras.		
4. CICATRICES	SIP.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Eterno elidomental		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Impactedulo izquierdo		
7. GLANDULA TIROIDES	SIP.		
9 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico.	3. LUNARES	Escapula.
2. PROTUBERANCIA	SIP.	4. CICATRICES	SIP.
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sonido mate.		CORAZON	Arritmia
10 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	SIP.	4. SUPERFICIAL	SIP.
2. CICATRICES	Exta umbil.	5. PROFUNDA	Dolor mesogastrio
3. ESTRIAS	SIP.	6. PUNTOS DOLOROSOS	
		7. PUNTOS DRETERALES	Dolor en Macburney
PERCUSION		Sonido timpánico.	
AUSCULTACION		Borborismo colon descendente.	



1 DATOS DE FILIACIÓN											
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES				
12-07-2019											
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL			EDUCACIÓN		PROFESIÓN			
83	M X F	Mexico	S	C	D X V	UL	Puntaje				
OCUPACIÓN		LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL				
		Quito - Píñon			09-12-1937		Himachana				
RESIDENCIAS OCASIONALES		RELIGIÓN	DIRECCIÓN			TELÉFONO					
		Evangelica	Juan Soto y Jose Espinosa								
REFERENCIA FAMILIAR						TELÉFONO					
2 MOTIVO DE CONSULTA											
Respirado común.											
3 ENFERMEDAD ACTUAL											
Paciente refiere tener dolor de garganta 5/10 sin causa aparente. Tiene ardor en faringe al tragar, también en su he de tos con flema en las mañanas que no le permite ingerir los alimentos, no acostumbra a auto medicarse que a su vez al sentir de salud más cercana.											
4 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - GINECÓLOGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS											
Edad	Nacido de parte normal.										
Sexo	Alérgico.										
Adultez	Molestias en la garganta.										
Adulto joven	Operado de Verrucula										
Adulto Mayor	Malestar en general.										
AGO											
MESE/SEMANA	PJM	G	H	P	A	C	IN	IM	PP	CICLO	
5 ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. PADRE	2. MADRE	3. HERMANOS	4. HERMANAS	5. PADRE	6. MADRE	7. HERMANOS	8. HERMANAS	9. PADRE	10. MADRE	11. HERMANOS	12. HERMANAS
② Padre											
6 REVISIÓN DE SISTEMAS											
CARDIOPULMONAR	Soplo en el corazón, lleva marca p. 300.										
GASTROINTESTINAL	Estrídea.										
GENITOURINARIO	Operado de prostata.										
NEUROLÓGICO	Insomnio										
MUSCULOESQUELÉTICO	Operado de hernia inguinal.										
ENDOCRINOLOGICO	Artritis.										
7 SIGNOS VITALES											
PRESIÓN ARTERIAL	110/60	FUERZA	60	F. RESPIRATORIA	32	TEMPERATURA	36.5				
TALLA (CM)	1,60	HR	83,20								

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico		
2. PROTUBERANCIA	S/P.		
3. MANCHAS	S/P.		
4. CICATRICES	Supraclaviculares.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Occipital, Esterno eluido mastoideo.		
6. SANGUICOS LINEATICOS	S/P.		
7. GLANDULA TIROIDES	S/P.		
9 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico.	2. LUNARES	S/P.
2. PROTUBERANCIA	Normal.	3. CICATRICES	S/P.
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sonido claro		CORAZON	Ritmico
10 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	S/P.	4. SUPERFICIAL	Bulto en hipogastrio
2. CICATRICES	S/P.	5. PROFUNDA	Dolorosa.
3. ESTREAS	En hipogastrio	6. PUNTOS DOLOROSOS	Apendice.
		7. PUNTOS URETERALES	Vejiga dolorosa
PERCUSION			
AUSCULTACION		Ruidos hidroacusticos marca colonicos	



1 DATOS DE FILIACIÓN																
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES									
12-07-2019																
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN	PROFESIÓN								
45	M	Mestiza	S	C	X	D	V	UL	Pamonia							
OCUPACION		LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL									
Vendedor		Amaguayna			17-02-1944		Guandina									
RESIDENCIAS OCASIONALES		RELIGION	DIRECCIÓN				TELÉFONO									
		Rangelical	Los capulles a Jesús del Gran Poder													
REFERENCIA FAMILIAR		TELÉFONO														
2 MOTIVO DE CONSULTA																
Resfriado Común																
3 ENFERMEDAD ACTUAL																
Paciente refiere que tiene dolor del cuerpo 3/10 causa aparente haber agudado en una migraña familiar, síntomas acompañantes nariz tapada, ojos llorosos y tos sin flema, no acostumbra visitar médicos por lo cual se prepara hierbas de plantas para su malestar mejorando levemente.																
4 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - CLASIFICADOR RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																
Infancia	Parto Normal															
Infancia	Trabajos forzados causando dolor de los pies.															
Adolescencia	Dolor de cabeza, Gripe, tos,															
Adulto joven	Artritis en manos															
Adulto Mayor	Dolor articulares en general.															
AGO																
REGULARIDAD	3	FSM	0	7	P	7	A	3	0	IV	7	MS	3	pe	—	datos normales
MEMORIAS	CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSUAL															
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																
1. PADRE	2. MADRE	3. HIJO O HIJA	4. HERMANO	5. HERMANA	6. PADRE	7. MADRE	8. HERMANO	9. HERMANA	10. OTRO							
Padre	Madre															
6 REVISIÓN DE SISTEMAS																
CARDIOPULMONAR	SIP.															
GASTROINTESTINAL	SIP.															
GENITOURINARIO	Infección de vías urinarias.															
NEUROLÓGICO	Insomnio															
MUSCULOESQUELÉTICO	Artritis															
ENDOCRINOLÓGICO	Sobrepeso.															
7 SIGNOS VITALES																
PRESIÓN ARTERIAL	135/90	PULSO	44	F. RESPIRATORIA	13.2	PCO2 (mmHg)	90									
TALLA (cm)	1,45	REC	33,33													

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico		
2. PROTUBERANCIA	S/P.		
3. MANCHAS	Oscuros en antroscapular.		
4. CICATRICES	S/P.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Esterno clido mastoideo.		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Submaxilar Izquierdo		
7. GLANDULA TIROIDES	S/P.		
8 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Asimetrico	3. LUNARES	S/P.
2. PROTUBERANCIA		4. CICATRICES	Supraclaviculoc.
PERCUSION		AUSCULTACION	
Mate.		CORAZON	Ritmico.
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	S/P.	4. SUPERFICIAL	hernia umbilical.
2. CICATRICES	S/P.	5. PROFUNDA	dist en Mesogastrio
3. ESTRIAS	Hipogastrio	6. PUNTOS DOLOROSOS	Magburney
		7. PUNTOS URETERALES	Dist en hipogastrio
PERCUSION		Timpanico.	
AUSCULTACION		Borborismo marcado colico.	



1 DATOS DE FILIACIÓN																		
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES											
12-07-2019																		
EDAD	SEXO		RAZA	ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN		PROFESIÓN									
78	M	F	X	B	C	D	V	UL	Primaria									
OCUPACION			LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL										
Saber social			Pichincha Cuzo			05-25-1995		Quindimí										
RESIDENCIAS OCASIONALES			RELIGION	DIRECCIÓN				TELÉFONO										
			Católica Miguel Ferrnandos y Misferos															
REFERENCIA FAMILIAR							TELÉFONO											
2 MOTIVO DE CONSULTA																		
Respirado Común.																		
3 ENFERMEDAD ACTUAL																		
<p>Paciente refiere que el fin de semana se puso a limpiar la casa, padeciendo picazón en la nariz con síntomas acompañantes, tos seca, debilidad de cuerpo, ojos llorosos nariz tapada, se autome- dijo con paracetamol que tomo para el dolor de cuerpo olivia nota un R/C</p>																		
4 ANTECEDENTES PERSONALES																		
DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																		
Infancia	Parto Normal																	
Infancia	Sarampión, rubiola, varicela																	
Adolescencia	Tos seca																	
Adulto joven	Bronquitis																	
Adulto Mayor	Alergia en la garganta																	
AGO																		
EMBARAZO	19	PAR	0	4	P	4	A	-	C	-	IN	4	IM	-	PF	-	CICLOS	normales
MIENORALIA	CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL																	
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																		
⑤ Madre																		
6 REVISIÓN DE SISTEMAS																		
CARDIOPULMONAR	Bronquitis																	
GASTROINTESTINAL	Gastritis																	
GENITOURINARIO	Infecciones de vías urinarias																	
NEUROLÓGICO	Insomnio																	
MUSCULOESQUELÉTICO	Artritis																	
ENDOCRINOLOGICO	Sobrepeso																	
7 SIGNOS VITALES																		
PRESIÓN ARTERIAL		185/90	PULSO		72	F. RESPIRATORIA		32	TEMPERATURA		36.5							
TALLA (CM)		1,60	PESO (KG)		39,93													

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrica.		
2. PROTUBERANCIA	S/P.		
3. MANCHAS	S/P.		
4. CICATRICES	S/P.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Eterno de los ganglios.		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Occipital		
7. GLANDULA TIROIDES	Supra mandibular inferior.		
8 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	S/P.	3. LUNARES	Anterior - Superior.
2. PROTUBERANCIA	S/P.	4. CICATRICES	S/P.
PERCUSION		AUSCULTACION	
		CORAZON	Pulmico
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	S/P.	4. SUPERFICIAL	S/P.
2. CICATRICES		5. PROFUNDA	Dors en mesogastria
3. ESTRIAS	Hipocostria	6. PUNTOS DOLOROSOS	
		7. PUNTOS URETERALES	Macburney
PERCUSION		Sonido Timpanico.	
AUSCULTACION		Ruidos acuosos	



1 DATOS DE FILIACIÓN																			
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES												
18-07-2019																			
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN	PROFESIÓN												
30	M	Mestiza	S	C	X	D	V	UL	Tamara										
OCUPACIÓN		LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL													
Portera		Puebambá		04-11-1960		Buenavista													
RESIDENCIAS OCASIONALES		RELIGIÓN	DIRECCIÓN			TELÉFONO													
		Católica	Los Libertadores y Arceps.																
REFERENCIA FAMILIAR						TELÉFONO													
2 MOTIVO DE CONSULTA																			
Refriendo común.																			
3 ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere tener dolor de garganta hace cinco días con una intensidad 5/10 ya que se siente muy sola después de que cae la noche no tiene con quien conversar su pareja no escucha y el único hijo no vive con ellos y le invade la tristeza y se presenta catarro al hablar no acostumbra tomar ningún medicamento de farmacia por lo tanto empiezo																			
4 ANTECEDENTES PERSONALES																			
DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTETRICOS																			
Infancia	Parto normal																		
Niñez	Sarampión, poliomielitis.																		
Adolescencia	Anemia abursada																		
Adulta joven	Operada Varicela																		
Adulta Mayor	Operada de los oídos.																		
AGO																			
MEÑSTRUJA	14	FUM		G	1	P	1	A	2	C		HY	1	SM	2	PF		CLUS	
MEÑSTRUJA	CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL																		
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																			
③ Padre.																			
6 REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR	Rinitis																		
GASTROINTESTINAL	Pancreatitis.																		
GENITOURINARIO	Sacada el catarro																		
NEUROLÓGICO	Insomnio																		
MUSCULOESQUELÉTICO	Hernia umbilical.																		
ENDOCRINOLÓGICO	Delgadas.																		
7 SIGNOS VITALES																			
PRESIÓN ARTERIAL	100/60	PULSO	87	F. RESPIRAT	32	PERO PES	40												
TALJA (CM)	44	IBC	27,34																

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	S/P.		
2. PROTUBERANCIA	S/P.		
3. MANCHAS	Ocasionales		
4. CICATRICES	S/P.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	B. No de los mastoides		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Mandibular.		
7. GLANDULA TIROIDES	S/P.		
9 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico		3. LUNARES
2. PROTUBERANCIA	S/P.		4. CICATRICES
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sonido mate.		CORAZON	
		Ritmico.	
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	S/P.		4. SUPERFICIAL
2. CICATRICES	S/P.		5. PROFUNDA
3. ESTRIAS	hipogastrio		6. PUNTOS DOLOROSOS
		7. PUNTOS URETERALES	
PERCUSION		Sonido timpnico.	
AUSCULTACION		Rugosismo maso colonico	



1 DATOS DE FILIACIÓN																			
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES												
12-07-2019																			
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN			PROFESIÓN										
82	M X F	Mestiza	S X C	D	V	UL	Psimania												
OCUPACION		LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL												
R/TD		Amaguana			05-12-1990		Guandina.												
RESIDENCIAS OCASIONALES		RELIGION	DIRECCIÓN			TELEFONO													
		Católica	Jesus del gran poder J.E.																
REFERENCIA FAMILIAR						TELEFONO													
2 MOTIVO DE CONSULTA																			
Resfriado comun.																			
3 ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere tener dolor de garganta hace seis días 6/10 empeorando en las mañanas con tos con flema, por una discusión con su hija también presenta dolor de cuerpo, estomago y fiebre en los últimos días, por lo cual acude al centro más cercano.																			
4 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																			
Infancia	Nacida de parto normal.																		
Infanz	Sarampión, sarampión, gripes agudas.																		
Adolescencia	Amigdalitis, diarreas																		
Adulta joven	Tumor umbilical.																		
Adulta Mayor	Terocidos																		
AGO																			
MEMORIA	15	FUM	-	G	1	P	1	A	-	C	-	HV	1	IM	-	PF	-	CICLOS	-
MEORAFICA	CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL																		
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. Diabetes	2. Hipert	3. Hip. o hipert	4. Hipert	5. Obesidad	6. Arterio	7. Hipert	8. Hipert	9. Hipert	10. Hipert	11. Hipert	12. Hipert								
⑥ Madre.																			
6 REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIORESPIRATORIO	Neumonía																		
GASTROINTESTINAL	Gastritis aguda.																		
GENITOURINARIO	Infección de vías urinarias.																		
NEUROLÓGICO	Insomnio																		
MUSCULOESQUELÉTICO	Artritis.																		
ENDOCRINOLÓGICO	Bocio																		
7 SIGNOS VITALES																			
FRECUENCIA CARDIACA	110/80	PULSO	74	F. RESPIRATORIA	32	TEMPERATURA	37.5												
TALLA (CM)	160	PM	29.24																

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simétrico		
2. PROTUBERANCIA	Manteniéndose		
3. MANCHAS	S/P.		
4. CICATRICES	S/P.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Exerno de idomastoides		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Manteniéndose		
7. GLANDULA TIROIDES	S/P.		
8 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simétrica		3. LUNARES
2. PROTUBERANCIA	Escapula T/D		4. CICATRICES
PERCUSION		AUSCULTACION	
Mate		CORAZON	
		Rítmica	
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	Oscuro	4. SUPERFICIAL	S/P.
2. CICATRICES	S/P.	5. PROFUNDA	S/P.
3. ESTRIAS	hipogastrio	6. PUNTOS DOLOROSOS	S/P.
		7. PUNTOS URETERALES	
PERCUSION		Timpanico.	
AUSCULTACION		Ruidos ausentes.	



1 DATOS DE FILIACIÓN																		
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES											
12-07-2019																		
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN	PROFESIÓN									
62	M	Mestiza	B	C	D	X	V	UL	Panamá									
OCUPACIÓN		LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO			RESIDENCIA HABITUAL												
Pensionante		Patopaxi	08-12-1939			Amaguas												
RESIDENCIAS OCASIONALES		RELIGIÓN	DIRECCIÓN				TELÉFONO											
		Católica																
REFERENCIA FAMILIAR							TELÉFONO											
2 MOTIVO DE CONSULTA																		
Respiado común.																		
3 ENFERMEDAD ACTUAL																		
Paciente refiere tener tos con flema, hace meses atrás sin antes otros padecimientos de estas molestias le aumenta la tos especialmente por el frío junto con el catarro fuere visitado el centro de salud solicitando ayuda para su molestia, toma jarabe buppox. actualmente se encuentra igual con sus molestias.																		
4 ANTECEDENTES PERSONALES <small>DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS</small>																		
Infancia	Nacida de parto normal.																	
Niñez	Internada por tos crónica.																	
Adolescencia	SIP.																	
Adulto joven	Operada de cadera.																	
Adulto Mayor	Operada de los ojos																	
AGO																		
Menarquia	16	FUM	0	4	P	4	A	—	C	—	IV	4	Hb	—	PP	—	CELOS	—
Menopausia	CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL																	
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																		
<input type="checkbox"/> 1. CARDIOPATÍA <input type="checkbox"/> 2. DIABETIS <input type="checkbox"/> 3. ENF. C. VASCULAR <input type="checkbox"/> 4. ENF. RENAL <input type="checkbox"/> 5. CÁNCER <input type="checkbox"/> 6. HEMOFILIA <input type="checkbox"/> 7. ENF. HEPÁTICA <input type="checkbox"/> 8. ENF. AFECTADA <input type="checkbox"/> 9. HEMIPARÉLISIS <input type="checkbox"/> 10. OTRO																		
⑤ Madre:																		
6 REVISIÓN DE SISTEMAS																		
CARDIOPULMONAR	SIP.																	
GASTROINTESTINAL	Gastritis.																	
GENITOURINARIO	Sacada de útero.																	
NEUROLÓGICO	Insomnio																	
MUSCULOESQUELÉTICO	Hernia de tal.																	
ENDOCRINOLÓGICO	Sobrepeso.																	
7 SIGNOS VITALES																		
PRESIÓN ARTERIAL		PULSO		F. RESPIRAT		PESO (KG)												
		64		32		90												
TALLA (CM)		1,55		RC		37,5												

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Asimétrico.		
2. PROTUBERANCIA	S/P.		
3. MANCHAS	Acroas Faríngeas		
4. CICATRICES	S/P.		
PALPACION			
5. PUNTOS COLORADOS	Esterno de idemostoides derecho e izquierdo		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Mentonarios.		
7. GLANDULA TIROIDEA	S/P.		
8 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	S/P.		2. LINARES
2. PROTUBERANCIA	S/P.		3. CICATRICES
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sonido coco		CORAZON	Ritmicos.
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	S/P.	4. SUPERFICIAL	S/P.
2. CICATRICES	S/P.	5. PROFUNDA	Apendicitis.
3. ESTRAS	Hipogastrio	6. PUNTOS DOLOROSOS	
PERCUSION		7. PUNTOS URETERALES	
AUSCULTACION		Machos neg	
		Sonido timpánico	
		Borborismo mas co colonico.	



1 DATOS DE FILIACIÓN																																																																																																				
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES																																																																																													
12-07-2019																																																																																																				
EDAD	SEXO		RAZA	ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN		PROFESIÓN																																																																																										
70	M	F	X	S	C	X	D	V	UL	Primaera																																																																																										
OCUPACION			LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO			RESIDENCIA HABITUAL																																																																																											
Comerciante			Baldorón			27-05-1960			Bauandina																																																																																											
RESIDENCIAS OCASIONALES			RELIGION	DIRECCION				TELEFONO																																																																																												
Baldorón			Católica	Calle Los Arcos y Calle S/N																																																																																																
REFERENCIA FAMILIAR						TELEFONO																																																																																														
2 MOTIVO DE CONSULTA																																																																																																				
Resfriado común.																																																																																																				
3 ENFERMEDAD ACTUAL																																																																																																				
Paciente refiere tener dolor de garganta, a raíz de haber asistido el fin de semana a un programa familiar en la noche, siente ardor al tragar 5/10 con dolor de cuerpo y moco fluido, si tener deseos de comer el dolor aumenta cuando tose, no ha tomado ningún medicamento empeorando el dolor.																																																																																																				
4 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - CUERPO DE REFERENTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																																																																																																				
Infancia	Nacida de parto normal.																																																																																																			
Infanz	tubo poliomelitis Gripes. Asma.																																																																																																			
Adolescencia	Rinitis alérgica.																																																																																																			
Adulto joven	Amigdalitis																																																																																																			
Adulto Mayor	Dolores musculares en general.																																																																																																			
AGO																																																																																																				
ETAPA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100													
MENOPAUSIA												CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL																																																																																								
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																																																																																																				
1. DIABETES 2. ENFERMEDAD DEL CORAZÓN 3. ENFERMEDAD DE LOS RIÑONES 4. ENFERMEDAD DE LA TIROIDES 5. ENFERMEDAD DE LA GLANDELA PROSTATICA 6. ENFERMEDAD DE LA VESIGULA BILIAR 7. ENFERMEDAD DE LA VESIGULA GÁSTRICA 8. ENFERMEDAD DE LA VESIGULA PANCREÁTICA 9. ENFERMEDAD DE LA VESIGULA BILIAR 10. ENFERMEDAD DE LA VESIGULA PANCREÁTICA 11. ENFERMEDAD DE LA VESIGULA BILIAR 12. ENFERMEDAD DE LA VESIGULA PANCREÁTICA																																																																																																				
6 REVISIÓN DE SISTEMAS																																																																																																				
CARDIO-PULMONAR	Naumonía																																																																																																			
GASTROINTESTINAL	Gastritis																																																																																																			
GENITOURINARIO	Sacada al útero.																																																																																																			
NEUROLÓGICO	Estres, Insomnio																																																																																																			
MUSCULOESQUELÉTICO	Operada de cadera																																																																																																			
ENDOCRINOLÓGICO	Tiroideas.																																																																																																			
7 SIGNOS VITALES																																																																																																				
PRESION ARTERIAL	135/35		PULSO	74		F. RESPIRATORIA	32		TEMP. (C)	37.0																																																																																										
TALLA (CM)	1,50		IMC	31,11																																																																																																

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico		
2. PROTUBERANCIA	S/P.		
3. MANCHAS	S/P.		
4. CICATRICES	Supraclaviculas.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Esterno cleido mastoideo.		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Neutrofilos.		
7. GLANDULA TIROIDES	S/P.		
9 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico		3. LUNARES
2. PROTUBERANCIA	Torax atrofiada.		4. CICATRICES
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sólido.		CORAZON	Bradycardia.
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	humbilical.		4. SUPERFICIAL
2. CICATRICES	S/P.		5. PROFUNDA
3. ESTRIAS	Hipogastrio		6. PUNTOS DOLOROSOS
PERCUSION		7. PUNTOS URETERALES	
AUSCULTACION		S/P.	
AUSCULTACION		Borborismo abn. transverso.	



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAPA
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

1 DATOS DE FILIACIÓN											
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES				
12-07-2019											
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN	PROFESIÓN		
65	M X F	Mexicana	S	C	D	V	UL	Secundaria	Cocinera		
OCUPACIÓN		LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL				
Cocinera		Amaguara			10-10-1947		Amaguara				
RESIDENCIAS OCASIONALES		RELIGIÓN	DIRECCIÓN				TELÉFONO				
		Evangelica	Benjamín carón Portor hacinda								
REFERENCIA FAMILIAR							TELÉFONO				
2 MOTIVO DE CONSULTA											
Resfriado común											
3 ENFERMEDAD ACTUAL											
Paciente refiere de hace un día tiene un dolor ceca 2/10 síntomas acompañados de náuseas, ardor de nariz con moco fluido, causa oportuna, anécdota de paños de tela, se automedica con Misalid, aliviando el dolor sin su control se presenta para lo que ya que se empeora en su molestias acude al profesional buscando ayuda.											
4 ANTECEDENTES PERSONALES <small>DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS</small>											
Infancia	Parte Normal										
Infancia	Tos seca siempre en verano.										
Adolescencia	Amigdalitis inflamada.										
Adulto joven	Operada la cadera.										
Adulto Mayor	Rodilla atrofiada.										
AGO											
MEMORIAS	FUM	GI	P	A	C	IV	III	II	CICLOS		
MEMORIAS	CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL										
5 ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. OROFARINGEA	2. NASAL	3. OÍDIO	4. FIEBRE TÍFICA	5. CÁNCER	6. ELÉBRICOS	7. DEL SIDA	8. DEL ALCOHOL	9. INFECCIONES	10. INFECCIÓN	11. OTRO	
@ Padre.											
6 REVISIÓN DE SISTEMAS											
CARDIOPULMONAR	S/P.										
GASTROINTESTINAL	Estreñimiento.										
GENITOURINARIO	Prostatitis.										
NEUROLÓGICO	Insomnio.										
MUSCULOESQUELÉTICO	Dolor de										
ENDOCRINOLÓGICO	Tiroidea.										
7 SIGNOS VITALES											
PRESIÓN ARTERIAL	120/85	PULSO	72	F. RESPIRAT	32	TEMP. ORAL	38				
TALLA (CM)	1,65	IMC	32,32								

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico.		
2. PROTUBERANCIA	S/P.		
3. MANCHAS	Oscuras occipital.		
4. CICATRICES	S/P.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Mentonianos		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Occipital.		
7. GLANDULA TIROIDES	S/P.		
9 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico.		2. LUNARES
2. PROTUBERANCIA			4. CICATRICES
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sonido Mate		CORAZON	Bradycardia
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	S/P.		4. SUPERFICIAL
2. CICATRICES	S/P.		5. PROFUNDA
3. ESTRIAS	Megagalhia		6. PUNTOS DOLOROSOS
		7. PUNTOS URETERALES	Mackenzey.
PERCUSION		Sonido timpamico.	
AUSCULTACION		Ruidos peristalticos	



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-051

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

1 DATOS DE FILIACIÓN											
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS					NOMBRES			
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN		PROFESIÓN		
65	M X F	Mexica	S	X	C	D	V	UL	Primaria		
OCUPACIÓN			LUGAR DE NACIMIENTO				FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL		
Oficial			Tehuacan Oaxaca				11-07-1960		Amaguana.		
REFERENCIAS OCASIONALES			RELIGIÓN	DIRECCIÓN				TELÉFONO			
			Católica	Santa Ana y Puma							
REFERENCIA FAMILIAR							TELÉFONO				
2 MOTIVO DE CONSULTA											
Resfriado común.											
3 ENFERMEDAD ACTUAL											
Paciente refiere que hace cinco días tiene tos con flema sin color aparente, nunca antes tuvo esta molestia. Síntomas nocturnos por sentir más fluido que aumenta en las noches, para lo cual prepara una nanajada con canela, persistiendo las molestias.											
4 ANTECEDENTES PERSONALES <small>DATOS CLÍNICO - GINECOLÓGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS</small>											
Infancia	Nacido de parto normal.										
Infancia	Operado de oído izquierdo.										
Adolescencia	Sinusitis.										
Adulto joven	Perdidas dentales										
Adulto Mayor	Quistes inguinal.										
AGO											
CONCEPCION	FUN	G	P	A	C	IN	HM	PP	CICLOS		
MENOPAUSIA			CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL								
5 ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. CARCINOMA	2. DIABETIS	3. HIP. C. VASCULAR	4. HIP. TIRÓIDEA	5. ÚLCERAS	6. VASCULOSIS	7. OP. MISCA	8. INF. RESPIRATORIA	9. ENFERMEDAD	10. OTRO		
Ⓞ Mamá.											
6 REVISIÓN DE SISTEMAS											
CARDIOPULMONAR	Bronconeumonía.										
GASTROINTESTINAL	Colon irritable.										
GENITOURINARIO	Operado prostatectomía.										
NEUROLÓGICO	Parkinson.										
MUSCULOESQUELÉTICO	Lumbalgia.										
ENDOCRINOLÓGICO	Sobrepeso.										
7 SIGNOS VITALES											
PRESIÓN ARTERIAL			135/80	PULSO	72	F. RESPIRATORIA	32	TEMPERATURA	37.2		

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico.		
2. PROTUBERANCIA	Mantener. izquierdo		
3. MANCHAS	S/P.		
4. CICATRICES	Infa clavicular izquierda		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Submandibular izquierdo		
6. GANGLIOS LINFATICOS			
7. GLANDULA TIROIDEA	S/P.		
8 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico	3. LUNARES	Dorsal I/D.
2. PROTUBERANCIA	Escapula izquierda	4. CICATRICES	Omgloto derecho.
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sonido Sordo.		CORAZON	Ritmico.
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	S/P.	4. SUPERFICIAL	S/P.
2. CICATRICES	Umbilical.	5. PROFUNDA	S/P.
3. ESTRIAS	Hipogastrio	6. PUNTOS DOLOROSOS	
		7. PUNTOS URETERALES	Macburney
PERCUSION			
AUSCULTACION		Borborismo en colon desentente	



1 DATOS DE FILIACIÓN																			
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES												
12-07-2019																			
EDAD	SEXO		RAZA	ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN		PROFESIÓN									
68	M	F	Mestiza	S	C	X	D	V	UL	Secundaria	Modista								
OCUPACION			LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO			RESIDENCIA HABITUAL										
Modista			Santo Domingo			12-03-1965			Amagüey										
RESIDENCIAS OCASIONALES			RELIGION	DIRECCION				TELÉFONO											
			Católica	Pepeolo Mercedes y Acuña															
REFERENCIA FAMILIAR										TELÉFONO									
2 MOTIVO DE CONSULTA																			
Respirado común.																			
3 ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere dolor de garganta desde hace cinco días, 5/10 luego de salir de una reunión de modistas, el dolor es cuando traga saliva y cuando tiene tos, acompañado del dolor de cuerpo y catarro no tiene apetito para ingerir alimento que por este busco ayuda de un profesional de salud.																			
4 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																			
Infancia	Nacida de parto normal.																		
Niñez	Tifoidea, sarampión, gripe, tos																		
Adolescencia	Padese de sordera del oído izquierdo.																		
Adulto joven	Operada de hernias umbilicales.																		
Adulto Mayor																			
AGO																			
MEJORA	14	PLM		G	S	P	S	A		C		IV	4	HM	1	PF		CICLO	Regulares
MEJORA	CARACTERÍSTICAS DEL PERÍODO MENSTRUAL																		
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. Ocasional 2. Diaria 3. Sin C. vascular 4. Hipertensión 5. Diabetes 6. Insuficiencia 7. Sin lesión 8. Sin infección 9. Sin infección 10. Sin lesión																			
@ Madre.																			
6 REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR	Neumonía.																		
GASTRONTESTINAL	S.T.P.																		
GENITOURINARIO	Infección de vías urinarias.																		
NEUROLÓGICO	Estrés.																		
MUSCULOESQUELÉTICO	Artritis.																		
ENDOCRINOLÓGICO	Estróides.																		
7 SIGNOS VITALES																			
PRESION ARTERIAL	130/90		PULSO	32		F. RESPIRAT	72		PESO (kg)	120.									
TALLA (cm)	1,56		IPC	49,38															

B CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	S/P.		
2. PROTUBERANCIA	Bleido mastoideo izquierdo inflamado.		
3. MANCHAS	S/P.		
4. CICATRICES	S/P.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Mentoniano izquierdo 3/10.		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Zona occipital		
7. GLANDULA TIROIDES	S/P.		
B TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	S/P.		3. LUNARES
2. PROTUBERANCIA	Escapula izquierda pilferme		CICATRICES
PERCUSION		Senido mate.	AUSCULTACION
Murmullo Vesicular.			Murmullo Vesicular.
			CORAZON
			Ritmico
B ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	S/P.		4. SUPERFICIAL
2. CICATRICES	Umbilical mesogastrio		5. PROFUNDA
3. ESTRIAS	Zona puvica		6. PUNTOS DOLOROSOS
			7. PUNTOS URETERALES
PERCUSION		Senido timpánico.	
AUSCULTACION		Caden fustero borganismo	



1 DATOS DE FILIACIÓN																		
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES											
12-07-2019																		
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN	PROFESIÓN										
69	M <input checked="" type="checkbox"/> F	Mestiza	S	C	D	V <input checked="" type="checkbox"/> UL	Primaria											
OCUPACION		LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL												
Q.D.		Amaguaña Luis Borden		29-07-1951		Amaguaña												
RESIDENCIAS OCASIONALES		RELIGION	DIRECCION				TELÉFONO											
		Católica	Luis Borden y José Espinosa															
REFERENCIA FAMILIAR						TELÉFONO												
2 MOTIVO DE CONSULTA																		
Respirado Común.																		
3 ENFERMEDAD ACTUAL																		
Paciente refiere dolor de garganta desde hace dos días con una intensidad de 3/10 como síntoma acompañante congestión nasal, se realizaron hervidos caseros obteniendo una leve mejoría, no acortura br. al médico.																		
4 ANTECEDENTES PERSONALES																		
DATOS CLÍNICO - GINECÓMICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																		
Infancia	Parto Normal																	
Niñez	Amigdalitis y faringitis																	
Adolescencia	Infecciones frecuentes de garganta.																	
Adulto joven	Fiebre reumática.																	
Adulto Mayor	Artritis degenerativa																	
AGO																		
MEMORIAL	14	FEB	G	-	P	-	A	3	C	-	IV	-	III	-	II	-	CILOS	regulares
MEMORIAL	CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL																	
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																		
1. Ocasionalmente 2. Ocasionalmente 3. No 4. No 5. No 6. No 7. No 8. No 9. No 10. No																		
⑤ Madre.																		
6 REVISIÓN DE SISTEMAS																		
CARDIOPULMONAR	Presión Alta.																	
GASTROINTESTINAL	Borbata.																	
GENITOURINARIO	Infecciones de vías urinarias.																	
NEUROLÓGICO	Hipotiroidismo																	
MUSCULOESQUELÉTICO	Artritis																	
ENDOCRINOLOGICO	Sobrepeso.																	
7 SIGNOS VITALES																		
PRESION ARTERIAL	125/85	PULSO	67	F. RESPIRAT	36	PESO (KG)	75.											
TALLA (CM)	1,50	REC	33,3															

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	S/P.		
2. PROTUBERANCIA	S/P.		
3. MANCHAS	S/P.		
4. CICATRICES	S/P.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Occipital izquierdo.		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Supraclavicular.		
7. GLANDULA TIROIDES	S/P.		
8 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico.		3. LUNARES
2. PROTUBERANCIA	S/P.		4. CICATRICES
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sonido claro		CORAZON	
		Ritmico.	
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	Mesogastrio	4. SUPERFICIAL	S/P.
2. CICATRICES	Flanco derecho.	5. PROFUNDA	S/P.
3. ESTRIAS	S/P.	6. PUNTOS DOLOROSOS	Mesogastrio.
		7. PUNTOS URETERALES	Dolor en lanz.
PERCUSION		Sonido Timpanico	
AUSCULTACION		Ruidos ausentes.	



1 DATOS DE FILIACIÓN													
FECHA DE INGRESO				APELLIDOS				NOMBRES					
19-07-2019													
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN		PROFESIÓN							
70	M	Mestiza	S	C	A	D	V	UL					
OCUPACIÓN			LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO			RESIDENCIA HABITUAL				
Q/D			Amiquemá			09-10-1945			Amiquemá				
RESIDENCIAS OCASIONALES			RELIGIÓN			DIRECCIÓN			TELÉFONO				
			Evangelistas Los Sobentadores			S/N.							
REFERENCIA FAMILIAR								TELÉFONO					
2 MOTIVO DE CONSULTA													
Resfriado común.													
3 ENFERMEDAD ACTUAL													
Paciente refiere dolor en la garganta al tragar y/o sin causa aparente también manifiesta tos con flema, dolor de brazo y malestar. Hace cinco días se automedicó con aguas de purgación, y ha tomado mielid. con limonada caliente sintiéndose mejor con salicilato al poco tiempo, la garganta y el dolor de brazo no ha mejorado.													
4 ANTECEDENTES PERSONALES													
DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS													
Parto	Normal.												
Herida	Sufrido de dolor de las pies en las rodillas.												
Alteraciones	Tos y gripe.												
Herida grave	Artritis.												
Herida Mayor	Osteoporosis.												
AGO													
INMUNOLÓGICA	12	ELB	0	4	P	4	A	C	W	4	MS	PT	Normal
HEPATOLÓGICA	CARACTERÍSTICAS DEL PUNTO DE ENTRADA												
5 ANTECEDENTES FAMILIARES													
Diabetes Padre.													
6 REVISIÓN DE SISTEMAS													
CARDIORESPIRATORIO	Respiratorio												
GASTROINTESTINAL	Gastritis												
GENITOURINARIO	Infección de ovario												
NEUROLÓGICO	Insomnio												
MUSCULOESQUELÉTICO	Operada de hernia umbilical.												
ENDOCRINOLÓGICO	Artritis.												
7 SIGNOS VITALES													
PRESIÓN ARTERIAL	110/95	PULSO	60	S. RESPIRATORIO	22	TEMPERATURA	36.0						
TALLA (CM)	1,36	IMC	24,73										

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico		
2. PROTUBERANCIA	S/P.		
3. MANCHAS	S/P.		
4. CICATRICES	S/P.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Est. Bleido mastoideo		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Mentonianos		
7. GLANDULA TIROIDES	S/P.		
8 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Deform. infraclaviculas	3. LUNARES	Escapula izquierda
2. PROTUBERANCIA	Atrofiada torax posterior	4. CICATRICES	S/P.
PERCUSION		AUSCULTACION	
Mas mullo pulmonar izquierda		Brdicardia	
		CORAZON	
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	Hepigastrio	4. SUPERFICIAL	S/P.
2. CICATRICES	S/P.	5. PROFUNDA	S/P.
3. ESTRIAS	S/P.	6. PUNTOS DOLOROSOS	S/P.
		7. PUNTOS URETERALES	S/P.
PERCUSION		Dolor en mudi	
AUSCULTACION		Borborismo marca estatico.	



1 DATOS DE FILIACIÓN												
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES					
19-07-2019												
EDAD	SEXO		RAZA		ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN		PROFESIÓN		
65	M	F	X	Mestizo	S	K	C	D	V	UL	Superior	Ingeniero
OCUPACION			LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL				
Conficciones de carpas			Quito San Blas			19-10-1960		Huaquima				
RESIDENCIAS OCASIONALES			RELIGIÓN		DIRECCIÓN			TELÉFONO				
Quito			Católica		Calle Justos Cruzes y Shiris							
REFERENCIA FAMILIAR									TELÉFONO			
2 MOTIVO DE CONSULTA												
Resfriado Común.												
3 ENFERMEDAD ACTUAL												
Paciente refiere congestión nasal con estornudos desde hace tres días sintoma acompañante dolor de cuerpo 4/10 causa aparente salió en la noche a visitar a un familiar enfermo se realizó baños cubiertos de hiervas amargas con una leve mejoría.												
4 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS												
Infancia	Parto Normal											
Juventud	Prepes continuas											
Adolescencia	Gambalaciones											
Adulto joven	Calenturas venales											
Adulto Mayor	Operado de meniscos											
AGO												
EMBARAZO	PRE	G	P	A	C	IV	VI	PF	CICLOS			
MENOPAUSIA CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL												
5 ANTECEDENTES FAMILIARES												
<input type="checkbox"/> 1. CARDIACA <input type="checkbox"/> 2. DIABETES <input type="checkbox"/> 3. INF. G. RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> 4. HIPERTENSIÓN <input type="checkbox"/> 5. CÁNCER <input type="checkbox"/> 6. ENFERMEDADES <input type="checkbox"/> 7. INF. AGUDAS <input type="checkbox"/> 8. INF. AGRODIA <input type="checkbox"/> 9. INF. RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> 10. OTRO												
① Padre.												
6 REVISIÓN DE SISTEMAS												
CARDIO-PULMONAR	Bronquitis											
GASTROINTESTINAL	Hígado graso											
GENITOURINARIO	Prostatitis											
NEUROLÓGICO	Insomnio											
MUSCULOESQUELÉTICO	Hernia cervical											
ENDOCRINOLÓGICO	Dolores articulares general.											
7 SIGNOS VITALES												
PRESIÓN ARTERIAL		125/75	PULSO		56	F. RESPIRATORIA		36	PESO (KG)		80	
TALLA (CM)		1,51	FRC		32,57							

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	S/P		
2. PROTUBERANCIA	S/P.		
3. MANCHAS	Rosas Faringe izquierda y derecha.		
4. CICATRICES	S/P.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Esteronodidemastoides izquierda y derecha.		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Supra claviculas izquierda		
7. GLANDULA TIROIDES	S/P.		
9 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	S/P.		2. LUNARES
2. PROTUBERANCIA	Torax anterior derecha		3. CICATRICES
PERCUSION		AUSCULTACION	
Mate		CORAZON	
		Ritmico.	
10 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	S/P.		4. SUPERFICIAL
2. CICATRICES	Mesogastrio		5. PROFUNDA
3. ESTRIAS	S/P.		6. PUNTOS DOLOROSOS
		7. PUNTOS URETRALES	
PERCUSION		Sonido coeo.	
AUSCULTACION		Ruidos peristalticos	



1 DATOS DE FILIACIÓN										
FECHA DE INGRESO		APELLIDOS				NOMBRES				
		Herrera Lara				Saine Marcelo				
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN	PROFESIÓN			
70	M X F	Mestiza	S	C	D	V X UL	Secundaria	Discapados		
OCUPACIÓN		LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL			
Artesano		Pichincha Quit			08-11-1948		Amagani			
RESIDENCIAS OCASIONALES		RELIGION	DIRECCIÓN			TELÉFONO				
		Catolico	Paraje Las Delicias 9 N			099777598				
REFERENCIA FAMILIAR		TELÉFONO								
		Ronal Herrera								
2 MOTIVO DE CONSULTA										
Resfriado comun.										
3 ENFERMEDAD ACTUAL										
Paciente refiere dolor de garganta hace cinco días 5/10 después de salir derecho de su taller, quitándole el dolor en forma de torques y acompañante fiebre dolor del cuerpo y nudo 5/10, acudiendo al centro de salud, actualmente esta tomando diclofenaco y mesu lid colmado un poco sin molestias.										
4 ANTECEDENTES PERSONALES										
DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS										
Infancia	Parto normal, prematuro, bajo de peso.									
Niñez	Anemias, gripes y tos crónicas.									
Adolescencia	Laringitis, amigdalitis.									
Adulto joven	Operado de fúncul con piano izquierdo.									
Adulto Mayor	Operado de la próstata.									
AGD										
EMBARAZO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
EMBARAZO										
CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL										
5 ANTECEDENTES FAMILIARES										
1. CONYUGAL 2. PADRE 3. MADRE 4. HERMANOS 5. HERMANAS 6. PADRE 7. MADRE 8. HERMANOS 9. HERMANAS 10. OTRO @ Padre.										
6 REVISIÓN DE SISTEMAS										
CARDIORESPIRATORIO										
GASTROINTESTINAL	Colon irritable.									
GENITOURINARIO	Prostatitis									
NEUROLÓGICO	Parkinson									
MUSCULOESQUELÉTICO	Dolor articulaciones.									
ENDOCRINOLÓGICO	Delgado extrema.									
7 SIGNOS VITALES										
PRESIÓN ARTERIAL	140/90	PULSO	68	F. RESPIRAT	36	GRADO (°C)	36			
TALLA (CM)	160	IMC	27,87							

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico.		
2. PROTUBERANCIA	S/P.		
3. MANCHAS	Soniae.		
4. CICATRICES	S/P.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Eterno deido mastoideo.		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Supra clavicular.		
7. GLANDULA TIROIDES	S/P.		
9 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico	3. LUNARES	S/P.
2. PROTUBERANCIA	S/P.	4. CICATRICES	S/P.
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sólido		CORAZON	Ritmico
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	S/P.	4. SUPERFICIAL	S/P.
2. CICATRICES	S/P.	5. PROFUNDA	
3. ESTIBAS	Hipogastrio	6. PUNTOS DOLOROSOS	Dolor en epigastrio.
		7. PUNTOS URTERALES	Macburney y Lanz.
PERCUSION		Timpánico.	
AUSCULTACION		Borborismo en marco colónico.	



1 DATOS DE FILIACIÓN																			
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES												
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN	PROFESIÓN												
65	M	FX	Mendoza	S	C	X	D	V	UL	Polimania	Costeñera								
OCUPACION		LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL												
Costeñera		Pichincha			Sucre		Amaguaña												
RESIDENCIAS OCASIONALES		RELIGIÓN	DIRECCIÓN					TELÉFONO											
		Evangelista	Los Libertadores y Misferos.																
REFERENCIA FAMILIAR						TELÉFONO													
2 MOTIVO DE CONSULTA																			
Resfriado común.																			
3 ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere que hace cuatro días tiene dolor de garganta 4/10 causa aparente discusión con sus hijos comensal con picazón y dificultad al tragar síntomas acompañantes dolor de cuerpo y catarro fúido aumentando más el dolor, se automedica tomando parabe buprex obteniendo una leve mejoría.																			
4 ANTECEDENTES PERSONALES																			
DATOS CLÍNICO - OBTENIDOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																			
Infancia	Nacida de Parto normal.																		
Infancia	Camino a los cuatro años Sarampión, varicela, rosca bonito.																		
Adolescencia	Zos seca con dolor, tres veces al año Gripe y decaídas.																		
Adulto joven	Gorgonito inflamado Amigdalitis, dolor de espalda y cabeza																		
Adulto Mayor	Operada de brazo izquierdo Pleumonitis, succiona el útero.																		
AGO																			
MESES	12	FUM		G	7	P	7	A	3	D	—	HV	7	HM	3	PF	—	CICLOS	normales.
MEMORABA	CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL																		
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																			
② Padre.																			
6 REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR	Bronquitis Crónica.																		
GASTROINTESTINAL	Gastritis.																		
GENITOURINARIO	Operada de útero.																		
NEUROLÓGICO	Insomnio																		
MUSCULOESQUELÉTICO	Artrosis degenerativa																		
ENDOCRINOLÓGICO																			
7 SIGNOS VITALES																			
PRESIÓN ARTERIAL	125/80		PULSO	64		F. RESPIR	32		TEMP (°C)	80									
TEMP (°C)	36.5		REC	33,33															

8 CUELLO				
INSPECCION				
1. SIMETRIA	Simetrico.			
2. PROTUBERANCIA	Vulso en traquea			
3. MANCHAS	S/P.			
4. CICATRICES	S/P.			
PALPACION				
5. PUNTOS DOLOROSOS	Eternocleidomastoideo.			
6. GANGLIOS LINFATICOS	Mandibular inferior izquierdo			
7. GLANDULA TIROIDEA	Parotido			
8 TORAX				
INSPECCION				
1. SIMETRIA	Simetrico.		2. LUNARES	S/P.
3. PROTUBERANCIA	Esteron		4. CICATRICES	S/P.
PERCUSION		AUSCULTACION		
Salido		S/P.	Corazon	Taquicardia.
8 ABDOMEN				
INSPECCION		PALPACION		
1. MANCHAS	S/P.	4. SUPERFICIAL	S/P.	
2. CICATRICES	S/P.	5. PROFUNDA	S/P.	
3. ESTRIAS	Meogastrio	6. PUNTOS DOLOROSOS		
		7. PUNTOS URETERALES	Dolor en Lanz.	
PERCUSION		Limpanico		
AUSCULTACION		Borboros no murco colonicos.		



1 DATOS DE FILIACIÓN											
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES				
12-07-2019											
EDAD	SEXO		RAZA	ESTADO CIVIL				EDUCACIÓN		PROFESIÓN	
70	M	X	Mestiza	S	C	X	D	V	UL	Secundaria	Electricista
OCUPACIÓN			LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO			RESIDENCIA HABITUAL		
Electricista			Amaqueña			08-11-1959			Amaqueña		
RESIDENCIAS OCASIONALES			RELIGIÓN	DIRECCIÓN				TELÉFONO			
			Evangelista	Cedros sincholuque 211							
REFERENCIA FAMILIAR						TELÉFONO					
2 MOTIVO DE CONSULTA											
Resfriado Común.											
3 ENFERMEDAD ACTUAL											
Paciente refiere dolor de garganta hace tres días, sin causa aparente. S/I/D en faringe sin tórax acompañante. tos con flema y moco fluido, no tiene apatía de amor y no tiene costumbre de automedicarse a tomado una navajada hervida, mejorando levemente.											
4 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS											
Infancia	Parto Normal										
Infancia	Gaspes frecuentes										
Adolescencia	Amigdalitis										
Adulto joven	Operado de amigdalitis										
Adulto Mayor	Hgado grueso y siempre espesa.										
AGO											
MEMORIAS	FM	G	P	A	C	IV	IM	PE	CICLOS		
MEMORIAS	CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL										
5 ANTECEDENTES FAMILIARES											
① Madre.											
6 REVISIÓN DE SISTEMAS											
CARDIOPULMONAR	Asma										
GASTROINTESTINAL	S/P										
GENITOURINARIO	Prostatitis										
NEUROLÓGICO	Insomnio										
MUSCULOESQUELÉTICO	Lumbalgia										
ENDOCRINOLOGICO	Sobrepeso										
7 SIGNOS VITALES											
PRESION ARTERIAL		130/60	PULSO		60	F. RESPIRAT		26	TEMP (GR)		38.0
TALLA (CM)		170	IRC		75/29						

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simétrico.		
2. PROTUBERANCIA	SIP.		
3. MANCHAS	SIP.		
4. CICATRICES	SIP.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Esterno clido mastoideo.		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Mentonianos		
7. GLANDULA TIROIDES	SIP.		
8 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simétrico.		3. LUNARES
2. PROTUBERANCIA	SIP.		4. CICATRICES
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sólido.		CORAZON	Rítmico
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	SIP.		4. SUPERFICIAL
2. CICATRICES	SIP.		5. PROFUNDA
3. ESTRIAS	Hipogastrio		6. PUNTOS DOLOROSOS
		7. PUNTOS URETERALES	Mackburney-epidice.
PERCUSION		Timpanico.	
AUSCULTACION		Borborismo colon transversa	



1 DATOS DE FILIACIÓN																		
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES											
12-07-2019																		
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN	PROFESIÓN										
65	M	Mestiza	S	C	D	V	X	UL	Primaria	Artesana								
OCUPACIÓN		LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL											
Comerciante		Pichincha Quit			68-12-1938		Amazuela											
RESIDENCIAS OCASIONALES		RELIGIÓN	DIRECCIÓN				TELÉFONO											
		Católica	La Victoria y Guacardos S/N															
REFERENCIA FAMILIAR							TELÉFONO											
2 MOTIVO DE CONSULTA																		
Resfrío Común.																		
3 ENFERMEDAD ACTUAL																		
Paciente refiere dolor de cabeza, hace cinco días en una intensidad 6/10 luego de salir de una reunión familiar, localizado en el occipital irradiando hacia las cienes el dolor es punzante cuando tose y toma agua fría especialmente en la mañana se auto medica con diclofenaco encontrando leve mejoría.																		
4 ANTECEDENTES PERSONALES																		
DATOS CLÍNICO - CLASIFICADOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																		
Infancia	Nacida de parto Normal.																	
Infanz	Dolor de plantas de los pies.																	
Adolescencia	Dolor de oídos																	
Adulta joven	OTAs oído izquierdo.																	
Adulta Mayor	Operada de cadera																	
AGO																		
EMENORRUEA	13	F/M	G	B	P	B	A	I	C	S	IV	S	101	1	PF	-	VICIOS	regulares
TELÓPORESIA	CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL																	
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																		
5) Padre																		
6 REVISIÓN DE SISTEMAS																		
CARDIORESPIRATORIO	Pulmón																	
GASTROINTESTINAL	S/P.																	
GENITOURINARIO	Infecciones de vías urinarias.																	
NEUROLÓGICO	Insomnio																	
MUSCULOESQUELÉTICO	Artritis.																	
ENDOCRINOLOGICO	Delgado.																	
7 SIGNOS VITALES																		
PRESIÓN ARTERIAL	100/60		FUEBO	87%		F. RESPIRAT	36		TEMP (GR)	40								
TALLA (CM)	1,60		IMC	19,42.														

