

Ficha de Identificación



Fecha de
elaboración:

2024-10-27

Folio:

8340

Nombre del Paciente:

Bernardo

Sexo:

Masculino

Fecha de
Nacimiento:

2024-10-01

Edad:

Lugar de nacimiento:

Estado Civil:

Soltero(a)

Ocupación:

Nacionalidad:

Domicilio Actual:

Número Telefónico:

Contacto de Emergencia

Nombre:

Número Telefónico:

Diagnóstico Médico:

Elaboró historial
clínico:

Motivo de Consulta:

Antecedentes Personales No Patológicos

[Eliminar sección](#)

Vivienda

Propia/Rentada:

Ventilación:

Iluminación:

Piso:

Electrodomésticos:

Servicios (agua
drenaje, luz, gas, etc):

Descripción de la vivienda:

Hábitos Alimenticios

Comidas al día:

Agua(lts):

Grupos alimenticios
que consume:

Descripción de la rutina alimenticia:

Higiene

Higiene bucal:

Baños al día:

Cambios de ropa:

OCIO Y OCUPACIÓN (frecuencia, intensidad semanal)

Actividad Física:	Deporte:	Ocio:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ocupación:		
<input type="text"/>		

Antecedentes Heredofamiliares

Eliminar sección

Enfermedad	Sí	No	Parentesco	Vivo	Muerto
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Parentesco"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Parentesco"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Parentesco"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Parentesco"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Parentesco"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Parentesco"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros:

Observaciones:

Antecedentes Personales Patológicos

[Eliminar sección](#)

Patologías	Sí	No	Edad que se presento	Secuelas / Complicaciones
Traumatismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luxaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Toxicomanías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Padecimientos psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Inmunizaciones:

Observaciones:

Antecedentes Ginecobstétricos

Eliminar sección



Menarquía:

Menarquía

Fecha de la última menstruación:

Fecha de la última menstruación

Características de la menstruación:

Duración, frecuencia, cantidad de flujo, dolor, etc.

Inicio de la vida sexual:

Inicio de la vida sexual

Uso de anticonceptivos:

Uso de anticonceptivos

No. de embarazos:

Número de embarazos

No. de partos:

Número de partos

No. de cesáreas:

Número de cesáreas

Observaciones:

Observaciones

Antecedentes De Padecimiento Actual

Eliminar sección



Describe: ¿Qué le paso? ¿hace cuánto? ¿cómo se lesiono? ¿qué síntomas presentó? ¿fue al médico ¿tomó algún medicamento? ¿se realizó algún estudio? ¿cuáles? ¿cómo ha evolucionado los síntomas? ¿hay alguna actividad o movimiento que intensifique los síntomas? ¿en algún momento del día se intensifica más? ¿existe alguna actividad que se ha visto limitada por hacer?, etc. :

Exploración Física

Eliminar sección



1. Habitus exterior:

¿cómo llega el px? (caminado, con apoyo, etc), ¿llega solo o acompañado?, personalidad (feliz, nervioso, etc):

2. Somatometría:

Peso:

Altura:

IMC:

3. Signos vitales:

Temperatura:

Pulso cardíaco:

**Frecuencia
respiratoria:**

**Saturacion de
oxígeno:**

Presión arterial:

Observaciones:

Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio y gabinete: