

FECHA		FOLIO	
14/06/2018		CP021	

HISTORIA CLÍNICA	
NOMBRE: CALV?N CLEINK	
EDAD: 28	FECHA DE NACIMIENTO: 26-02-1990
FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
SEXO: MASCULINO	LUGAR DE NACIMIENTO:
DOMICILIO: CALLE	COLONIA:
DELEGACIÓN / MUNICIPIO:	ESTADO:
RELIGIÓN:	OCUPACIÓN:
ESCOLARIDAD:	ESTADO CIVIL:
COMO NOS CONTACTASTE: RECOMENDADO	
TELÉFONO FIJO: 0	TELÉFONO CELULAR: 0445523568952
E-MAIL: calvin@gmail.com	GRUPO SANGUÍNEO:
CUENTAS CON SEGURO MÉDICO: NO	CUÁL:

ANTECEDENTES FAMILIARES: (VIVOS O FINADOS), SELECCIONES CUAL Y ESPECIFIQUE EN EL ESPACIO VACÍO QUE FAMILIAR.	
DIABETES MELLITUS:	HIPERTENSIÓN ARTERIAL:
QUIEN	QUIEN
CARDIOPATÍAS:	HEPATOPATÍAS (HÍGADO):
QUIEN	QUIEN
NEFROPATÍAS:	ENFERMEDADES ENDOCRINAS:
QUIEN	QUIEN
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:	NEUROLÓGICAS:
QUIEN	QUIEN
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:	HERMATOLÓGICAS:
QUIEN	QUIEN
CÁNCER:	
TIPO	QUIEN
TIPO	QUIEN
TIPO	QUIEN

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:				
MASCOTAS	NO	TIPO:		
ACTIVIDAD FÍSICA:	NO	CUÁL:	TIEMPO	FRECUENCIA
CONSUME ALCOHOL:	NO	CANTIDAD:	TIEMPO	ÚLTIMA OCASIÓN
TABAQUISMO:	NO	CANTIDAD:	TIEMPO	ÚLTIMA OCASIÓN
USO DE DROGAS:	NO	CUALES:	TIEMPO	ÚLTIMA OCASIÓN
Ingiere algún medicamento o suplemento alimenticio	NO	CUÁL:		
INGIERE ASPIRINA REGULARMENTE	NO	ÚLTIMA OCASIÓN:		

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

PATOLÓGIA	SI / NO	CUAL ENFERMEDAD	TIEMPO	TRATAMIENTO ACTUAL	CANTIDAD	FRECUENCIA
DIABETES MELLITUS	NO					
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	NO					
CARDIOPATÍAS	NO					
DERMATOLÓGICOS	NO					
ENDOCRINOLÓGICOS	NO					
ALERGÍAS	NO					
ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS	NO					
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	NO					
OTRAS						

CIRUGÍAS	NO		
HOSPITALIZACIONES PREVIAS	NO		
TRANSFUSIONES	NO		

ANTECEDENTES GINECO - OBSTÉTRICOS: NO APLICA

INICIO DE MENSTRUACIÓN			CICLOS		IRREGULARES	
FECHA DE ÚLTIMA DE MENSTRUACIÓN			INICIO DE VIDA SEXUAL			
NO. DE EMBARAZOS	NO. DE PARTOS	NO. DE CESARIAS	ABORTOS	NO		CUANTOS
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		NO	CUÁL:			
HAS TOMADO MEDICAMENTOS HORMONALES		NO	CUÁL:			

ANTECEDENTES DERMO - ESTÉTICOS: FOTO PROTECCIÓN

EXPOSICIÓN SOLAR	NO	TIEMPO DE EXPOSICIÓN SOLAR AL DÍA:	MINUTOS
USO DE PROTECCIÓN SOLAR	NO	MARCA DEL PROTECTOR SOLAR	
FPS:	(% PROTECCIÓN)		

**TRATAMIENTOS ESTÉTICOS PREVIOS:
FACIALES**

PROCEDIMIENTO	PRODUCTO / MARCA	FECHA DE APLICACIÓN
TOXINA BOTULINICA TIPO A:		
RELLENO FACIAL:		
HILOS DE SUSTENTACIÓN:		
PEELING:		
RADIOFRECUENCIA:		
DEPILACIÓN LASER		
OTROS		

**TRATAMIENTOS ESTÉTICOS PREVIOS:
CORPORALES**

PROCEDIMIENTO	PRODUCTO / MARCA	FECHA DE APLICACIÓN
CARBOXITERAPIA:		
RADIOFRECUENCIA:		
ULTRASONIDO:		
HIDROLIPOCLASIA:		
CRIOLIPOLISIS:		
DEPILACIÓN LASER		
OTROS		

EXPLORACIÓN FÍSICA INICIAL

FC: X MIN	FR: X MIN	TA (DIASTÓLICA):	TA (SISTÓLICA)
TEMP: C	PESO: Kg	TALLA: Metros	IMC
FITZPATRICK:	GLOGAU TIPO:	TIPO ROSTRO:	TIPO PIEL:

LESIONES DERMATOLÓGICAS:

EXAMEN GENERAL:

CABEZA:

CUELLO:

TÓRAX:

ABDOMEN:

EXTREMIDADES SUPERIORES:

EXTREMIDADES INFERIORES:



CALV?N CLEINK

Nombre y firma del Paciente

Nombre completo y firma del Médico