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	S.P.		
2. PROTUBERANCIA	S.P.		
3. MANCHAS	S.P.		
4. CICATRICES	S.P.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Submandibular		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Ganglios linfaticos submaxilares inflamados		
7. GLANDULA TIROIDES	S.P.		
8 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	S.P.	3. LUNARES	S.P.
2. PROTUBERANCIA	S.P.	4. CICATRICES	S.P.
PERCUSION		AUSCULTACION	
Resonancia de un guto.		CORAZON	
		Bradycardia	
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	S.P.	4. SUPERFICIAL	S.P.
2. CICATRICES	Quilico por ligadura	5. PROFUNDA	S.P.
3. ESTRIAS	Abdomen inferior.	6. PUNTOS DOLOROSOS	S.P.
		7. PUNTOS URETERALES	Dolor a la palpacion
PERCUSION		S.P.	
AUSCULTACION		Ruidos intestinales en colon descendente	



1 DATOS DE FILIACIÓN																	
FECHA DE INGRESO				APELLIDOS				NOMBRES									
12-07-2019																	
EDAD	SEXO		RAZA	ESTADO CIVIL					INSTRUCCIÓN		PROFESIÓN						
74	M	F	Mestiza	S	C	D	V	UL	Primaria	Costurera							
OCUPACIÓN			LUGAR DE NACIMIENTO				FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL								
Jornalera			Moari				06-01-1945		Mochachi								
RESIDENCIAS OCASIONALES			RELIGIÓN		DIRECCIÓN												
Amazunta			Católica		Morqueza de Solano S/N.												
REFERENCIA FAMILIAR								TELÉFONO									
2 MOTIVO DE CONSULTA																	
Respirado común.																	
3 ENFERMEDAD ACTUAL																	
Paciente refiere desde cinco días sin causa aparente, presenta dolor de garganta 4/10 como síntoma acompañante tiene fiebre o faringitis para lo cual consistentemente mantiene de cacao y flosos de manzanilla refrito, que se come en las noches para hallar alivio, la fiebre en consecuencia, un poco de mejora por lo que desde visita profesional de salud, buscando completa mejoría.																	
4 ANTECEDENTES PERSONALES																	
DATOS CLÍNICOS - DISTURBIOS RELACIONADOS Y RIESGO OBSTÉTRICOS																	
Infancia	Parto Normal																
Infancia	Varicela, sarampión, Olancho																
Adolescencia	Gripes frecuentes.																
Adulto Joven	S/P.																
Adulto Mayor	Sangre espesa.																
AGO																	
EMBARAZO	14	EMBARAZO	0	5	P	5	A	0	C	10	5	100	—	17	—	CELOS	Irregulares
CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL																	
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																	
⑤ Papa cáncer de prostata.																	
6 REVISIÓN DE SISTEMAS																	
CARDIORESPIRATORIO	S.P.																
GASTROINTESTINAL	S.P.																
ODONTODENTARIO	S.P.																
NEUROLÓGICO	S.P.																
MUSCULOESQUELÉTICO	Osteoporosis.																
ENDOCRINOLÓGICO	S.P.																
7 SIGNOS VITALES																	
PULSO ARTERIAL	130/80	TEMPERATURA	79.	P. RESPIRATORIO	36	PESO (KG)	75.										
TALLA (CM)	1,55.	HIC	32.03														

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico.		
2. PROTUBERANCIA	Esternoideomastoideo. barba anterior.		
3. MANCHAS	Rojos en carotidas.		
4. CICATRICES	Infundibular izquierda.		
PALPACION			
5. PUNTOS COLORADOS	Carotida.		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Esternoideomastoideo.		
7. GLANDULA TIROIDES	Nodulo ganglionar.		
9 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico.	3. LUNARES	S/P.
2. PROTUBERANCIA	S/P.	4. CICATRICES	S/P.
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sonido claro		CORAZON	3 radiancia.
10 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	S/P.	4. SUPERFICIAL	Mormia umbilical.
2. CICATRICES	S/P.	5. PROFUNDA	Dolor en mesogastrio
3. ESTRIAS	S/P.	6. PUNTOS DOLOROSOS	
		7. PUNTOS URETERALES	Dolor en mesogastrio
PERCUSION		Sonido timpánico	
AUSCULTACION		Borborismo presente.	



1 DATOS DE FILIACIÓN											
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES				
12-07-2019											
EDAD	SEXO		RAZA	ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN		PROFESIÓN		
65	M	F		S	C	D	V	X	UL	Primaria	
OCUPACION			LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL			
Oficial			Pichincha Imaguana			9-9-07-1965		Imaguana			
RESIDENCIAS OCASIONALES			RELIGION	DIRECCIÓN				TELÉFONO			
			Católico	Luis Bordonero y J. Espinosa							
REFERENCIA FAMILIAR						TELÉFONO					
2 MOTIVO DE CONSULTA											
Respiado común.											
3 ENFERMEDAD ACTUAL											
Paciente refiere que hace cuatro días presenta dolor de garganta cuando traga los alimentos de una intensidad de 5/10 síntomas acompañantes mucos fluido y fiebre con deseos de vomitar, causa por haber trabajado en polvo para lo cual se automedico con jarabe de duprox perdiendo el malestar.											
4 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - CULTURALES RELEVANTES Y ERRORES ORTOÉDRICOS											
Infancia	Nacido de parto normal.										
Infec.	Gripes constantes, sarampión.										
Adolescencia	Inflamación de garganta										
Adulto joven	Operación de amígdalas										
Adulto Mayor	Dolores musculares										
AGO											
ESPERANZA	PLA	G	F	A	D	IV	HM	PP	CICLOS		
MENSTRUACIÓN	CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL										
5 ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. Materna 2. Paterna 3. Sep. de Materna 4. Sep. de Paterna 5. Sep. de Materna y Paterna 6. Sep. de Materna 7. Sep. de Paterna 8. Sep. de Materna y Paterna 9. Sep. de Materna 10. Sep. de Paterna											
1. Madre: 2. Padre:											
6 REVISIÓN DE SISTEMAS											
CARDIOPULMONAR	Pulmonar.										
GASTROINTESTINAL	Gastritis.										
GENITOURINARIO	Operado de próstata										
NEUROLÓGICO	Insomnio										
MUSCULOESQUELÉTICO	Artritis.										
ENDOCRINOLÓGICO	Tiroidea.										
7 SIGNOS VITALES											
PRESIÓN ARTERIAL		430/80	PULSO		74	F. RESPIRAT.		32	PESO (KG)		60
TALLA (CM)		1,60	HIC		23,57						

B CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA			
2. PROTUBERANCIA	Zona tiroidea		
3. MANCHAS	S/P		
4. CICATRICES	S/P		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Esterno clideo no dolor		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Anoaxilares		
7. GLANDULA TIROIDES	Volumen izquierdo nodulo.		
B TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Deforme	3. LUNARES	S/P.
2. PROTUBERANCIA	3/10	4. CICATRICES	S/P.
PERCUSION		AUSCULTACION	
Bordadura.		CORDON	Taquicardia.
B ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	Suprascapulas en mesogast.	4. SUPERFICIAL	S/P
2. CICATRICES	Mesogastrio	5. PROFUNDA	S/P
3. ESTRIAS	S/P	6. PUNTOS DOLOROSOS	Macburne.
		7. PUNTOS DRETERALES	olor en Lanz
PERCUSION		Timpanico.	
AUSCULTACION		Ruidos anormales.	



1 DATOS DE FILIACIÓN												
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES					
EDAD	SEXO		RAZA	ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN		PROFESIÓN		
68	M	X	F	Mestizo	S	C	D	V	X	UL	Primaria	Carpintero
OCUPACIÓN			LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL				
Carpintero			Toluca			07-12-1946		Amaguama				
RESIDENCIAS OCASIONALES			RELIGIÓN		DIRECCIÓN							
			Evangélica		Calle Escribano y Eje de S/N							
REFERENCIA FAMILIAR								TELÉFONO				
2 MOTIVO DE CONSULTA												
Resfriado común												
3 ENFERMEDAD ACTUAL												
Paciente refiere que hace cuatro días tener tos sin flema, causa aparecida haber fumado un tabaco después del trabajo, síntomas acompañantes ardor de garganta al tragar los alimentos, no acostumbra acudir al médico, se auto medica con paraacetamol para el dolor aliviándose un poco.												
4 ANTECEDENTES PERSONALES												
DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS												
Infancia	Parto Normal											
Niñez	Comino a los 3 años											
Adolescencia	Debilidad corporal											
Adulto joven	Artritis											
Adulto Mayor	Osteoporosis											
AGO												
MEMBRANA	PUS	G	P	A	C	HV	NS	PF	CICLOS			
MEMBRANA	CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL											
5 ANTECEDENTES FAMILIARES												
1. GINECOLOGÍA 2. DIABETES 3. HIPERTENSIÓN 4. ENFERMEDADES 5. CÁNCER 6. ALCOHOLISMO 7. EP. NEUR. 8. EP. MENTAL 9. MALFORMACIONES 10. OTROS @ Madre:												
6 REVISIÓN DE SISTEMAS												
CARDIORESPIRATORIO	Asma											
GASTROINTESTINAL	Colitis											
GENITOURINARIO	Prostatitis											
NEUROLÓGICO	Parkinson											
MUSCULOESQUELÉTICO	Túnel carpiano											
ENDOCRINOLÓGICO	Tiroidea											
7 SIGNOS VITALES												
PRESIÓN ARTERIAL			PULSO			F. RESPIRAT			TEMP. (°C)			
140/70			76			32			37.2			
TALLA (CM)			PESO (KG)									
170			52.24									

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico.		
2. PROTUBERANCIA	S/P		
3. MANCHAS	S/P		
4. CICATRICES	S/P		
PALPACION			
5. PUNTOS COLOFOSOS	Occipital y aónes		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Supraclaviculares.		
7. GLANDREA TIROIDES	S/P.		
8 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico		3. LUMBARES
2. PROTUBERANCIA	S/P		4. CICATRICES
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sólido.		CORAZON	
		Ritmico.	
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	umbilical.		4. SUPERFICIAL
2. CICATRICES	S/P		5. PROFUNDA
3. ESTRIAS	Hipocondrio		6. PUNTOS DOLOROSOS
		Hepigastrio	
		7. PUNTOS URETERALES	
		Bongastrio color naranja	
PERCUSION		Dolor en mesogastrio	
AUSCULTACION		Ruidos presentes	



1 DATOS DE FILIACIÓN																		
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES											
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN		PROFESIÓN										
65	M	F	X	Mentiza	S	C	X	D	V	UL								
OCUPACION			LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL										
Jornalera			Amaguma			05-27-1958		Cauadema.										
RESIDENCIAS OCASIONALES			RELIGION	DIRECCIÓN			TELEFONO											
			Católica	Calle Jose Espinosa S/N														
REFERENCIA FAMILIAR						TELEFONO												
2 MOTIVO DE CONSULTA																		
Resfriado Común.																		
3 ENFERMEDAD ACTUAL																		
Paciente refiere desde hace 5 días presenta tos con flema, causa aparente llegamos a doquier su cello, con sintoma acam, paraute dolor de cuerpo 3/10 es como fuido con algome, los re a realizado baños de alcohol con alcohol caliente, aliviado un 2/10 que desea acudir al sub centro de salud.																		
4 ANTECEDENTES PERSONALES																		
DATOS CLÍNICO - GINECOLÓGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																		
Infancia	Parto Normal																	
Niñez	Diarreas constantes.																	
Adolescencia	Sarampión																	
Adulto joven	Amigdalitis.																	
Adulto Mayor	Operada de amigdalitis.																	
AGO																		
MEJORA	12	FUM	G	2	P	2	A	-	C	-	IV	2	IM	-	PF	-	CICLOS	normales
CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL																		
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																		
Padre.																		
6 REVISIÓN DE SISTEMAS																		
CARDIOPULMONAR	S/P																	
GASTROINTESTINAL	Colitis.																	
GENITOURINARIO	Sacada el utero.																	
NEUROLÓGICO	Insomnio																	
MUSCULOESQUELÉTICO	Túnel carpiano.																	
ENDOCRINOLÓGICO	Delgados.																	
7 SIGNOS VITALES																		
PRESIÓN ARTERIAL		100/60	PULSO		78	F. RESPIRAT		32	PESO (KG)		49.							
TALLA (CM)		152	MC		23,33													

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	S.P.		
2. PROTUBERANCIA	S.P.		
3. MANCHAS	S.P.		
4. CICATRICES	S.P.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	S.P.		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Submaxilares dolorosos a la palpación 3/10 derecha.		
7. GLANDULA TIROIDES	S.P.		
8 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	S.P.	3. LUNARES	S.P.
2. PROTUBERANCIA	S.P.	4. CICATRICES	S.P.
PERCUSION		AUSCULTACION	
		CORDAZON	Ritmico ⁴⁰⁻⁵⁰ _{complex}
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	S.P.	4. SUPERFICIAL	S.P.
2. CICATRICES	S.P.	5. PROFUNDA	Marcos colonicos dolorosos
3. ESTRIAS	S.P.	6. PUNTOS DOLOROSOS	S.P.
		7. PUNTOS URETERALES	Positivo a la palpación
PERCUSION		Sruido normal = timpánico.	
AUSCULTACION		Ritmo idm. aereos continuos.	



