

CUADERNO

médico

SU SALUD AL DÍA



CUADERNO *médico*

© 2017 OCU Ediciones, S.A.
C/ Albarracín, 21
28037 Madrid
Tel. 913 000 045
Fax 917 543 870
www.ocu.org

Textos: Departamentos técnicos de OCU
Coordinación editorial: Genara González Alonso
Ilustraciones: Inspirart

ISBN: xx
Depósito legal: M-28589-2017
Imprime: Orymu Artes Gráficas, S.A.
C/ Marcelino Camacho, 1-3, P.I. La Estación, 28320, Pinto, Madrid.

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización de los titulares del copyright, bajo sanción establecida por la ley, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y tratamiento informático y la distribución de ejemplares de ella mediante el alquiler o préstamo públicos.

ÍNDICE

DATOS PERSONALES	5	ANÁLISIS CLÍNICOS	64
		Ionograma	65
ANTECEDENTES PERSONALES	6	Función renal	66
Enfermedades	6	Grasas en sangre	69
Accidentes	10	Hemograma completo	72
Urgencias	14	Velocidad de sedimentación globular (VSG)	76
Ingresos hospitalarios	18	Pruebas de coagulación	79
Intervenciones quirúrgicas	22	Pruebas de función hepática	81
Bajas médicas	26	Pruebas de función tiroidea	93
		Otros análisis de sangre	97
VACUNACIÓN	28	Análisis de orina	100
Calendario oficial de vacunación infantil	30	Otros análisis	110
Administración de vacunas	33		
Otras vacunaciones	35	EXÁMENES MÉDICOS	118
ALERGIAS E INTOLERANCIAS	38	MEDICAMENTOS	
Eventuales alérgenos por confirmar	46	Y SUPLEMENTOS	122
		Farmacia personal	130
		Medicación	135
CONTROLES REGulares	48		
Tensión arterial	49	AGENDA MÉDICA	140
Peso	58	Contactos útiles	142
Glucemia	60		



DATOS PERSONALES

Nombre _____

Dirección _____

Código postal _____ - _____ Localidad _____

Teléfono _____ Móvil _____

E-mail _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Lugar _____

Número de DNI _____ Fecha de expiración ____/____/____

Número de Afiliación a la Seguridad Social _____

Código de Identificación Personal de la Tarjeta Sanitaria _____

Número de Tarjeta Sanitaria Europea _____

Fecha de expiración _____

Número de socio OCU _____

Médico de familia / enfermera _____

Contacto telefónico _____

En caso de accidente, contactar con _____

Seguro de salud de la compañía _____ Póliza número _____

Denominación _____ Contratada en ____/____/____

Número de tarjeta _____

Grupo sanguíneo _____

Alergias a medicamentos _____

Otras alergias _____

Donante de sangre _____

ANTECEDENTES PERSONALES

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

Otras alergias:

Fumador:

Bebe alcohol:

Otros hábitos de interés:

ENFERMEDAD

Cuándo se sufrió/desde cuándo.

Tratamiento realizado

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

Otras alergias:

Fumador:

Bebe alcohol:

Otros hábitos de interés:

ENFERMEDAD

Cuándo se sufrió/desde cuándo.

Tratamiento realizado

Enfermedades



Observaciones

EL MEDICO
protegerá..



su privacidad, aunque existen enfermedades infecciosas que deben declararse a las autoridades. Es el caso de la hepatitis, el sarampión o la tuberculosis.

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____

Otras alergias: _____

Fumador: _____

Bebe alcohol: _____

Otros hábitos de interés: _____

ENFERMEDAD _____

Cuándo se sufrió/desde cuándo _____

Tratamiento realizado _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____

Otras alergias: _____

Fumador: _____

Bebe alcohol: _____

Otros hábitos de interés: _____

ENFERMEDAD _____

Cuándo se sufrió/desde cuándo _____

Tratamiento realizado _____

Observaciones _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Accidentes

TIPO DE ACCIDENTE _____

Fecha ____/____/____ Lugar _____

Tratamiento y recuperación _____

Secuelas _____

TIPO DE ACCIDENTE _____

Fecha ____/____/____ Lugar _____

Tratamiento y recuperación _____

Secuelas _____

TIPO DE ACCIDENTE _____

Fecha ____/____/____ Lugar _____

Tratamiento y recuperación _____

Secuelas _____

Observaciones _____



ANTECEDENTES PERSONALES

Accidentes

TIPO DE ACCIDENTE _____

Fecha ____/____/____ Lugar _____

Tratamiento y recuperación _____

Secuelas _____

TIPO DE ACCIDENTE _____

Fecha ____/____/____ Lugar _____

Tratamiento y recuperación _____

Secuelas _____

TIPO DE ACCIDENTE _____

Fecha ____/____/____ Lugar _____

Tratamiento y recuperación _____

Secuelas _____

Observaciones _____

en caso de
ACCIDENTE



lo primero es prestar atención a la propia
seguridad para no aumentar el número
de víctimas.

