



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles

Tel. 2216-6100
Ext.100304
voae@unah.edu.hn

OFICIO VOAE No. 341
29 de agosto de 2020

Máster
RAFAEL ANTONIO NÚÑEZ SOLÓRZANO
Comisionado Coordinador a.i.
Comisión de Control de Gestión UNAH
Su Oficina

Estimado máster Núñez:

En atención a la circular CCG-07-UNAH-2020, donde solicita información conforme a los **Lineamientos para generar información pública a divulgar en los Portales de Transparencia**; específicamente la sección I, página No. 8, referente a la generación de: actas y acuerdos, resoluciones firmes y circulares, correspondiente a los meses de **junio y julio** del presente año, y en cumplimiento con los artículos 13 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información LTAIP y 17 del Reglamento de dicha Ley, hacemos de su conocimiento que esta Vicerrectoría NO EMITIÓ ningún documento de esta índole.

Agradeciendo su atención, me es grato suscribirme

Atentamente,


AYAX IRIAS COELLO
Vicerrector
Orientación y Asuntos Estudiantiles



Archivo
AIC/MV/Claudia Díaz

"La Educación es la Primera Necesidad de La República"



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

CONSULTA
 EMERGENCIA

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE(S)			N° DE CUENTA				
DIRECCIÓN:		CARRERA			N° DE IDENTIDAD						
LUGAR DE PROCEDENCIA:				FECHA DE NACIMIENTO		SEXO:		ESTADO CIVIL:			
				DÍA	MES	AÑO	<input type="radio"/> HOMBRE <input type="radio"/> MUJER		<input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> UNION LIBRE <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> DIVORCIADO <input type="radio"/> VIUDO		
N° TELEFONO		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:									
		NOMBRE			TELEFONO						
FECHA Y HORA:	EDAD:	PESO:	TALLA:	IMC:	T°	PRESION ARTERIAL:		PULSO:		CUENTA CON SEGURO MEDICO:	
		Kg	Cm		°C	mmHg				<input type="radio"/> PRIVADO <input type="radio"/> IHSS	

HISTORIA CLÍNICA

HEA:

ANTECEDENTES FAMILIARES: En caso de positivo detallar parentesco indicando número correspondiente

1. Diabetes	SI	NO	
2. T.B Pulmonar	SI	NO	
3. Desnutrición	SI	NO	
4. Enf. Mentales	SI	NO	
5. Convulsiones	SI	NO	
6. Alcoholismo o sustancias psicoactivas	SI	NO	
7. Alergias	SI	NO	
8. Cáncer	SI	NO	
9. Otros			

ANTECEDENTES PERSONALES: En caso de positivo detallar inicio de la enfermedad y tratamiento

1. Diabetes	SI	NO	
2. Hipertensión Arterial	SI	NO	
3. T.B Pulmonar	SI	NO	
4. ITS	SI	NO	
5. Desnutrición	SI	NO	
6. Enf. Mentales	SI	NO	
7. Convulsiones	SI	NO	
8. Alergias	SI	NO	
9. Cáncer	SI	NO	
10. Hospitalarias y Quirúrgicas	SI	NO	
11. Traumáticos	SI	NO	
12. Otros			

HABITOS TOXICOLOGICOS PERSONALES: En caso de positivo detallar el tiempo de uso, frecuencia y tipo

1. Alcohol	SI	NO	
2. Tabaquismo	SI	NO	
3. Marihuana	SI	NO	
4. Cocaína	SI	NO	
5. Otros	SI	NO	

ACTIVIDAD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: En caso que su respuesta sea afirmativa completar información.

ACTIVIDAD SEXUAL:	INICIO DE VIDA SEXUAL:	N° DE PAREJAS SEXUALES:	DESCRIBIR PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO:
-------------------	------------------------	-------------------------	---

PLANIFICACION FAMILIAR ACTUALMENTE: (Si es "SI" INDICAR METODO)

SI DIU PASTILLAS INYECCIÓN TRIMESTAL RITMO
 NO CONDÓN IMPLANTE INYECCIÓN MENSUAL ESTERILIZACIÓN

LENE ÚNICAMENTE EN CASO DE PACIENTE FEMENINO

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS: Anotar toda aclaración en Observaciones:

Menarquia a:	FUM			CICLO MENSTRUAL			CITOLOGIA <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI, FECHA: _____ Resultado: _____
	DIA	MES	AÑO	DURACION:	PERIODICIDAD:	CARACTERISTICAS:	

Observaciones:

ANTECEDENTES OBSTETRICOS: Anotar toda aclaración en Observaciones:

HGO: G: _____ P: _____ A: _____ C: _____ HV: _____ HM: _____	FECHA TERMINO ULT. EMBARAZO			COMO TERMINO ULTIMO EMBARAZO
	DIA:	MES:	AÑO:	

Observaciones:

EXAMEN FISICO: En caso de anormalidad describa en observaciones precedida por el numero