1 DATOS DE FILIACIÓN											
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES				
12-07-2019											
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN	PROFESIÓN			
65	M X F	Mestizo	S	C	X	D	V	UL	Secundaria	Maestro	
OCUPACION		LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL				
Barbero		Colombia			11-04-1948		Cuito				
RESIDENCIAS OCASIONALES		RELIGION	DIRECCIÓN				TELÉFONO				
Amaguana		Católica	Yanva buena y Peñón								
REFERENCIA FAMILIAR							TELÉFONO				
2 MOTIVO DE CONSULTA											
Resfriado Común											
3 ENFERMEDAD ACTUAL											
Paciente refiere secreción nasal líquida, desde hace dos días, ojos llorosos y estornudos, como causa aparente haber asistido a un programa de graduación en la noche, comenta haber tomado limonada caliente con miel de abeja sin en contar mejoría, alguna por lo cual se siente empeorado.											
4 ANTECEDENTES PERSONALES <small>DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS</small>											
Infancia	Punto Normal										
Niñez	Artritis continuas										
Adolescencia	Cambaliones										
Adulto joven	Balcatos venales										
Adulto Mayor	Dolor de rodillas										
AGO											
MEMORIAM	FLUJ	C	P	A	C	IV	IB	PP	CICLOS		
CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL											
5 ANTECEDENTES FAMILIARES											
<input checked="" type="checkbox"/> 1 OTROS padre <input type="checkbox"/> 2 DIABETES <input type="checkbox"/> 3 HIPERTENSIÓN <input type="checkbox"/> 4 ENFERMEDAD RENAL <input type="checkbox"/> 5 CÁNCER <input type="checkbox"/> 6 ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/> 7 HIPERTENSIÓN <input type="checkbox"/> 8 HIPERTENSIÓN <input type="checkbox"/> 9 HIPERTENSIÓN <input type="checkbox"/> 10 OTRO											
6 REVISIÓN DE SISTEMAS											
CARDIORESPIRATORIO	S.P.										
GASTROINTESTINAL	S.P.										
GENITOURINARIO	Prostatitis										
NEUROLÓGICO	S.P.										
MUSCULOESQUELÉTICO	Dolor de rodilla derecha										
ENDOCRINOLÓGICO	S.P.										
7 SIGNOS VITALES											
PRESIÓN ARTERIAL	125/75	FUERO	56	F. RESPIRAT	36	PESO (KG)	70				
TALLA (CM)	151	DEC	32,57								

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simétrico		
2. PROTUBERANCIA	SIP		
3. MANCHAS	SIP		
4. CICATRICES	Infraclavicular.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLORFOSOS	Faringe. S/D		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Infraclavicular		
7. GLANDULA TIROIDES	SIP		
9 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simétrico.	3. LUNARES	Trazo I/D.
2. PROTUBERANCIA	Torax anterior derecho.	4. CICATRICES	SIP.
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sordo Coco		CORAZON	
		Pérmico.	
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	SIP	4. SUPERFICIAL	SIP.
2. CICATRICES	SIP	5. PROFUNDA	Fosa ilíaca derecha.
3. ESTRIAS	Mesogastrio.	6. PUNTOS DOLORFOSOS	
		7. PUNTOS URETERALES	Do Lanz.
PERCUSION		Timpanico.	
AUSCULTACION		Borborismo en marco colónico.	



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAPIÓ

Registro SENESCYT No. 17-061

E.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

1 DATOS DE FILIACIÓN																			
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES												
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN	PROFESIÓN											
70	M	F X Mestiza	S	C	X	D	V	UL	Primaria										
OCUPACIÓN		LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL													
Microempresaria		Pichincha Quit		11-08-1960		Amazuelaña													
RESIDENCIAS OCASIONALES		RELIGIÓN	DIRECCIÓN			TELÉFONO													
		Batolico	Jesus del Gran pater-Capulis																
REFERENCIA FAMILIAR						TELÉFONO													
2 MOTIVO DE CONSULTA																			
Respiado Comun.																			
3 ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere dolor de garganta desde hace cinco días 5/10 sin causa aparente, a la de tragar la saliva acompañado de moco líquido y malestar de cuerpo. duele especialmente en la mandíbula con deseos de vomito, se ha realizado gargaras con bicarbonato y se siente peor.																			
4 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - ENFERMEDADES RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																			
Infancia	Parto normal.																		
Infes	Colicos abdominales, sarampión, gripes.																		
Adolescencia	Gastritis																		
Adulto joven	Amigdalitis.																		
Adulto Mayor	Cambancio y mucho sueño																		
AGO																			
MEMORIAL	16	FUM		G	5	P	5	A	-	C	-	IV	5	IM	-	PF	-	CICLOS	normales
MEMORIAL	CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL																		
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																			
1. VENTRICAL 2. TUBERCULOSIS 3. DIABETES 4. HIPERTENSION 5. DEF. MENTAL 6. DEF. NEUROLÓGICO 7. DEF. RENAL 8. DEF. HEPÁTICO 9. DEF. GÁSTRICO 10. DEF. CARDÍACA ⑤ Padre.																			
6 REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOPULMONAR	Pulmonia.																		
GASTROINTESTINAL	Gastritis.																		
GENITOURINARIO	Infecciones de vías urinarias.																		
NEUROLÓGICO	Insomnio																		
MUSCULOESQUELÉTICO	Artritis.																		
ENDOCRINOLÓGICO	Tiroides																		
7 SIGNOS VITALES																			
PRESIÓN ARTERIAL	135/85		PULSO	82		F. RESPIRAT	32		PERO (°C)	100									
TALLA (CM)	1,50		IBC	44,44															

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA		S/P.	
2. PROTUBERANCIA		S/P.	
3. MANCHAS		S/P.	
4. CICATRICES		S/P.	
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Esterno clavicu mastoideo		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Submandibular derecha.		
7. GLANDULA TIROIDES	Nódulos zona obovales		
8 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	S/P.	3. LUNARES	S/P.
2. PROTUBERANCIA	S/D.	4. CICATRICES	S/P.
PERCUSION		AUSCULTACION	
		CORAZON	
		Taquicardia	
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	S/P.	4. SUPERFICIAL	S/P.
2. CICATRICES	S/P.	5. PROFUNDA	Dolor en colon descendente
3. ESTRIAS	S/P.	6. PUNTOS DOLOROSOS	Dolor en epigastrio
		7. PUNTOS URETERALES	Dolor a la palpación
PERCUSION		Dolor 2do en omento.	
AUSCULTACION		Borborismo marca colonica.	



1 DATOS DE FILIACIÓN											
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES				
12-07-2019											
EDAD	SEXO	RAZA	ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN	PROFESIÓN			
68	M / F	Mestiza	S	C	D	V	UL	Primaria	Carpintero.		
OCUPACION		LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL				
Carpintero		Santo Domingo			02-07-1956		Amaguano				
RESIDENCIAS OCASIONALES		RELIGION	DIRECCIÓN				TELÉFONO				
Santo Domingo		Evangelica	Calle Jesus del Gran poder 2/N.								
REFERENCIA FAMILIAR							TELÉFONO				
2 MOTIVO DE CONSULTA											
Resfriado Común											
3 ENFERMEDAD ACTUAL											
Paciente refiere tos con flema espesa así cinco días después de haber dis- gustado con su hijo, también refiere dolor de farinx 3/10 se toma agua de Chile para tranquilizarse y aque se siente triste, cuando al subirse de salud y le medicaron buprex, aparentemente sintiéndose mejor.											
4 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS											
Infección	PIN.										
Infecc.	Gripe, tos, sarampión, Varicela.										
Adolescencia	Operada de los testículos.										
Adulto joven	Operada de los tendones de los pies.										
Adulto Mayor	Dolores musculares.										
. AGO											
MINORADA	1	2	G	P	A	C	IV	HM	IV	CICLOS	
MINORADA	CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL										
5 ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. DIABETES <input checked="" type="checkbox"/> 2. ASMA <input type="checkbox"/> 3. HIPERTENSIÓN <input type="checkbox"/> 4. HIPERLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> 5. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/> 6. EPILEPSIA <input type="checkbox"/> 7. DEF. VISUAL <input type="checkbox"/> 8. DEF. AUDITIVA <input type="checkbox"/> 9. DEF. FÍSICA <input type="checkbox"/> 10. DEF. MENTAL <input type="checkbox"/>											
2. Diabético											
6 REVISIÓN DE SISTEMAS											
CARDIOPULMONAR	Asma.										
GASTROINTESTINAL	Entubimiento										
GENITOURINARIO	Problemas con los testículos										
NEUROLÓGICO	Insomnio										
MUSCULOESQUELÉTICO	Dolores musculares.										
ENDOCRINOLÓGICO	Sobre peso										
7 SIGNOS VITALES											
PRESIÓN ARTERIAL	125/85	PULSO	84	F. RESPIRAT	32.	PESO (KG)	80				
TALLA (CM)	1,50	IBC	28,125								

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	S/P.		
2. PROTUBERANCIA	S/P.		
3. MANCHAS	Oscuro clavícula izquierdo		
4. CICATRICES	S/P.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	En occipital.		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Supraclavicular izquierdo		
7. GLANDULA TIROIDES	S/P.		
9 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA		3. LUNARES	S/P.
2. PROTUBERANCIA	Zona axilar izquierda	4. CICATRICES	S/P.
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sonido mate.		CORAZON	Bradicardia
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	S/P.	4. SUPERFICIAL	S/P.
2. CICATRICES	Zona púlica.	5. PROFUNDA	Normal
3. ESTRIAS	Zona púlica	6. PUNTOS DOLOROSOS	Ninguno
		7. PUNTOS URETERALES	Dolor vías urinarias
PERCUSION		Sonido mate.	
AUSCULTACION		Borborosmos con abundante.	



1 DATOS DE FILIACIÓN																			
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES												
12-07-2019																			
EDAD	SEXO		RAZA	ESTADO CIVIL				INSTRUCCION		PROFESION									
83	M	F	Mestiza	S	C	D	V	X	UL										
OCUPACION			LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL											
Q.P.			Amaguano			19-11-1934		Amaguano											
RESIDENCIAS OCASIONALES			RELIGION	DIRECCION				TELEFONO											
			Católica	Avenida Jose Espinosa															
REFERENCIA FAMILIAR							TELEFONO												
2 MOTIVO DE CONSULTA																			
Respirado Común.																			
3 ENFERMEDAD ACTUAL																			
Paciente refiere dolor de garganta hace cinco días por disfunción de sus hijos por Hosterias. 4/10, síntomas acompañantes a colofrio, pies hielados y fiebre ocasionado al médico que le receto letronicinal, propolis y ha alcanzado una mínima mejoría, y decide cambiar de profesional de salud.																			
4 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																			
Infancia	Parto Normal.																		
Niñez	Ange y tos																		
Adolescencia	Bronquitis																		
Adulto joven	S/P.																		
Adulto Mayor	Dolor de Brazo																		
AGO																			
MEJORA	14	FLUJ	-	G	7	P	7	A	3	C	-	IV	7	IBI	-	PF	-	CICLOS	regulares
MEJORA	CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL																		
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																			
<input type="checkbox"/> 1. ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> 2. DIABETIS <input type="checkbox"/> 3. ENF. C. VASCULAR <input type="checkbox"/> 4. HIPERTENSION <input type="checkbox"/> 5. CRISTAL <input type="checkbox"/> 6. BRONQUITIS <input type="checkbox"/> 7. ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> 8. ENF. RENAL <input type="checkbox"/> 9. ENF. HEPÁTICA <input type="checkbox"/> 10. ENF. OBESIDAD <input type="checkbox"/> 11. ENF.																			
2 Madre.																			
6 REVISIÓN DE SISTEMAS																			
CARDIOVASCULAR	S/P.																		
GASTROINTESTINAL	Gastritis.																		
GENITOURINARIO	Infecciones de vías urinarias.																		
NEUROLÓGICO	S/P.																		
MUSCULOESQUELÉTICO	Hernia abdominal.																		
ENDOCRINOLOGICO	Dolor de articulación general.																		
7 SIGNOS VITALES																			
PRESION ARTERIAL	125/8	PULSO	72	F. RESPIRAT	36	POSO (gr)	86												
TALLA (cm)	1,51	IMC	26,51																