ANTECEDENTES PERSONALES

Urgencias



MOTIVO _____

Fecha ____/____/____

Servicio de urgencias _____

Médico que atendió _____

Diagnóstico y recomendaciones _____

MOTIVO _____

Fecha ____/____/____

Servicio de urgencias _____

Médico que atendió _____

Diagnóstico y recomendaciones _____

MOTIVO _____

Fecha ____/____/____

Servicio de urgencias _____

Médico que atendió _____

Diagnóstico y recomendaciones _____

Observaciones _____

is direttamente

AL HOSPITAL

IN HOSTIA

_____, Valore, antes, si es necesario. Las

pueden ser una solución más rápida en



¿ir directamente?
AL HOSPITAL?

Valore, antes, si es necesario. Las urgencias de su centro de salud pueden ser una solución más rápida en caso de problemas menores.

ANTECEDENTES PERSONALES

Urgencias 

MOTIVO _____

Fecha ____/____/____

Servicio de urgencias _____

Médico que atendió _____

Diagnóstico y recomendaciones _____

MOTIVO _____

Fecha ____/____/____

Servicio de urgencias _____

Médico que atendió _____

Diagnóstico y recomendaciones _____

MOTIVO

Fecha ____/____/____

Servicio de urgencias _____

Médico que atendió _____

Diagnóstico y recomendaciones _____

Observaciones _____

PIDA SU 
informe médico

cuando le den el alta en urgencias, con la evaluación realizada, el diagnóstico y las posibles derivaciones a otros médicos

ANTECEDENTES PERSONALES

Ingresos hospitalarios

MOTIVO _____

Fecha de entrada ____/____/____ Fecha de alta ____/____/____

Establecimiento hospitalario _____

Médico que atendió _____

Recomendaciones tras el alta _____

MOTIVO _____

Fecha de entrada ____/____/____ Fecha de alta ____/____/____

Establecimiento hospitalario _____

Médico que atendió _____

Recomendaciones tras el alta _____

MOTIVO _____

Fecha de entrada ____/____/____ Fecha de alta ____/____/____

Establecimiento hospitalario _____

Médico que atendió _____

Recomendaciones tras el alta _____

Observaciones _____

INFÓRMASE
sobre 

quién o quiénes le están atendiendo en cada momento: su nombre, formación y especialidad. Está en su derecho.

ANTECEDENTES PERSONALES

MOTIVO _____

Fecha de entrada ____/____/____ Fecha de alta ____/____/____

Establecimiento hospitalario _____

Médico que atendió _____

Recomendaciones tras el alta _____

MOTIVO _____

Fecha de entrada ____/____/____ Fecha de alta ____/____/____

Establecimiento hospitalario _____

Médico que atendió _____

Recomendaciones tras el alta _____

MOTIVO _____

Fecha de entrada ____/____/____ Fecha de alta ____/____/____

Establecimiento hospitalario _____

Médico que atendió _____

Recomendaciones tras el alta _____

Ingresos hospitalarios



Observaciones _____

el informe
DE ALTA



de alta indica el motivo del ingreso, las intervenciones y los exámenes realizados, pero también los cuidados posteriores necesarios (medicamentos que hay que tomar, etc.), así como las eventuales citas para consultas de seguimiento.

ANTECEDENTES PERSONALES

Intervenciones quirúrgicas



TIPO DE INTERVENCIÓN _____

Fecha ____/____/____

Establecimiento hospitalario _____

Médico que atendió _____

¿Con transfusión de Sangre? Si ☐ No ☐

Tipo de anestesia _____

Otros datos de interés _____

TIPO DE INTERVENCIÓN _____

Fecha ____/____/____

Establecimiento hospitalario _____

Médico que atendió _____

¿Con transfusión de Sangre? Si ☐ No ☐

Tipo de anestesia _____

Otros datos de interés _____

TIPO DE INTERVENCIÓN _____

Fecha ____/____/____

Establecimiento hospitalario _____

Médico que atendió _____

¿Con transfusión de Sangre? Si ☐ No ☐

Tipo de anestesia _____

Otros datos de interés _____

Observaciones _____



Antes de cada intervención debe dar su consentimiento informado, después de haber recibido, de forma clara y comprensible para el paciente, la información sobre el alcance de la intervención, los riesgos que con lleva y las posibles alternativas.