1. Cabeza <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL	2. Ojos <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL	3. Oídos <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL	4. Nariz <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL	5. Boca y Garganta <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL	6. Mamas <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL <input type="radio"/> DIFERIDO	7. Pulmones <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL
8. Corazón <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL	9. Sist. Digestivo <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL	10. Genitourinario <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL <input type="radio"/> DIFERIDO <input type="radio"/> NO APLICA	11. Musc. Esquel. <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL	12. Ext. Superiores e Inferiores <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL	13. Ganglios <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL	14. Piel <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL

OBSERVACIONES DEL EXAMEN FISICO:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

INDICACIONES:

REMITIDO A:	<input type="radio"/> Psicología	<input type="radio"/> Nutrición	<input type="radio"/> Odontología	<input type="radio"/> Terapia funcional	<input type="radio"/> CATFA	<input type="radio"/> Trabajo Social
CITA <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	FECHA:	FIRMA Y SELLO MSS QUE ATENDIO:		FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TITULAR QUE ATENDIO:		

REFERIDO A OTRO NIVEL

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE EN CASO DE TRASLADO POR EMERGENCIA :



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	N° DE CUENTA
			N° DE IDENTIDAD

HISTORIA CLÍNICA SUBSIGUIENTE

FECHA Y HORA:	EDAD:	PESO:	TALLA:	TEMPERATURA:	PRESION ARTERIAL:	PULSO:
---------------	-------	-------	--------	--------------	-------------------	--------

OBSERVACIONES:

DIAGNOSTICO:

INDICACIONES:

REMITIDO A:	<input type="radio"/> Psicología	<input type="radio"/> Nutrición	<input type="radio"/> Odontología	<input type="radio"/> Terapia funcional	<input type="radio"/> Trabajo Social
CITA <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	FECHA:	REFERIDO A OTRO NIVEL	FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE:	FIRMA Y SELLO DE LA PERSONA QUE ATENDIO:	

FECHA Y HORA:	EDAD:	PESO:	TALLA:	TEMPERATURA:	PRESION ARTERIAL:	PULSO:
---------------	-------	-------	--------	--------------	-------------------	--------

OBSERVACIONES:

DIAGNOSTICO:

INDICACIONES:

REMITIDO A:	<input type="radio"/> Psicología	<input type="radio"/> Nutrición	<input type="radio"/> Odontología	<input type="radio"/> Terapia funcional	<input type="radio"/> Trabajo Social
CITA <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	FECHA:	REFERIDO A OTRO NIVEL	FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE:	FIRMA Y SELLO DE LA PERSONA QUE ATENDIO:	

FECHA Y HORA:	EDAD:	PESO:	TALLA:	TEMPERATURA:	PRESION ARTERIAL:	PULSO:
---------------	-------	-------	--------	--------------	-------------------	--------

OBSERVACIONES:

DIAGNOSTICO:

INDICACIONES:

REMITIDO A:	<input type="radio"/> Psicología	<input type="radio"/> Nutrición	<input type="radio"/> Odontología	<input type="radio"/> Terapia funcional	<input type="radio"/> Trabajo Social
CITA <input type="radio"/> Si	FECHA:	REFERIDO A OTRO NIVEL	FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE:	FIRMA Y SELLO DE LA PERSONA QUE ATENDIO:	

<input type="radio"/> No				
--------------------------	--	--	--	--

4. ÁREA DE SALUD

Objetivo: Contribuir a la promoción, prevención y atención integral de la salud en el estudiantado universitario, para mejorar su calidad de vida y rendimiento académico.

SERVICIOS PRESTADO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHO	PROCEDIMIENTOS	REQUISITOS	FORMATOS
SERVICIO DE ARCHIVO	<p>Otorga citas para su atención según el servicio en salud requerida por el estudiante universitario por demanda espontánea lo anterior se aplica cuando el estudiante ya tiene expediente médico.</p> <p>En los casos cuando el estudiante asiste por primera vez se le realiza la Creación de su expediente médico clínico para recibir una atención integral en salud, por lo que debe ser evaluados por las clínicas médicas, odontológicas y psicológica, nutricional y fisioterapéutico de ser requerida</p>	Este servicio se brinda de manera gratuita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentarse al área de salud, al servicio de archivo donde se realiza el registro de citas del estudiante. 2. Presentar forma 003 vigente o recibo de pago. 3. Presentar el carnet de estudiante o una identificación con fotografía. 4. Si es primer ingreso, atletas, artistas, estudiantes con capacidades especiales (PROSENE) se creará un expediente clínico para recibir una atención integral en salud (el estudiante universitario es evaluado por los servicios medicina, odontología, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ser estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). 2. Presentar la forma 003 vigente o recibo de pago con identificación. 3. Solicitar atención al servicio requerido. 	Numero de cita

