

Ficha de Identificación



Fecha de
elaboración:

2024-11-21

Folio:

242034

Nombre del Paciente:

Yaqueline

Sexo:

Femenino

Fecha de
Nacimiento:

2024-08-15

Edad:

45

Lugar de nacimiento:

sda fdsfsdf

Estado Civil:

Soltero(a)

Ocupación:

sda fdsfsdf

Nacionalidad:

sda fdsfsdf

Domicilio Actual:

sda fdsfsdf

Número Telefónico:

9988776655

Contacto de Emergencia

Nombre:

sda fdsfsdf

Número Telefónico:

9988776644

Diagnóstico Médico:

sda fdsfsdf

Elaboró historial
clínico:

sda fdsfsdf

Motivo de Consulta:

sda fdsfsdf

Antecedentes Personales No Patológicos

[Eliminar sección](#)

Vivienda

Propia/Rentada:

sdafdsfdfsadf

Ventilación:

sdafdsfdfsadf

Iluminación:

sdafdsfdfsadf

Piso:

sdafdsfdfsadf

Electrodomésticos:

sdafdsfdfsadf

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

sdafdsfdfsadf

Descripción de la vivienda:

sdafdsfdfsadf

Hábitos Alimenticios

Comidas al día:

5

Agua(lts):

4.6

Grupos alimenticios
que consume:

sdafdsfdfsadf

Descripción de la rutina alimenticia:

sdafdsfdfsadf

Higiene

Higiene bucal:

sdafdsfdfsadf

Baños al día:

4.6

Cambios de ropa:

8

OCIO Y OCUPACIÓN (frecuencia, intensidad semanal)

Actividad Física:

Deporte:

Ocio:

sda fdsfsdfsadf

sda fdsfsdfsadf

sda fdsfsdfsadf

Ocupación:

sda fdsfsdfsadf

Antecedentes Heredofamiliares

Eliminar sección

Enfermedad	Sí	No	Parentesco	Vivo	Muerto
Cáncer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div>sda fdsfsdfsadf</div>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<div>sda fdsfsdfsadf</div>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div>sda fdsfsdfsadf</div>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades Cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<div>sda fdsfsdfsadf</div>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Mentales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div>sda fdsfsdfsadf</div>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<div>sda fdsfsdfsadf</div>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros:

sda fdsfsdfsadf

Observaciones:

sdafdsfdsfsadf

Antecedentes Personales Patológicos

Eliminar sección



Patologías	Sí	No	Edad que se presento	Secuelas / Complicaciones
Traumatismos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	sdafdsfdsfsadf
Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3	sdafdsfdsfsadf
Luxaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	sdafdsfdsfsadf
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3	sdafdsfdsfsadf
Toxicomanías	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	sdafdsfdsfsadf
Padecimientos psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3	sdafdsfdsfsadf

Inmunizaciones:

sdafdsfdsfsadf

Observaciones:

sdafdsfdsfsadf

Antecedentes Ginecobstétricos

Eliminar sección



Menarquía:

sdafdsfdsfsadf

Fecha de la última menstruación:

2024-11-13

Características de la menstruación:

sdafdsfdsfsadf

Inicio de la vida sexual:

2024-11-08

Uso de anticonceptivos:

sdafdsfdsfsadf

No. de embarazos:

4

No. de partos:

4

No. de cesáreas:

4

Observaciones:

sdafdsfdsfsadf

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. :

sdafdsfdsfsadf

Exploración Física

[Eliminar sección](#)

1. Habitus exterior:

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

sdafdsfdsfsadf

2. Somatometría:

Peso:

Altura:

IMC:

6.5

4.8

8.9

3. Signos vitales:

Temperatura:

5.1

Pulso cardíaco:

4.6

**Frecuencia
respiratoria:**

2.5

**Saturacion de
oxígeno:**

3.5

Presión arterial:

6.4

Observaciones:

sdafdsfdfsadf

Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio y gabinete:

sdafdsfdfsadf