

Ficha de Identificación



Fecha de elaboración:

2024-12-05

Folio:

242576

Nombre del Paciente:

Bernardo

Sexo:

Femenino

Fecha de Nacimiento:

2024-12-05

Edad:

23

Lugar de nacimiento:

sdafdsfdsfsadf

Estado Civil:

Soltero(a)

Ocupación:

sdafdsfdsfsadf

Nacionalidad:

sdafdsfdsfsadf

Domicilio Actual:

sdafdsfdsfsadf

Número Telefónico:

9988776644

Contacto de Emergencia

Nombre:

sdafdsfdsfsadf

Número Telefónico:

9988776655

Diagnóstico Médico:

sdafdsfdsfsadf

Elaboró historial clínico:

sdafdsfdsfsadf

Motivo de Consulta:

sdafdsfdsfsadf

Antecedentes Personales No Patológicos

Eliminar sección



Vivienda

Propia/Rentada:

Hola

Ventilación:

sda fdsfsdfsadf

Iluminación:

sda fdsfsdfsadf

Piso:

sda fdsfsdfsadf

Electrodomésticos:

sda fdsfsdfsadf

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

sda fdsfsdfsadf

Descripción de la vivienda:

sda fdsfsdfsadf

Hábitos Alimenticios

Comidas al día:

2

Agua (lt/d):

Agua(litros).

74.5

Grupos alimenticios que consume:

sdafdsfdsfsadf

Descripción de la rutina alimenticia:

sdafdsfdsfsadf

Higiene

Higiene bucal:

sdafdsfdsfsadf

Baños al día:

7

Cambios de ropa:

7

OCIO Y OCUPACIÓN (frecuencia, intensidad semanal)

Actividad Física:

sdafdsfdsfsadf

Deporte:

sdafdsfdsfsadf

Ocio:

sdafdsfdsfsadf

Ocupación:

sdafdsfdsfsadf

Antecedentes Heredofamiliares

Eliminar sección



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

Otros:

sdafdsfdsfsadf

Observaciones:

sdafdsfdsfsadf

Antecedentes Personales Patológicos

[Eliminar sección](#)

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

Inmunizaciones:

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. :

Hola

Exploración Física

Eliminar sección



1. Habitus exterior:

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

Hola

2. Somatometría:

Peso:

4.50

Altura:

Altura:

4.50

IMC:

89.90

3. Signos vitales:

Temperatura:

8.50

Pulso cardíaco:

5

Frecuencia respiratoria:

6

Saturacion de oxígeno:

4.00

Presión arterial:

2

Observaciones:

sdafdsfsfsadf

Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio y gabinete:

sdafdsfsfsadf