			psicología y nutrición).		
			5. Si es subsiguiente solicitar consulta con el médico o de cualquier otro servicio que requiera.		
SERVICIOS PRESTADO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHO	PROCEDIMIENTOS	REQUISITOS	FORMATOS
SERVICIO DE ENFERMERIA	<p>1. Realización de Preclínica:</p> <p>Primer Ingreso, atletas, artistas, estudiantes con capacidades especiales (PROSENE) llenado de los datos generales de las fichas de evaluación integral.</p> <p>Sub – siguiente actualización de datos en expediente médico.</p> <p>Toma de signos vitales (temperatura, presión arterial, pulso, peso y talla)</p> <p>2. Realizar procedimientos según prescripción médica.</p>	Este servicio se brinda de manera gratuita	<p>Este servicio se brinda posteriormente de haber solicitado su cita respectiva en el servicio de Archivo</p> <p>Permaneciendo en la sala de espera de pacientes donde se le solicitara por parte del personal de enfermería, para realizarle su evaluación de preclínica</p>	<p>1. Ser estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).</p> <p>2. Presentar la forma 003 vigente o recibo de pago con identificación.</p> <p>3. Solicitar atención al servicio requerido.</p>	<p>Anexo 15</p> <p>Anexo 1 y 2</p> <p>Anexo 8</p>

	<p>Aplicación de medicamentos intramuscular, intradérmica o intravenosa.</p> <p>Nebulizaciones simples o mixtas.</p> <p>Curaciones.</p> <p>Retiro de puntos.</p> <p>Triage de emergencia médica.</p> <p>Educación y orientación en temas de salud y de post-clínica.</p> <p>Supervisión d desempeño de los estudiantes en Práctica Profesional.</p>	<p>Este servicio se brinda de manera gratuita</p>	<p>En la sala de espera Durante su permanencia recibe Presentación de videos educativos, y charlas en educación promoción en salud</p> <p>Post Clínica Cuando el estudiante sale su consulta medica Pasa al servicio de enfermería donde se le brindara orientación sobre: reclamo de medicamentos indicados así como realización de procedimientos indicados por el medico tratante como ser (nebulizaciones, inyecciones entre otros)</p>		<p>Anexo 1 y 2</p> <p>Copia Anexo 12</p>
--	---	--	--	--	--

	Registro y archivo de copia de incapacidades extendidas por los médicos AREA SALUD- VOAE				
SERVICIOS PRESTADO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHO	PROCEDIMIENTOS	REQUISITOS	FORMATOS
SERVICIO MEDICO	<ol style="list-style-type: none"> Realizan la evaluación, diagnóstico, tratamiento, procedimiento, consejería y remisión a otros servicios: <ul style="list-style-type: none"> - Odontología - Psicología - Laboratorio - Farmacia - Trabajo Social - Terapia Funcional - Enfermería Evaluación integral a estudiantes de primer ingreso, atletas, artistas, estudiantes con capacidades especiales (PROSENE). Registro en expediente clínico, Registro de Atenciones Diarias 	Este servicio se brinda de manera gratuita	<p>La estudiante una vez realizada su preclínica por parte del servicio de enfermería, debe permanecer en la sala de espera de pacientes, donde se le realizara su llamado respectivo para presentarse con el medico en su clínica respectiva donde que le brindara su atención medica</p> <p>En la sala de espera Durante su permanencia recibe Presentación de videos educativos, y</p>	<ol style="list-style-type: none"> Ser estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). Presentar la forma 003 vigente o recibo de pago con identificación. Solicitar atención al servicio requerido. 	<p>Anexo 15</p> <p>Anexo 1 y 2</p>

	<p>(AT1) y en plataforma en de Registros Médicos del Área de Salud VOAE/UNAH.</p> <p>4. Si requiere tratamiento específico se remite al Segundo o Tercer Nivel de Atención.</p> <p>5. Extensión de incapacidades de 3 a 5 días, constancias médicas.</p> <p>6. Remisión a la Jefatura para refrendamientos por incapacidades extendidas fuera del Área de Salud VOAE/UNAH.</p>		<p>charlas en educación promoción en salud</p> <p>SE APLICA ESTE PROCEDIMIENTO PARA INCAPACIDADES MEDICO - ODONTOLOGO</p> <p>Al estudiante universitario que se le extiende incapacidad por termino de 3 a5 días por el médico del area de Salud VOAE</p> <p>El estudiante universitario Deberá presentar la misma al jefe de la unidad, decano o director Lo anterior en cumplimiento del Reglamento de los</p>		<p>Anexo 9 Anexo 13</p> <p>Anexo 12</p> <p>Se Anexa copia en el expediente clínico</p>
--	--	--	--	--	--

		<p>Estudiantes Universitarios Capitulo 3 Deberes y responsabilidades de los estudiantes Articulo 8 inciso B</p> <p>Si el estudiante fue atendido fuera de los servicios area salud VOAE y presenta incapacidad, deberá pasar a consulta medica donde el medico evaluará su condición medica Por la incapacidad indicada. Si la incapacidad extendida es de menor o igual a 5 días, el medico refrendara la incapacidad según los formatos AREA SALUD VOAE</p> <p>Refrenamiento en la jefatura del area salud VOAE</p> <p>Si la incapacidad es mayor a 5 días deberá ser</p>		<p>Anexo 12</p> <p>Se Anexa copia en el expediente clínico</p>
--	--	---	--	--

