

Fecha de
elaboración:

2024-10-31

Folio:

243196

Nombre del Paciente:

Jesus

Sexo:

Masculino

Fecha de
Nacimiento:

2024-10-02

Edad:

34

Lugar de nacimiento:

sdafdsfdsfsadf

Estado Civil:

Soltero(a)

Ocupación:

sdfsdfsdfsadf

Nacionalidad:

sdfsdf

Domicilio Actual:

sdfsdafdasf

Número Telefónico:

9988775566

Contacto de Emergencia

Nombre:

safdsafadsf

Número Telefónico:

9977886655

Diagnóstico Médico:

sdfsdfsdsa

Elaboró historial clínico:

sdfsafds

Motivo de Consulta:

sdfsdafasd

Vivienda

Propia/Rentada:

sdfsdfsdsa

Ventilación:

sdfsdfsdsa

Iluminación:

sdfsdfsdsa

Diso:

Electrodomésticos:

Servicios (agua drenaje

FISIO.

sadfsdfdsa

ELECTRODOMESTICOS.

sadfsdfdsa

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

sadfsdfdsa

Descripción de la vivienda:

sadfsdfdsa

Hábitos Alimenticios

Comidas al día:

4

Agua(lts):

4.7

Grupos alimenticios que
consume:

sadfsdfdsa

Descripción de la rutina alimenticia:

sadfsdfdsa

Higiene

Higiene bucal:

sadfsdfdsa

Baños al día:

5

Cambios de ropa:

6

OCIO Y OCUPACIÓN (frecuencia, intensidad semanal)

Actividad Física:

sadfsdfdsa

Deporte:

sadfsdfdsa

Ocio:

sadfsdfdsa

Ocupación:

sadfsdfdsa

Enfermedad

Sí

No

Parentesco

Vivo

Muerto

Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="sadfsdfdsa"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="sadfsdfdsa"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="sadfsdfdsa"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Cardiacas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="sadfsdfdsa"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="sadfsdfdsa"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="sadfsdfdsa"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Otros:

Observaciones:

Patologías	Sí	No	Edad que se presento	Secuelas / Complicaciones
Traumatismos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="sadfsdfdsa"/>
Cirugías	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="sadfsdfdsa"/>
Luxaciones	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="sadfsdfdsa"/>

Alergias	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	sadfsdfdsa
Toxicomanías	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12	sadfsdfdsa
Padecimientos psiquiátricos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	sadfsdfdsa

Inmunizaciones:

sadfsdfdsa

Observaciones:

sadfsdfdsa

Menarquía:

sadfsdfdsa

Fecha de la última menstruación:

2024-10-02

Características de la menstruación:

sadfsdfdsa

Inicio de la vida sexual:

2024-10-07

Uso de anticonceptivos:

sadfsdfdsa

No. de embarazos:

3

No. de partos:

3

No. de cesáreas:

2

Observaciones:

sadfsdfdsa

Describe: ¿Qué le paso? ¿hace cuánto? ¿cómo se lesionó? ¿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. :

sadfsdfdsa

1. Habitus exterior:

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

sadfsdfdsa

2. Somatometría:

Peso:

6.6

Altura:

6.6

IMC:

6.6

3. Signos vitales:

Temperatura:

6.6

Pulso cardíaco:

Frecuencia respiratoria:

Saturación de oxígeno:

Presión arterial:

Observaciones:

Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio y gabinete: