HISTORIA CLÍNICA

Tipo de interrogatorio: | Fecha de elaboración: | Hora de Elaboración:

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre(s) | Apellido Paterno | Apellido Materno

Edad: | Sexo: | Estado Civil: | Religión:

Lugar de Nacimiento: | Fecha de Nacimiento:

Escolaridad: | Ocupación:

Domicilio actual:

Calle | Número | Colonia | Localidad | Municipio | Estado

Número (s) de teléfono (s):

Nombre del responsable legal del/ de la paciente:

Referido por:

Motivo de consulta:

II. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Familiar	Diabetes mellitus	Enfermedad Mental	Cardiopatía	Neoplasia	Diátesis	Consanguinidad	Obesidad	Suicidio	Hipertensión arterial	Convulsiones	Atopía	Enfermedad tiroidea	Alcoholismo	Tuberculosis	Urolitiasis	Anemias	Enfermedad	Malformaciones	Endocrinas	Alergias	Otros
Madre																					
Abuela Materna																					
Abuelo Materno																					
Padre:																					
Abuela Paterna																					
Abuelo Paterno																					
Hermana/o																					

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

TIPO DE VIVIENDA: ( ) sin vivienda ( ) jacal/choza ( ) vecindad/cuartos improvisados ( ) casa/depto. ( ) casa/depto. residencial

TIPO DE MATERIALES: Piso: | Paredes: | Techo:

SERVICIOS: ( ) agua potable ( ) electricidad ( ) drenaje ( ) gas ( ) otros:

Tipo de baño: | Número de habitaciones/cuartos: | Número de personas que viven en la casa:

Zoonosis: | Hacinamiento:

ALIMENTACIÓN

Número de comidas al día:

Desayuno: ( ) buena ( ) regular ( ) mala Comida: ( ) buena ( ) regular ( ) mala

Cena: ( ) buena ( ) regular ( ) mala Colaciones: ( ) buena ( ) regular ( ) mala

Número de veces a la semana (0 a 7) que consume los siguientes alimentos: Verduras ( ) Frutas ( ) Leguminosas ( )

Cereales ( ) Carne blanca ( ) Carne roja ( ) Carne puerco ( ) Pescado ( ) Mariscos ( ) Dulces/chocolates ( )

Disposición adecuadas de excretas: Baño:

Vacunas: Higiene bucal:

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedades propias de la infancia:

Tabaquismo: Sí ( ) No ( ) Ocasional ( ) Cigarrillos al día: Años fumando:

Alcoholismo: Sí ( ) No ( ) Ocasional ( ) Número de copas a la semana: Años tomando:

Toxicomanías: No ( ) Si ( )

Traumáticos: No ( ) Si ( )

Alergias: No ( ) Si ( )

Transfusiones: No ( ) Si ( )

Cirugías: No ( ) Si ( )

Hospitalizaciones previas: No ( ) Si ( )

Enfermedades crónico degenerativas (cómo se diagnosticó, años de evolución, control, tratamiento, exacerbaciones):

V. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

G: P: A: FUM: Menarca: Ritmo: Sangrado: IVSA:

Anticoncepción: Menopausia:

Anormalidades menstruales u otros:

VI. PADECIMIENTO ACTUAL (Indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales)

VII. TERAPEUTICA Y RESULTADOS (farmacoterapia, procedimientos quirúrgicos u otros tratamientos)

VIII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Síntomas generales:

Aparato Digestivo:

Aparato Respiratorio:

Aparato Cardiovascular:

Aparato Urinario:

Aparato Nervioso:

Aparato Endocrinológico:

Aparato Osteomuscular:

Sistema Hematológico y linfático:

Aparato Psicosomático:

IX. EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso	Talla	Saturación O_2	Temperatura	T/A		Frecuencia Cardiaca	Frecuencia Respiratoria	Glucosa Ayuno /Posprandial	

Hábitus exterior:

Estado neurológico, piel y tegumentos:

Cabeza y cuello:

Tórax (precordial y campos pulmonares)

Abdomen

Genitales externos y rectal

Extremidades torácicas y pélvicas

X. ESTUDIOS PARACLÍNICOS PREVIOS

Estudios de laboratorio:

Estudios de gabinete (ultrasonido, radiografía, tomografía computarizada u otros):

XI. DIAGNÓSTICO (S) O PROBLEMAS CLÍNICOS (Sindromático, etiológico, nosológico y/o de discapacidad)

XII. PLAN DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO

XII. TRATAMIENTO

XIV. PRONÓSTICO

Nombre completo, cédula profesional y firma del personal médico que elaboro la historia clínica