		<p>remitida a la jefatura para su debido refrenamiento Lo anterior en cumplimiento ley Aspectos Legales de Incapacidades Medicas.</p> <p>INCAPCIDADES Las instituciones hospitalarias estatales a los cuales se les extenderá certificaciones en papel membretado de la institución, especificando el número de registro hospitalario.</p> <p>Certificaciones médicas a los derechohabientes del Instituto Hondureño de Seguridad Social.</p> <p>Las Certificaciones Médicas se extenderán en formularios impresos en hojas de papel sellado de primera clase debidamente registradas por el Colegio.</p>		<p>Anexo 12 Se Anexa copia en el expediente clínico</p>
--	--	---	--	---

			Lo anterior en cumplimiento del Reglamento de Certificaciones medicas del colegio medico de Honduras		
--	--	--	---	--	--

	<p>7. Atención de Emergencia.</p> <p>8. Educación y consejería.</p> <p>9. Actividades prevención y promoción en salud.</p> <p>10. Supervisión de desempeño de los estudiantes en Práctica Profesional.</p>				
SERVICIOS PRESTADO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHO	PROCEDIMIENTOS	REQUISITOS	FORMATOS
SERVICIO PSICOLOGICO	<p>1. Se reciben dos tipos de pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por remisión médica. - Por demanda espontanea. <p>2. Evaluación y llenado de Historia Clínica Psicológica.</p> <p>3. Programar cita para pacientes en tratamiento o seguimiento.</p>	<p>Este servicio se brinda de manera gratuita</p>	<p>En las atenciones psicológicas los estudiantes remitidos por el personal médico en caso de emergencia, se les otorga la atención inmediata de caso.</p> <p>Cuando la consulta se solicita por demanda espontanea, se le asigna</p>	<p>1. Ser estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).</p> <p>2. Presentar la forma 003 vigente o recibo</p>	<p>Anexo 5</p>

	<p>4. Aplicación de pruebas (Test de Ansiedad, Test de Depresión, Test de Estrés y Autoestima).</p> <p>5. Atención en Crisis.</p> <p>6. Cita de seguimiento de 4 a 9 sesiones y citas control a los 6 meses.</p> <p>7. Educación u promoción en salud.</p> <p>8. Remisión a los servicios del Área de Salud según corresponda el caso.</p> <p>9. Supervisión de desempeño de los estudiantes en Práctica Profesional.</p> <p>10. Atenciones PSICOLÓGICAS "VOAE TE ESCUCHA" esta es la creación de nuevos servicios dirigidos para estudiantes universitarios de manera gratuita, los cuales consisten en realizar Atenciones Psicológicas, intervenciones en crisis, a través de: vía telefónica , online ,Whatsapp, correos electrónicos que se brindan durante este tiempo de confinamiento , las mismas están bajo la supervisión y dirección del Lic. Felipe Pineda Maldonado y sus estudiantes de la carrera de psicología en su práctica profesional supervisada</p>		<p>turno de atención según orden de llegada</p>	<p>de pago con identificación.</p> <p>3. Solicitar atención al servicio requerido.</p>	<p>Anexo 9</p> <p>Anexo 5</p>
--	--	--	---	--	-------------------------------

SERVICIOS PRESTADO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHO	PROCEDIMIENTOS	REQUISITOS	FORMATOS
SERVICIO ODONTOLÓGICO	<p>1. Pacientes de primer ingreso, atletas, artistas, estudiantes con capacidades especiales (PROSENE) se les realiza cada periodo académico el examen bucal integral, para iniciar tratamiento o remisión si es requerido.</p> <p>2. Se brindan los siguientes tratamientos para pacientes subsiguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpieza y profilaxis - Extracción dental - Obturación dental - Guarda oclusal a pacientes con Bruxismo. - Cirugía dental 	<p>COSTO SIMBOLICO</p> <p>Obturaciones dentales Lps.120.00</p> <p>Profilaxis dental— Lps.75.00</p> <p>Extracciones--- Lps.25.00</p> <p>Cirugías de terceros molares- Lps.200.00</p> <p>Obturaciones Provisionales-- Lps.40.00</p>	<p>Este servicio se brinda posteriormente de haber solicitado su cita respectiva en el servicio de Archivo</p> <p>Pre Clínica Permaneciendo en la sala de espera de pacientes donde se le solicitara por parte del personal de enfermería, para realizarle su evaluación</p> <p>Post Clínica Cuando el estudiante sale su consulta medica Pasa al servicio de enfermería donde se le</p>	<p>1. Ser estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).</p> <p>2. Presentar la forma 003 vigente o recibo de pago con identificación.</p> <p>3. Solicitar atención al servicio requerido.</p>	<p>Anexo 3 y 4</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento por Periodoncia 3. Atención de Emergencia Dental. 4. Remisión a otros servicios internos del Área de Salud VOAE/UNAH o si el caso lo amerita se remite a los servicios de atención de la Facultad de Odontología para tratamientos específicos. 5. Programación de citas para tratamiento odontológico. 6. Remisión para medicamento a Farmacia. 7. Remisión a Laboratorio para realización de Exámenes. 8. Supervisión de desempeño de los estudiantes en Práctica Profesional. 9. Extensión de incapacidades 	<p>Guardas Oclusales Lps.200.00</p> <p>Exámenes Bucal</p> <p>Gratis.</p>	<p>brindara orientación sobre: reclamo de medicamentos indicados así como realización de procedimientos indicados por el médico tratante como ser (nebulizaciones, inyecciones entre otros)</p>		<p>Anexo 9</p> <p>Anexo 11</p> <p>Anexo 3 y 4</p>
SERVICIOS PRESTADO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHO	PROCEDIMIENTOS	REQUISITOS	FORMATOS
SERVICIO DE LABORATORIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de la boleta de análisis clínico emitida por el Médico u Odontólogo 2. Análisis laboratorio según remisión. 3. Entrega de resultados al expediente clínico del estudiante. 	<p>Este servicio se brinda de manera gratuita</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Brindar orientaciones a los estudiantes para la realización de los análisis clínicos. 6. Recepción y toma de muestra. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ser estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). 	

	4. Supervisión de desempeño de los estudiantes en Práctica Profesional.			2. Presentar la forma 003 vigente o recibo de pago con identificación. 3. Solicitar atención al servicio requerido.	
SERVICIOS PRESTADO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHO	PROCEDIMIENTOS	REQUISITOS	FORMATOS
SERVICIO DE FARMACIA	1. Al momento en que el estudiante solicita los medicamentos prescritos por el médico u odontólogo del Área de Salud VOAE/UNAH debe presentar:	Este servicio se brinda de manera gratuita	EL estudiante universitario Presenta su receta firmada y sellada por el médico tratante. Llenar espacio de recibido conforme con nombre y número de cuenta del estudiante. Entrega de medicamento según existencia. Orientación y consejería del uso seguro de medicamentos (vía de administración, dosis, horario).	1. Ser estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). 2. Presentar la forma 003 vigente o recibo de pago con identificación. 3. Solicitar atención al servicio requerido.	

SERVICIOS PRESTADO	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHO	PROCEDIMIENTOS	REQUISITOS	FORMATOS
SERVICIO DE TERAPIA FUNCIONAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación y registro del Historia Clínica Terapia Física. 2. Brindar atención preventiva y atención clínica de lesiones musculoesqueléticas. 3. Recuperación y rehabilitación muscular a pacientes. 4. Brindar asistencia a eventos deportivos nacionales e internacionales donde participa la UNAH. 5. Supervisión de desempeño de los estudiantes en Práctica Profesional. 6. Educación, consejería y promoción en salud. 7. Extensión de incapacidades por lesiones musculoesqueléticas. 8. Referencia a centros de Terapia y Rehabilitación, así como remisión a 	<p>Este servicio se brinda de manera gratuita</p>	<p>El estudiante se atiende según cita otorgada por los licenciados en Terapia Funcional</p> <p>No se cuenta con personal de enfermería y su Clínica se localiza en el complejo deportivo universitario</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ser estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). 2. Presentar la forma 003 vigente o recibo de pago con identificación. 3. Solicitar atención al servicio requerido. 	<p>Anexo 7 y 9</p> <p>Se Anexa copia en el expediente clínico</p> <p>Anexo 12</p> <p>Anexo 9</p>

	los servicios del Área de Salud VOAE/UNAH.				
--	---	--	--	--	--

ANEXOS

Anexo 01:	Historia Clínica
Anexo 02:	Historia Clínica Sub Siguiete
Anexo 03 y 04:	Historia Clínica Odontológica y Sub Siguiete
Anexo 05:	Historia Clínica Psicológica
Anexo 06:	Historia Clínica Nutrición
Anexo 07:	Ficha Terapia Funcional
Anexo 08:	Hoja Triage
Anexo 09:	Referencia
Anexo 10:	Hoja Referencia de Odontología
Anexo 11:	Recibo de Pago por Tratamiento Odontológico
Anexo 12:	Incapacidades Medicas
Anexo 13:	Tránsito de Pacientes
Anexo 14:	Registro Diario de Atenciones
Anexo 15:	Registro Diario de Odontología
Anexo 16:	Ficha de Atención a Empleados



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

- CONSULTA
 EMERGENCIA

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	N° DE CUENTA
			N° DE IDENTIDAD
EDAD:	CARRERA	SEXO: <input type="radio"/> HOMBRE <input type="radio"/> MUJER	
DIRECCIÓN:			ESTADO CIVIL: <input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> UNION LIBRE <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> DIVORCIADO <input type="radio"/> VIUDO
LUGAR DE PROCEDENCIA:			
N° TELEFONO	EN CASO DE EMERGENCIALLAMAR A: NOMBRE TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO:	
FECHA Y HORA:	MOTIVO DE LA CONSULTA:		

1. ANTECEDENTES PSICOLOGICOS FAMILIARES :

2. ANTECEDENTES PSICOLOGICOS PERSONALES:

3. HISTORIA PSICOLOGICA

--

4. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

--

5. TRATAMIENTO PSICOLOGICO:

--

REMITIDO A:	<input type="radio"/> Medicina General	<input type="radio"/> Nutrición	<input type="radio"/> Odontología	<input type="radio"/> Terapia funcional	<input type="radio"/> CATFA	<input type="radio"/> Trabajo Social
CITA <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	FECHA:	FIRMA Y SELLO LIC/SSQUE ATENDIO:		FIRMA Y SELLO DEL LICENCIADO TITULAR QUE ATENDIO:		
REFERIDO A OTRO NIVEL		FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE EN CASO DE TRASLADO POR EMERGENCIA :				

CITAS PSICOLOGICAS

No.	FECHA	HORA	No	FECHA	HORA
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE



Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.h

HISTORIA CLÍNICA NUTRICIONAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	N° DE CUENTA
			N° DE IDENTIDAD
EDAD:	CARRERA	SEXO: <input type="radio"/> HOMBRE <input type="radio"/> MUJER	ESTADO CIVIL: <input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> UNION LIBRE <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> DIVORCIADO <input type="radio"/> VIUDO
DIRECCIÓN:			
LUGAR DE PROCEDENCIA:			
N° TELEFONO	EN CASO DE EMERGENCIALLAMAR A: NOMBRE TELEFONO		CORREO ELECTRÓNICO:

Atendido por: _____ Fecha: ____/____/____

Motivo de consulta: Cambio de hábitos Educación Nutricional ECNT ERCN

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Otras Enfermedades
Hipertensión Arterial			Enfermedades Respiratorias			
Diabetes			Trastornos Alimenticios			
Enfermedades Cardiovasculares			Problemas Intestinales			
Enfermedades Tiroideas			Alergias Alimentarias			

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

ANTECEDENTES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Desayuno: _____

Merienda: _____

Almuerzo: _____

Merienda: _____

Cena: _____

Consumo de agua al día: < de 8 litros 8 litros > de 8 litros



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE



Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

ACTIVIDAD Y FUNCIÓN FÍSICA (FH-7)

Tipo de ejercicio: _____

Frecuencia: _____

Clasificación: Sedentario Moderado Activo y activo

Hábitos Tóxicos: Fuma Beber Drogas Ninguno

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y COMPOSICIÓN CORPORAL

Talla e indicadores ponderales

Talla: _____ Peso actual: _____ Peso ideal: _____

Peso mínimo saludable: _____ Peso máximo saludable: _____

Índice de masa corporal

IMC: _____

Infrapeso mal Sobrepeso Obesidad grado I

Obesidad grado II Obesidad grado III

Composición corporal

Circunferencia abdominal: _____ Circunferencia de cadera: _____

ICC: _____ %GCT: _____ %MM: _____ Grasa visceral: _____

Edad metabólica: _____

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Problema relacionado con etiología evidenciado por signos y síntomas



FICHA DE TERAPIA FUNCIONAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)		EDAD:	N° DE CUENTA
DIRECCIÓN:			CARRERA		N° DE IDENTIDAD
LUGAR DE PROCEDENCIA:		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO:	ESTADO CIVIL:
		DIA	MES	AÑO	
N° TELEFONO	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:				<input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> UNION LIBRE <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> DIVORCIADO <input type="radio"/> VIUDO
		NOMBRE		TELEFONO	

HISTORIAL PERSONAL	
DISCIPLINA QUE PRACTICA	
CON QUE FRECUENCIA	
DESDE CUANDO LO PRACTICA	
NOMBRE DE ENTRENADOR	
PREDOMINIO MOTRIZ	

INSPECCIÓN	NORMAL	LIMITADO	ESPECIFIQUE
PATRON POSTURAL			

MOVILIDAD	NORMAL	LIMITACION	ESPECIFIQUE
CUELLO			
MIEMBRO SUPERIOR			
COLUMNA			
MIEMBRO INFERIOR			

OBSERVACIONES:

HISTORIAL CLINICO	SI	NO	ESPECIFIQUE
LESIONES ANTERIORES			
OPERACIONES			
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES			



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498

ANTECEDENTES FAMILIARES	PATOLOGICOS			
ALERGIAS				



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

FEHCA:	HORA:	HOJA DE TRIAGE	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	N° DE CUENTA
CARRERA			N° DE IDENTIDAD
RESPONSABLE:			
NOMBRE TELEFONO			
MOTIVO DE LA CONSULTA:			

PACIENTE CON RIESGO VITAL QUE REQUIEREN ATENCION INMEDIATA PRIORIDAD I			
PARO CARDIORESPIRATORIO		HEMORAGIAS INCONTROLABLE	
TRAUMATISMO MAYOR		REACCION ALERGICAA GRAVE (SHOCK ANAFILACTICO)	
DESHIDRATACION GRAVE		INTOXICACIONES EN ADULTO	
SHOCK HEMODINAMICO		MORDEDURAS GRAVES	
DISNEA SEVERA		TERMOREGULACION INEFICAZ (TEMPERATURA CORPORAL MENOR O IGUAL A 35 °C)	
COMA			
CAONVULSIONES GENERALIZADAS			

SIGNOS	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III	PRIORIDAD IV
SIGNOS RESPIRATORIOS			
FR EN ADULTO	FR menor de 10 y mayor de 30 por minuto	Entre 10-16 y mayor de 24 por minuto	Entre 16-24 por minuto
COLOR DE LA PIEL	Cianosis	Palidez	Normal
ESTADO RESPIRATORIO	Estridor	Sibilancia	Normal
	Tiraje intercostal/subcostal	Uso de músculos accesorios	Normal
	Aleteo nasal	Dificultad respiratoria moderada	Normal
SATURACIÓN O ₂	Menor de 90%	90-92%	Mayor de 92%
SIGNOS CARDIO CIRCULATORIOS			
PRESIÓN ARTERIAL	P/A Sistólica mayor de 200 o menor de 90 mmHg	P/A Sistólica mayor de 140 hasta 200 mmHg	P/A Sistólica 120 +/- 100 mmHg
	P/A Diastólica menor de 60 mayor de 120 mmHg	P/A Diastólica mayor o igual a 100 hasta 120 mmHg	P/A Diastólica 80 +/- 60 mmHg
PERFUSIÓN DE PIEL	Sudor frio	Discreto sudor	Normal
FRECUENCIA CARDIACA	FC < de 30 o >130 por minuto	Entre 40-60 o mayor de 130 por minuto	FC entre 60 y 80 por minuto
TEMPERATURA	T° Axilar < de 35.5 °C o > 40 °C	T° Axilar < de 36 °C o > 38 °C	T° Axilar entre 36.5-37 °C
	Fiebre con lecciones cutáneas generalizadas	Fiebre con lecciones cutáneas focalizadas	Normal
SIGNOS PSICO-NEUROLÓGICOS			
ESTADO DE ANIMO	Agitación Psicomotriz	Ansiedad	Normal
NIVEL DE CONCIENCIA	Coma estupor	Perdida transitoria mayor de 3 minutos	Consiente
DOLOR			
ESTADO DEL DOLOR	Mayor a 8	De 4 a 8	Menor de 4
OTROS			
GLICEMIA CAPILAR	Menor de 40 mg/dl Mayo de 300 mg/dl	Entre 40-70 mg/dl o 101-229 mg/dl	70 – 100 mg/dl
RETENCIÓN DE ORINA	Mayor de 8 horas	Entre 5-8 horas	Sin retención
CONVULSIONES	Continuas	Estado postcrítico	Consciencia conservada
VOMITOS	Incontenibles	Moderados	Leves

CALCIFICACIÓN	PRIORIDAD I	Comentario:
	PRIORIDAD II	
FIRMA	PRIORIDAD III	
	PRIORIDAD IV	

--	--



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

REFERENCIA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)			N° DE CUENTA
DIRECCIÓN:		CARRERA			N° DE IDENTIDAD
LUGAR DE PROCEDENCIA:	FECHA DE NACIMIENTO		SEXO:		ESTADO CIVIL:
	DÍA	MES	AÑO	<input type="radio"/> HOMBRE <input type="radio"/> MUJER	
N° TELEFONO	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:				<input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> UNION LIBRE CASADO <input type="radio"/> DIVORCIADO <input type="radio"/> VIUDO
		NOMBRE		TELEFONO	
MOTIVO DE ENVIÓ: <input type="radio"/> TRATAMIENTO <input type="radio"/> DIAGNOSTICO <input type="radio"/> SEGUIMIENTO <input type="radio"/> REHABILITACIÓN					

RESUMEN DE DATOS CLINICOS:

SIGNOS VITALES: P/A: /	FC: /M	FR: /M	T:°C	SO₂: %
EMBARAZADA: FUM: FPP: SG:	HGO			
ALTURA UTRINA: FCF: AU: INT:	G: P: C: A:			
FECHA DEL ULTIMO PARTO:	HV: HM: O:			

RESULTADOS DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS :

TRATAMIENTO APLICADO:

DIAGNOSTICO DE REMISION

FECHA DE REMISIÓN:	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE:
	NOMBRE, FIRMA Y SELLO QUIEN REFIERE:

REFERENCIA A:

SERVICIO DE:

LUGAR:



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

HOJA DE REFERENCIA

Licenciado (a): _____
Departamento, Trabajo Social, Facultad de Odontología.
Presente:

Remitimos a: _____ No. de Cuenta: _____

Carrera: _____

- | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Operativa | <input type="checkbox"/> Endodoncia | <input type="checkbox"/> Periodoncia | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Exodoncia |
| <input type="checkbox"/> Prótesis Fija | <input type="checkbox"/> Prótesis Removible | <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> RX | |

Fecha: _____

Agradeciendo su colaboración para con nosotros.

Atentamente

ODONTOLOGO (A) A.S. VOAE



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

HOJA DE REFERENCIA

Licenciado (a): _____
Departamento, Trabajo Social, Facultad de Odontología.
Presente:

Remitimos a: _____ No. de Cuenta: _____

Carrera: _____

- | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Operativa | <input type="checkbox"/> Endodoncia | <input type="checkbox"/> Periodoncia | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Exodoncia |
| <input type="checkbox"/> Prótesis Fija | <input type="checkbox"/> Prótesis Removible | <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> RX | |

Fecha: _____

Agradeciendo su colaboración para con nosotros.

