

| FECHA       |  | FOLIO |  |
|-------------|--|-------|--|
| 30-11--0001 |  | CP001 |  |

  

| HISTORIA CLÍNICA                             |  |                                  |  |
|--|--|----------------------------------|--|
| NOMBRE: JUAN GUERRA PAEZ                     |  |                                  |  |
| EDAD: 10                                     |  | FECHA DE NACIMIENTO: 11-06-2008  |  |
| FICHA DE IDENTIFICACIÓN                      |  |                                  |  |
| SEXO: MASCULINO                              |  | LUGAR DE NACIMIENTO: ZCVZXCVCZCV |  |
| DOMICILIO: CALLE ZXCVCZXC                    |  | COLONIA: ZCXVZXC                 |  |
| DELEGACIÓN / MUNICIPIO: ?LVARO OBREG?N       |  | ESTADO: AGUASCALIENTES           |  |
| RELIGIÓN: TESTIGO DE JEHOV?                  |  | OCUPACIÓN: 0                     |  |
| ESCOLARIDAD: CXVCX                           |  | ESTADO CIVIL: VIUDO              |  |
| COMO NOS CONTACTASTE: RECOMENDADO MARIA RIOS |  |                                  |  |
| TELÉFONO FIJO: 5656565631                    |  | TELÉFONO CELULAR: 0454512356563  |  |
| E-MAIL: JUAN@GMAIL.COM                       |  | GRUPO SANGUÍNEO: A+              |  |
| CUENTAS CON SEGURO MÉDICO: NO                |  | CUÁL:                            |  |

| ANTECEDENTES FAMILIARES:  |  |   |  |
|---|--|---|--|
| (VIVOS O FINADOS), SELECCIONES CUAL Y ESPECIFIQUE EN EL ESPACIO VACÍO QUE FAMILIAR. |  |   |  |
| <b>DIABETES MELLITUS:</b>   |  | <b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL:</b>           |  |
| X   |  | X                                       |  |
| QUIEN   |  | QUIEN                                   |  |
| ABUELOS   |  | PADRE                                   |  |
| <b>CARDIOPATÍAS:</b>  |  | <b>HEPATOPATÍAS (HÍGADO):</b>           |  |
| X   |  | X                                       |  |
| QUIEN   |  | QUIEN                                   |  |
| MADRE   |  | ABUELOS PADRE MADRE HERMANOS HIJOS      |  |
| <b>NEFROPATÍAS:</b>   |  | <b>ENFERMEDADES ENDOCRINAS:</b>         |  |
| X   |  | X                                       |  |
| QUIEN   |  | QUIEN                                   |  |
| ABUELOS PADRE MADRE   |  | ABUELOS PADRE MADRE HERMANOS HIJOS OTRO |  |
| <b>ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:</b>  |  | <b>NEUROLÓGICAS:</b>                    |  |
| X   |  | X                                       |  |
| QUIEN   |  | QUIEN                                   |  |
| ABUELOS PADRE MADRE HERMANOS HIJOS  |  | ABUELOS                                 |  |
| <b>ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:</b>  |  | <b>HERMATOLÓGICAS:</b>                  |  |
| X   |  | X                                       |  |
| QUIEN   |  | QUIEN                                   |  |
| PADRE   |  | ABUELOS PADRE MADRE HERMANOS HIJOS OTRO |  |
| CÁNCER:   |  |   |  |
| TIPO  |  | QUIEN                                   |  |
| TIPO  |  | QUIEN                                   |  |
| TIPO  |  | QUIEN                                   |  |

| ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:            |    |                           |        |                |
|--|----|---------------------------|--------|----------------|
| MASCOTAS   | NO | TIPO:                     |        |                |
| ACTIVIDAD FÍSICA:                                  | SI | CUAL:                     | TIEMPO | FRECUENCIA     |
|  |    | TENIS                     | 3      | CADA 3ER D?A   |
| CONSUME ALCOHOL:                                   | NO | CANTIDAD:                 | TIEMPO | ÚLTIMA OCASIÓN |
|  |    |                           |        |                |
| TABAQUISMO:  | SI | CANTIDAD:                 | TIEMPO | ÚLTIMA OCASIÓN |
|  |    | PIEL ROJA                 | 9      | QUINCENAL      |
| USO DE DROGAS:                                     | NO | CUALES:                   | TIEMPO | ÚLTIMA OCASIÓN |
|  |    |                           |        |                |
| Ingiere algún medicamento o suplemento alimenticio | NO | CUÁL:                     |        |                |
| INGIERE ASPIRINA REGULARMENTE                      | SI | ÚLTIMA OCASIÓN: OCASIONAL |        |                |