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Inclinacion mentoniana		
2. PROTUBERANCIA	Mentoniana		
3. MANCHAS	SIP		
4. CICATRICES	Supraclavicular		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Eterno, leitonostoides		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Cervicales profundos		
7. GLANDULA TIROIDES	SIP		
8 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico		3. LUNARES
2. PROTUBERANCIA	SIP		4. CICATRICES
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sonido mate		CORAZON	
		Ritmico	
8 ABDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	SIP		4. SUPERFICIAL
2. CICATRICES	SIP		5. PROFUNDA
3. ESTRIAS	Hipogastrio		6. PUNTOS DOLOROSOS
PERCUSION		7. PUNTOS URETERALES	
AUSCULTACION		McBurney	
		Sonido aereado	
		Borborismo en arco cecico	



1 DATOS DE FILIACIÓN																		
FECHA DE INGRESO			APELLIDOS				NOMBRES											
EDAD	SEXO		RAZA	ESTADO CIVIL			INSTRUCCIÓN		PROFESIÓN									
70	M	F	Mestiza	S	C	X	D	V	UL									
OCUPACIÓN			LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		RESIDENCIA HABITUAL										
R/D.			Tambillo			22-04-1960		Amaquasña										
RESIDENCIAS OCASIONALES			RELIGIÓN	DIRECCIÓN			TELÉFONO											
			Católica	11 de Noviembre y Sacre.														
REFERENCIA FAMILIAR							TELÉFONO											
2 MOTIVO DE CONSULTA																		
Resfriado común.																		
3 ENFERMEDAD ACTUAL																		
Paciente refiere dolor de garganta hace cinco días. 5/10 por haber trabajado en el campo muy de mañana y tomar líquido frío, presenta también catarro y fiebre con malestar de todo el cuerpo. Sin deseos de realizar ninguna actividad, no acude a su trabajo, solo a tomarse Simonsida fría esperando que se mejore.																		
4 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - GINECOLÓGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS																		
Infancia	Parto normal.																	
Niñez	Náuseas, dolor de cabeza, sarampión, varicela.																	
Adolescencia	Anemia																	
Adulto joven	Hipertensión																	
Adulto Mayor	Artrosis de caderas																	
AGO																		
MEMORIAS	14	FUM	0	7	P	7	A	-	C	-	IV	7	IM	-	IV	-	CICLOS	regulares.
CARACTERÍSTICAS DEL PERIODO MENSTRUAL																		
5 ANTECEDENTES FAMILIARES																		
1. Hipertensión																		
6 REVISIÓN DE SISTEMAS																		
CARDIOPULMONAR	Ama.																	
GASTROINTESTINAL	G. Litis																	
GENITOURINARIO	Vejiga desuena.																	
NEUROLÓGICO	Insomnio, Parkinson.																	
MUSCULOESQUELÉTICO	Artrosis.																	
ENDOCRINOLÓGICO	Baja de peso.																	
7 SIGNOS VITALES																		
PRESIÓN ARTERIAL		140/90.	FLEGO	72.	F. RESPIRAT	32.	TEMP. ORAL	37.5.										
TALLA (CM)		1,65	POSO	18,38														

8 CUELLO			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico		
2. PROTUBERANCIA	SIP.		
3. MANCHAS	SIP.		
4. CICATRICES	SIP.		
PALPACION			
5. PUNTOS DOLOROSOS	Eterno de lado mastoideo		
6. GANGLIOS LINFATICOS	Submandibular		
7. GLANDULA TIROIDES	SIP		
8 TORAX			
INSPECCION			
1. SIMETRIA	Simetrico		3. LESIONES
2. PROTUBERANCIA	SIP		4. CICATRICES
PERCUSION		AUSCULTACION	
Sonido mate.		CORDON	Ritmo
8 ADDOMEN			
INSPECCION		PALPACION	
1. MANCHAS	SIP.		4. SUPERFICIAL
2. CICATRICES	SIP		5. PROFUNDA
3. ESTRIBAS	Hipocostico		6. PUNTOS DOLOROSOS
PERCUSION		7. PUNTOS URETERALES	
AUSCULTACION		Machos neg.	
		Borjone marca opaca	

ANEXO II: MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Naomba.
ESPECIALIDAD: Naturopatia
LUGAR: Amaguaña
FECHA: 12/07/2019

Yo _____ con CI. _____; domiciliado en Amaguaña de la ciudad de Cuito, en calidad de paciente o como representante del paciente Representante autorizo a ROSA GUALLICHICO NACIMBA, estudiante de Naturopatia para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE PARA RESFRIADO COMÚN

Si NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

Si NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

Si NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

Si NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que se esperaron con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

Si NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Si NO he leído este documento en su totalidad y si NO estoy de acuerdo con su contenido. Por este motivo si NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

C. IDENTIDAD _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD _____

RELACION CON EL PACIENTE _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Naomba

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Naomba

C. IDENTIDAD: 17407019-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Escalapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.
ESPECIALIDAD: Naturopatía
LUGAR: Amaguaña
FECHA: 12/07/2019

Yo _____, con CI. _____; domiciliado
en Cuito Amaguaña; de la ciudad de
Cuito; en calidad de paciente o como representante del paciente
Paciente; autorizo a ROSA GUALLICHICO
NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE
PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta
terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias
inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la
realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no
se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la
eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones
generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las
mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su
Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 171107049-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.

ESPECIALIDAD: Naturopatía

LUGAR: Amaguaña

FECHA: 12/10/2019

Yo _____, con C.I. 175756998-1; domiciliado en Amaguaña; de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente Paciente; autorizo a ROSA GUALLICHICO NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 17407049-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amagüaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.
ESPECIALIDAD: Naturopatía

LUGAR: Amagüaña

FECHA: 12/07/2024

Yo _____, con CI. _____ domiciliado
en Amagüaña; de la ciudad de
Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
Felisa Quilago; autorizo a ROSA GUALLICHICO
NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE
PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta
terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias
inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la
realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no
se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la
eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones
generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las
mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su
Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: Nieto

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 17407049-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba
ESPECIALIDAD: Naturopatia
LUGAR: Amaguaña
FECHA 12/01/2019

Yo _____ con CI. _____ domiciliado
en Amaguaña de la ciudad de
Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
Paciente; autorizo a ROSA GUALLICHICO
NACIMBA, estudiante de Naturopatia para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE
PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta
terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias
inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la
realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no
se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la
eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones
generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las
mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su
Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 171107049-8



Instituto Tecnológico Superior Esculapio
I.S.T.E.

Registro Senescyt No. 17-061

NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amagaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.
ESPECIALIDAD: Naturopatia
LUGAR: Amagaña
FECHA: 12/10/2019

Yo _____, con CI. _____, domiciliado en Cuandina, de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente Paciente; autorizo a ROSA GUALLICHICO NACIMBA, estudiante de Naturopatia para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE PARA RESFRIADO COMÚN

Si NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

Si NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

Si NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

Si NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

Si NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Si NO he leído este documento en su totalidad y Si NO estoy de acuerdo con su Contenido Por este motivo Si NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 171107049-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amagüaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.

ESPECIALIDAD: Naturopatía

LUGAR: Amagüaña

FECHA: 12/07/2019

Yo _____, con C.I. _____, domiciliado
en Amagüaña, de la ciudad de

Queito; en calidad de paciente o como representante del paciente
Paciente

autorizo a ROSA GUALLICHICO NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que se esperan con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 17407049-8



Instituto Tecnológico Superior Esculapio
I.S.T.E.
Registro Senescyt No. 17-061

NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DÓNDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amagüaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba
ESPECIALIDAD: Naturopatía
LUGAR: Amagüaña
FECHA 12/07/2019

Yo _____, con C.I. _____, domiciliado
en Amagüaña, de la ciudad de
Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
Paciente; autorizo a ROSA GUALLICHICO
NACIMBA estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE
PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 1711070019-8



Instituto Tecnológico Superior Escalpio
I.S.T.E

Registro Senescyt No. 17-061

Escuela de Medicina y Odontología

NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Escalpio.

DÓNDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba

ESPECIALIDAD: Naturopatia

LUGAR: Amaguaña

FECHA 12/10/2019

Yo _____, con C.I. _____; domiciliado

en AMAGUAÑA; de la ciudad de

BAYO; en calidad de paciente o como representante del paciente

PRESENTE; autorizo a ROSA GUALLICHICO

NACIMBA, estudiante de Naturopatia para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE

PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que se esperaba con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 17107049-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amagaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.

ESPECIALIDAD: Naturopatía

LUGAR: Amagaña

FECHA: 12/07/2019

Yo _____, con CI. _____; domiciliado
en Amagaña _____; de la ciudad de
Quito _____; en calidad de paciente o como representante del paciente
Paciente _____; autorizo a ROSA GUALLICHICO
NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE
PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta
terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias
inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la
realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no
se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la
eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones
generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las
mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su
Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 174070401-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amagüaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.

ESPECIALIDAD: Naturopatía

LUGAR: Amagüaña

FECHA: 12/07/2019

Yo _____, con C.I. _____; domiciliado en Amagüaña; de la ciudad de Auto; en calidad de paciente o como representante del paciente Paciente; autorizo a ROSA GUALLICHICO NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 17407049-B



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.

ESPECIALIDAD: Naturopatia

LUGAR: Amaguaña

FECHA: 12/10/12019

Yo _____, con C.I. _____, domiciliado
en Amaguaña _____; de la ciudad de
Pinar del Río _____; en calidad de paciente o como representante del paciente
Paciente _____; autorizo a ROSA GUALLICHICO
NACIMBA, estudiante de Naturopatia para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE
PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta
terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias
inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la
realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no
se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la
eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones
generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las
mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su
Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 171107049-8



Instituto Tecnológico Superior Esculapio

I.S.T.E

Registro Senescyt No. 17-061

Escuela de Formación de Técnicos en Salud

NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.

DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amagaña.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba

ESPECIALIDAD: Naturopatía

LUGAR: Amagaña

FECHA: 12/07/2019

Yo _____, con C.I. _____, domiciliado

en Amagaña, de la ciudad de

Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente

Paciente, autorizo a ROSA GUALLICHICO

NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE

PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 174407049-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amagüaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba
ESPECIALIDAD: Naturopatia
LUGAR: Amagüaña
FECHA: 12/10/2019

Yo _____, con C.I. _____, domiciliado
en Bacasalina, de la ciudad de
Quito, en calidad de paciente o como representante del paciente
Paciente, autorizo a ROSA GUALLICHICO
NACIMBA, estudiante de Naturopatia para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE
PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta
terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias
inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la
realización de otro procedimiento diferente al de Jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no
se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la
eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones
generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las
mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su
Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 171107049-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.

ESPECIALIDAD: Naturopatía

LUGAR: Amaguaña

FECHA: 12/10/19

Yo _____, con CI. _____; domiciliado

en Amaguaña; de la ciudad de

Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente

Paciente; autorizo a ROSA GUALLICHICO

NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 17407019-B



NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba
ESPECIALIDAD: Naturopatía
LUGAR: Amaguaña
FECHA: 05/10/2019

Yo _____ con C.I. _____; domiciliado en Amaguaña de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente Paciente; autorizo a ROSA GUALLICHICO NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO ha sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO ha sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 171107049-B



Instituto Tecnológico Superior Esculapio
I.S.T.E

Registro Senescyt No. 17-061

NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.

ESPECIALIDAD: Naturopatia

LUGAR: Amaguaña

FECHA: 12/07/2014

Yo _____ con CI. _____; domiciliado en Amaguaña, de la ciudad de Quito, en calidad de paciente o como representante del paciente Representante, autorizo a ROSA GUALLICHICO NACIMBA, estudiante de Naturopatia para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba

C. IDENTIDAD: 17407049-6



Instituto Tecnológico Superior Esculapio
I.S.T.E

Registro Senescyt No. 17-061

NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.

DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amagaña.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.

ESPECIALIDAD: Naturopatia

LUGAR: Amagaña

FECHA 12/07/2019

Yo _____, con C.I. _____; domiciliado

en Amagaña de la ciudad de

Quito, en calidad de paciente o como representante del paciente

Paciente, autorizo a ROSA GUALLICHICO

NACIMBA, estudiante de Naturopatia para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE

PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 17407049-B



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba
ESPECIALIDAD: Naturopatía

LUGAR: Amaguaña

FECHA 12/07/2019

Yo _____ con C.I. _____, domiciliado

en AMAGUAÑA; de la ciudad de

QUITO; en calidad de paciente o como representante del paciente

PACIENTE; autorizo a ROSA GUALLICHICO

NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE

PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 171107099-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.

ESPECIALIDAD: Naturopatía

LUGAR: Amaguaña

FECHA: 12 10 2019

Yo, _____, con C.I. _____; domiciliado
en Nacha elti; de la ciudad de

I; en calidad de paciente o como representante del paciente
_____; autorizo a ROSA GUALLICHICO

NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE
PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta
terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias
inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la
realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no
se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la
eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones
generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las
mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su
Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 171107049-8



Instituto Tecnológico Superior Esculapio
I.S.T.E

Registro Senescyt No. 17-061

Escuela de Graduados de Tecnología

NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.

DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba

ESPECIALIDAD: Naturopatía

LUGAR: Amaguaña

FECHA: 12/07/2019

Yo _____, con CI _____, domiciliado

en Amaguaña, de la ciudad de

San Fernando, en calidad de paciente o como representante del paciente

Paciente, autorizo a ROSA GUALLICHICO

NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE

PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO ha sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO ha sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 174070419-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.
ESPECIALIDAD: Naturopatía
LUGAR: Amaguaña
FECHA: 12/10/2019

Yo _____ con CI. _____; domiciliado
en Amaguaña; de la ciudad de
Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
Paciente; autorizo a ROSA GUALLICHICO
NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE
PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta
terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias
inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la
realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no
se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la
eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones
generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las
mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su
Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 17407049-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amagaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.
ESPECIALIDAD: Naturopatia
LUGAR: Amagaña

FECHA: 12/07/2019

Yo _____, con CI _____, domiciliado en Amagaña de la ciudad de Juito; en calidad de paciente o como representante del paciente Paciente, autorizo a ROSA GUALLICHICO NACIMBA, estudiante de Naturopatia para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 17107049-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.

DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.

ESPECIALIDAD: Naturopatía

LUGAR: Amaguaña

FECHA: 12/07/2019

Yo, _____, con C.I. _____; domiciliado en Amaguaña - Canelón; de la ciudad de

Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente

Bayron Guallichico; autorizo a ROSA GUALLICHICO

NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 174407049-E



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.

ESPECIALIDAD: Naturopatía

LUGAR: Amaguaña

FECHA: 12/07/2019

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en Amaguaña; de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente Paciente; autorizo a ROSA GUALLICHICO

NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 171107099-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amagaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba
ESPECIALIDAD: Naturopatia
LUGAR: Amagaña
FECHA 12/07/2019
Yo _____, con C.I. _____, domiciliado
en Baudena _____; de la ciudad de
Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
Paciente; autorizo a ROSA GUALLICHICO
NACIMBA, estudiante de Naturopatia para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE
PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 17107049-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Escalpio.
DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.
ESPECIALIDAD: Naturopatía

LUGAR: Amaguaña

FECHA: 12/10/2019

Yo Bryan Cúñga, con CI. 1728434238; domiciliado en Amaguaña; de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente Representante; autorizo a ROSA GUALLICHICO NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: Bryan Cúñga

C. IDENTIDAD: 1728434238

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 17407049-8



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Instituto Tecnológico Superior Esculapio.
 DONDE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Grupo de Adulto Mayor del GAD de Amaguaña.
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico Nacimba.
 ESPECIALIDAD: Naturopatía
 LUGAR: Amaguaña
 FECHA: ___/___/___
 Yo _____, con CI. _____; domiciliado
 en Amaguaña; de la ciudad de
Quito; en calidad de paciente o como representante del paciente
Paciente; autorizo a ROSA GUALLICHICO
NACIMBA, estudiante de Naturopatía para la realización del procedimiento del JARABE DE AGAVE
PARA RESFRIADO COMÚN

SI NO he sido informado sobre los posibles riesgos que se pueden presentar con esta terapia

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias inesperadas, que puedan requerir una prolongación del tratamiento programado inicialmente o la realización de otro procedimiento diferente al de jarabe de agave

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantizan en 100% los resultados que es esperado con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco y acepto que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su Contenido. Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

C. IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: Rosa Guallichico

C. IDENTIDAD: 171101049-8

ANEXO III: MODELO ENCUESTA INICIAL



N° PACIENTE: _

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Nº PACIENTE: ___

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Instituto Tecnológico Superior Escutapio

Registro Senescyt No. 17-061

E-mail: Escutapio@senescyt.gub.ve

N° PACIENTE: _

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Instituto Tecnológico Superior Esculapio

Registro Senescyt No. 17-081

Escuela de Graduados en Tecnología Químicas

Nº PACIENTE: _____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Nº PACIENTE: ___ -

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Instituto Tecnológico Superior Escalapló

Registro Senescyt No. 17-061

Escuela de Licenciatura en Tecnología Industrial

Nº PACIENTE _____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Instituto Tecnológico Superior Escutapio

Registro Senescyt No. 17-051

Escuela de Ingeniería en Ingeniería de Telecomunicaciones

Nº PACIENTE: _____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO

2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO

3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO

4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO

5. ¿Presenta catarro? SI NO

6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO

7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?

Un día De 2 a 5 días 6 días o más

8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?

Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Nº PACIENTE: _ _

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Nº PACIENTE: _ _ _ _ _

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Nº PACIENTE: _____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _ _ _ _

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Nº PACIENTE: _____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Instituto Tecnológico Superior Eaculapio

Registro Senesoyl No. 17-001

E-mail: la@tecnosuperior.com

Nº PACIENTE: _____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Instituto Tecnológico Superior Esculapio

Registro Senescyt No. 17-001

Escuela de Enfermería de Tecnología y Comunicación

Nº PACIENTE: _ _ _ _ _

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _ _ _ _ _

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: ___ ___

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO

2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO

3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO

4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO

5. ¿Presenta catarro? SI NO

6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO

7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?

Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Instituto Tecnológico Superior Esculapio

Registro Senescyt No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

Nº PACIENTE: _ _ _ _

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _ _ _ _

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE

ANEXO IV: MODELO ENCUESTA FINAL



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Instituto Tecnológico Superior Escutapio

Registro Sanescyt No. 17-081

Escuela de Enseñanza de Técnico en Laboratorio

N° PACIENTE: ____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

- | | | | | |
|-----------------------------------------|------|-------|------|---|
| 1. ¿Presenta dolor de garganta? | SI | NO | X | |
| 2. ¿Presenta usted tos con flema? | SI | NO | X | |
| 3. ¿Presenta usted tos sin flema? | SI | NO | X | |
| 4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? | SI | NO | X | |
| 5. ¿Presenta catarro? | SI | NO | X | |
| 6. ¿Usted presenta fiebre? | SI | NO | X | |
| 7. ¿Cómo calificaría usted su malestar? | Alto | Medio | Bajo | X |

FIRMA DEL PACIENTE



Instituto Tecnológico Superior Esculapio

Registro Senescyt No. 17-061

Escuela de Especialidad de Terapias Naturales

N° PACIENTE: ____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO

2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO

3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO

4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO

5. ¿Presenta catarro? SI NO

6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO

7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?

Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Instituto Tecnológico Superior Escutapio

Registro Senecyt No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Tecnología

N° PACIENTE: _

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

- | | | | |
|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| 1. ¿Presenta dolor de garganta? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2. ¿Presenta usted tos con flema? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Presenta usted tos sin flema? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 5. ¿Presenta catarro? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 6. ¿Usted presenta fiebre? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 7. ¿Cómo calificaría usted su malestar? | Alto | Medio | Bajo <input checked="" type="checkbox"/> |

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: ____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

- | | | | |
|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| 1. ¿Presenta dolor de garganta? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2. ¿Presenta usted tos con flema? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Presenta usted tos sin flema? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 5. ¿Presenta catarro? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 6. ¿Usted presenta fiebre? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 7. ¿Cómo calificaría usted su malestar? | Alto | Medio | Bajo <input checked="" type="checkbox"/> |

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Instituto Tecnológico Superior Escalante

Registro Sanescyl No. 17-081

Escuela de Enseñanza de Terapias Físicas

N° PACIENTE: _ _ _ _

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

- | | | | | |
|-----------------------------------------|------|-------|------|---|
| 1. ¿Presenta dolor de garganta? | SI | NO | X | |
| 2. ¿Presenta usted tos con flema? | SI | NO | X | |
| 3. ¿Presenta usted tos sin flema? | SI | NO | X | |
| 4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? | SI | NO | X | |
| 5. ¿Presenta catarro? | SI | NO | X | |
| 6. ¿Usted presenta fiebre? | SI | NO | X | |
| 7. ¿Cómo calificaría usted su malestar? | Alto | Medio | Bajo | X |

FIRMA DEL PACIENTE



Instituto Tecnológico Superior Esculapio

Registro Senescyt No. 17-061

Escuela de Graduados en Tecnología Industrial

N° PACIENTE: _ _ _ _

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

- | | | | |
|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| 1. ¿Presenta dolor de garganta? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2. ¿Presenta usted tos con flema? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Presenta usted tos sin flema? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 5. ¿Presenta catarro? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 6. ¿Usted presenta fiebre? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 7. ¿Cómo calificaría usted su malestar? | Alto | Medio | Bajo <input checked="" type="checkbox"/> |

FIRMA DEL PACIENTE



Nº PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: ___ ___

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

- | | | | |
|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| 1. ¿Presenta dolor de garganta? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2. ¿Presenta usted tos con flema? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Presenta usted tos sin flema? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 5. ¿Presenta catarro? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 6. ¿Usted presenta fiebre? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 7. ¿Cómo calificaría usted su malestar? | Alto | Medio | Bajo <input checked="" type="checkbox"/> |

FIRMA DEL PACIENTE



Instituto Tecnológico Superior Esculapio

Registro Senascyt No. 17-061

Escuela de Enseñanza de Terapias Manuales

N° PACIENTE: _ _ _ _ _

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

- | | | | |
|-----------------------------------------|------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| 1. ¿Presenta dolor de garganta? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2. ¿Presenta usted tos con flema? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Presenta usted tos sin flema? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 5. ¿Presenta catarro? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 6. ¿Usted presenta fiebre? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 7. ¿Cómo calificaría usted su malestar? | | | |
| | Alto | Medio | Bajo <input checked="" type="checkbox"/> |

FIRMA DEL PACIENTE



Instituto Tecnológico Superior Escutapio

Registro Senescyt No. 17-081

Escuela de Enseñanza de Formación Profesional

N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

- | | | | | |
|-----------------------------------------|------|-------|------|---|
| 1. ¿Presenta dolor de garganta? | SI | NO | X | |
| 2. ¿Presenta usted tos con flema? | SI | NO | X | |
| 3. ¿Presenta usted tos sin flema? | SI | NO | X | |
| 4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? | SI | NO | X | |
| 5. ¿Presenta catarro? | SI | NO | X | |
| 6. ¿Usted presenta fiebre? | SI | NO | X | |
| 7. ¿Cómo calificaría usted su malestar? | Alto | Medio | Bajo | X |

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE _____



N° PACIENTE: ____

ENCUESTA INICIAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿hace cuánto tiempo presenta estos síntomas?
Un día De 2 a 5 días 6 días o más
8. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Instituto Tecnológico Superior Escalpio

Registro Senescyt No. 17-081

Escuela de Ingeniería en Tecnología de Alimentos

N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

- | | | | | |
|-----------------------------------------|------|-------|------|---|
| 1. ¿Presenta dolor de garganta? | SI | NO | X | |
| 2. ¿Presenta usted tos con flema? | SI | NO | X | |
| 3. ¿Presenta usted tos sin flema? | SI | NO | X | |
| 4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? | SI | NO | X | |
| 5. ¿Presenta catarro? | SI | NO | X | |
| 6. ¿Usted presenta fiebre? | SI | X | NO | |
| 7. ¿Cómo calificaría usted su malestar? | Alto | Medio | Bajo | X |

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO

2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO

3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO

4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO

5. ¿Presenta catarro? SI NO

6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO

7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?

Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Nº PACIENTE: ___

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



Nº PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

1. ¿Presenta dolor de garganta? SI NO
2. ¿Presenta usted tos con flema? SI NO
3. ¿Presenta usted tos sin flema? SI NO
4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? SI NO
5. ¿Presenta catarro? SI NO
6. ¿Usted presenta fiebre? SI NO
7. ¿Cómo calificaría usted su malestar?
Alto Medio Bajo

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

- | | | | | |
|-----------------------------------------|------|-------|------|---|
| 1. ¿Presenta dolor de garganta? | SI | NO | X | |
| 2. ¿Presenta usted tos con flema? | SI | NO | X | |
| 3. ¿Presenta usted tos sin flema? | SI | NO | X | |
| 4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? | SI | NO | X | |
| 5. ¿Presenta catarro? | SI | NO | X | |
| 6. ¿Usted presenta fiebre? | SI | X | NO | |
| 7. ¿Cómo calificaría usted su malestar? | Alto | Medio | Bajo | X |

FIRMA DEL PACIENTE



N° PACIENTE: _____

ENCUESTA FINAL

RESFRIADO COMÚN

- | | | | | |
|-----------------------------------------|------|-------|------|---|
| 1. ¿Presenta dolor de garganta? | SI | NO | X | |
| 2. ¿Presenta usted tos con flema? | SI | NO | X | |
| 3. ¿Presenta usted tos sin flema? | SI | NO | X | |
| 4. ¿Presenta usted dolor de cuerpo? | SI | NO | X | |
| 5. ¿Presenta catarro? | SI | NO | X | |
| 6. ¿Usted presenta fiebre? | SI | NO | X | |
| 7. ¿Cómo calificaría usted su malestar? | Alto | Medio | Bajo | X |

FIRMA DEL PACIENTE _____