Atentamente

ODONTOLOGO (A) A.S. VOAE



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

HOJA DE REFERENCIA

Licenciado (a): _____
Departamento, Trabajo Social, Facultad de Odontología.
Presente:

Remitimos a: _____ No. de Cuenta: _____

Carrera: _____

- | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Operativa | <input type="checkbox"/> Endodoncia | <input type="checkbox"/> Periodoncia | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Exodoncia |
| <input type="checkbox"/> Prótesis Fija | <input type="checkbox"/> Prótesis Removible | <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> RX | |

Fecha: _____

Agradeciendo su colaboración para con nosotros.

Atentamente

ODONTOLOGO (A) A.S. VOAE



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

SEÑORES
TESORERIA GENERAL DE LA UNAH
PRESENTE

Estimados Señores:

Favor recibirde: _____

Con No. de cuenta: _____ de la carrera: _____

La cantidad de: _____

En Lempiras

En Letras

Por concepto de Servicio Odontológico.

Fecha: _____ Odontólogo (a), A.S VOAE: _____



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

SEÑORES
TESORERIA GENERAL DE LA UNAH
PRESENTE

Estimados Señores:

Favor recibir de: _____

Con No. de cuenta: _____ de la carrera: _____

La cantidad de: _____

En Lempiras

En Letras

Por concepto de Servicio Odontológico.

Fecha: _____ Odontólogo (a), A.S VOAE: _____



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

SEÑORES
TESORERIA GENERAL DE LA UNAH
PRESENTE

Estimados Señores:

Favor recibir de: _____

Con No. de cuenta: _____ de la carrera: _____

La cantidad de: _____

En Lempiras

En Letras

Por concepto de Servicio Odontológico.

Fecha: _____ Odontólogo (a), A.S VOAE: _____



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

**CONSTANCIA DE INCAPACIDAD
APLICABLE ÚNICAMENTE PARA ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

NOMBRE: _____

EDAD: ____ SEXO: ____ CARRERA: _____ NO. CUENTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TIEMPO DE INCAPACIDAD: _____

DESDE: _____ HASTA: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

N° DE FOLIO



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

**CONSTANCIA DE INCAPACIDAD
APLICABLE ÚNICAMENTE PARA ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

NOMBRE: _____

EDAD: ____ SEXO: ____ CARRERA: _____ NO. CUENTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TIEMPO DE INCAPACIDAD: _____

DESDE: _____ HASTA: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

N° DE FOLIO



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

**CONSTANCIA DE INCAPACIDAD
APLICABLE ÚNICAMENTE PARA ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

NOMBRE: _____

EDAD: ____ SEXO: ____ CARRERA: _____ NO. CUENTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TIEMPO DE INCAPACIDAD: _____

DESDE: _____ HASTA: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

N° DE FOLIO



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

TRANSITO DE PACIENTE

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ CARRERA: _____ NO. CUENTA: _____

DATOS CLINICOS: _____

DIAGNOSTICOS: _____

DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____

FIRMA Y SELLO QUIEN REMITE



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

TRANSITO DE PACIENTE

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ CARRERA: _____ NO. CUENTA: _____

DATOS CLINICOS: _____

DIAGNOSTICOS: _____

DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____

FIRMA Y SELLO QUIEN REMITE



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

TRANSITO DE PACIENTE

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ CARRERA: _____ NO. CUENTA: _____

DATOS CLINICOS: _____

DIAGNOSTICOS: _____

DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____

FIRMA Y SELLO QUIEN REMITE



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
VICERRECTORIA DE ORIENTACION Y ASUNTOS ESTUDIANTILES
AREA DE SALUD - VOAE

REGISTRO DE ATENCIONES DIARIAS

Dr. (a): _____ Fecha: _____

NO	NUMERO DE CUENTA	CARRERA	PROCEDENCIA	EDAD	SEXO		PACIENTE			DIAGNÓSTICO 1	N / S	DIAGNÓSTICO 2	N / S	REFERIDO A
					F	M	N	SUB	INCA					
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
Total														



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
VICERRECTORIA DE ORIENTACION Y ASUNTOS ESTUDIANTILES
AREA DE SALUD - VOAE

REGISTRO DE ATENCIONES DIARIAS

Dr. (a): _____ Fecha: _____

NO	NUMERO DE CUENTA	CARRERA	PROCEDENCIA	EDAD	SEXO		PACIENTE			DIAGNÓSTICO 1	N / S	DIAGNÓSTICO 2	N / S	REFERIDO A
					F	M	N	SUB	INCA					
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
Total														



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud



Área de
Salud-VOAE

Tel: 2216-5117 Ext. 100498
areadesalud.voae@unah.edu.hn

FICHA CLÍNICA PARA ATENCIÓN A EMPLEADOS EN CASOS DE EMERGENCIA

Nombre del Paciente: _____

No. De Empleado: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Unidad donde trabaja _____ Ext. _____

Asegurado IHSS Si: _____ No: _____ No. Celular _____

Fecha de Ingreso _____ Hora _____

HEA _____

Examen Físico:

Signos Vitales P/A _____ FC _____ T _____ FR _____

Diagnóstico:

Tratamiento:

Referido A:

Médico
Firma y Sello