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

| PATOLÓGIA                  | SI / NO | CUAL ENFERMEDAD | TIEMPO | TRATAMIENTO ACTUAL | CANTIDAD | FRECUENCIA    |
|----------------------------|---------|-----------------|--------|--------------------|----------|---------------|
| DIABETES MELLITUS          | SI      |                 |        |                    |          | CADA 12 HORAS |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL      | SI      |                 |        |                    |          | CADA 12 HORAS |
| CARDIOPATÍAS               | SI      |                 |        |                    |          | CADA 12 HORAS |
| DERMATOLÓGICOS             | NO      |                 |        |                    |          |               |
| ENDOCRINOLÓGICOS           | NO      |                 |        |                    |          |               |
| ALERGIAS                   | NO      |                 |        |                    |          |               |
| ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS | NO      |                 |        |                    |          |               |
| ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS  | NO      |                 |        |                    |          |               |
| OTRAS                      |         |                 |        |                    |          |               |

|                           |    |          |      |
|---------------------------|----|----------|------|
| CIRUGÍAS                  | SI | sfasdf   | 2018 |
|                           |    | 2        | 2018 |
|                           |    | 3        | 2018 |
| HOSPITALIZACIONES PREVIAS | SI | asdfadsf | 2018 |
|                           |    |          | 0    |
|                           |    |          | 0    |
| TRANSFUSIONES             | NO |          | 0    |
|                           |    |          | 0    |
|                           |    |          | 0    |

### ANTECEDENTES GINECO - OBSTÉTRICOS:

|                                    |               |                 |  |                       |    |           |  |
|------------------------------------|---------------|-----------------|--|-----------------------|----|-----------|--|
| INICIO DE MENSTRUACIÓN             |               | 14              |  | CICLOS                |    | REGULARES |  |
| FECHA DE ÚLTIMA DE MENSTRUACIÓN    |               | 2018-02-04      |  | INICIO DE VIDA SEXUAL |    | 0         |  |
| NO. DE EMBARAZOS                   | NO. DE PARTOS | NO. DE CESARIAS |  | ABORTOS               | NO | CUANTOS   |  |
| 0                                  | 0             | 0               |  |                       |    | 0         |  |
| MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR   |               | SI              |  | CUÁL:                 |    |           |  |
| HAS TOMADO MEDICAMENTOS HORMONALES |               | NO              |  | CUÁL:                 |    |           |  |

### ANTECEDENTES DERMO - ESTÉTICOS: FOTO PROTECCIÓN

|                         |                |                                    |         |
|-------------------------|----------------|------------------------------------|---------|
| EXPOSICIÓN SOLAR        | SI             | TIEMPO DE EXPOSICIÓN SOLAR AL DÍA: | MINUTOS |
|                         |                |                                    | 30      |
| USO DE PROTECCIÓN SOLAR | SI             | MARCA DEL PROTECTOR SOLAR          |         |
| FPS:                    | (% PROTECCIÓN) |                                    |         |
|                         | 0              |                                    |         |

**TRATAMIENTOS ESTÉTICOS PREVIOS:  
FACIALES**

| PROCEDIMIENTO             | PRODUCTO / MARCA | FECHA DE APLICACIÓN |
|---------------------------|------------------|---------------------|
| TOXINA BOTULINICA TIPO A: | botox            | 2017-11-14          |
| RELLENO FACIAL:           | belotero         | 0000-00-00          |
| HILOS DE SUSTENTACIÓN:    | adsfadsfasdf     | 2018-11-06          |
| PEELING:                  |                  | 0000-00-00          |
| RADIOFRECUENCIA:          | asdfsdfads       | 2016-08-01          |
| DEPILACIÓN LASER          |                  | 0000-00-00          |
| OTROS                     |                  | 0000-00-00          |

**TRATAMIENTOS ESTÉTICOS PREVIOS:  
CORPORALES**

| PROCEDIMIENTO    | PRODUCTO / MARCA | FECHA DE APLICACIÓN |
|------------------|------------------|---------------------|
| CARBOXITERAPIA:  | dsfasdfasd       | 2018-10-05          |
| RADIOFRECUENCIA: | asdfsdfads       | 2016-08-01          |
| ULTRASONIDO:     | asdfsdf          | 2017-07-11          |
| HIDROLIPOCLASIA: |                  | 0000-00-00          |
| CRILIPOLISIS:    |                  | 0000-00-00          |
| DEPILACIÓN LASER |                  | 0000-00-00          |
| OTROS            |                  | 0000-00-00          |

**EXPLORACIÓN FÍSICA INICIAL**

|                 |                |                       |                   |
|-----------------|----------------|-----------------------|-------------------|
| FC: 80 X MIN    | FR: 12 X MIN   | TA (DIASTÓLICA): 120  | TA (SISTÓLICA) 80 |
| TEMP: 36 C      | PESO: 90.5 Kg  | TALLA: 1.5 Metros     | IMC 40.2222       |
| FITZPATRICK: IV | GLOAU TIPO: II | TIPO ROSTRO: DIAMANTE | TIPO PIEL: NORMAL |

LESIONES DERMATOLÓGICAS: dsfasdfgjhj dfgdfgh dfgh dfgh fg dfgh

EXAMEN GENERAL:

CABEZA:

CUELLO:

TÓRAX:

ABDOMEN:

EXTREMIDADES SUPERIORES:

EXTREMIDADES INFERIORES:



JUAN GUERRA PAEZ

Nombre y firma del Paciente

Nombre completo y firma del Médico