

Historia Clínica

Fecha:

Interrogatorio

1. Ficha de Identificación

Nombre _____ Edad _____ años Sexo ☐ M ☐ F
 Edo. Civil ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Div ☐ Viudo / Ocupación _____ Origen _____ Reside _____
 Domicilio _____ Teléfono _____
 Religión _____ Escolaridad _____ e-mail _____

2. Antecedentes

a) Heredo Familiares

**Marcar todas las que
apliquen y especificar
quien la ha padecido*

<input type="checkbox"/> Diabetes _____	<input type="checkbox"/> Hipertensión _____	<input type="checkbox"/> Cardiopatía _____
<input type="checkbox"/> Hepatopatía _____	<input type="checkbox"/> Nefropatía _____	<input type="checkbox"/> Enf. Mentales _____
<input type="checkbox"/> Asma _____	<input type="checkbox"/> Cáncer _____	<input type="checkbox"/> Enf. Alérgicas _____
<input type="checkbox"/> Enf. Endócrinas _____	<input type="checkbox"/> Otros _____	
<input type="checkbox"/> Interrogados y Negados		

b) Personales Patológicos

*Marcar todas las que apliquen y especificar

☐ Enfermedades actuales _____

☐ Quirúrgicos _____

☐ Transfusionales _____

☐ Alergias ☐ Ninguna ☐ Si (especificar) _____

☐ Traumáticos _____

☐ Hospitalizaciones previas _____

☐ Adicciones _____

☐ Otros _____

c) Personales No patológicos

Hábitos personales. Baño ☐ diario ☐ c/3er día ☐ irregular / lav. dientes ☐ 1/día ☐ 2/día ☐ 3/día, / habitación ☐ urbana ☐ rural ☐ todos los servicios ☐ letrina,
 Tabaquismo _____cig/día/_____años / Alcoholismo (beb/frec) _____ / Alimentación _____veces/día_____Calidad _____
 Deportes (act. Física/f) _____ Inmunizaciones ☐ Completas a edad ☐ Pendientes _____ última desparasitación _____

d) Gineco – obstétricos ☐ **NO aplica**

Menarca _____ Ritmo Menstrual (f/d/c) _____ ☐ Dismenorrea / FUM _____ IVSA _____ No Parejas _____
G _____ A _____ P _____ C _____ FPP _____ FUP _____ Menp/Climaterio _____
Mét. Planificación: _____ Cit. vaginal: _____ Ex. Mamas/Mastografía: _____

3. Padecimiento Actual (1 principio, 2 evolución, 3 estado actual)

[illegible]

4. Síntomas Generales

☐ Astenia ☐ Adinamia ☐ anorexia ☐ fiebre ☐ pérdida de peso

5. Interrogatorio por aparatos y sistemas

Aparato digestivo. Halitosis, boca seca, disfagia(odino), pirosis, nausea, vomito, (hematemesis), dolor abd. meteorismo y flatulencias, constipación, diarrea, rectorragia, melena, pujo y tenesmo, Ictericia coluria y acolia, prurito cutáneo.	<input type="checkbox"/> Sin datos patológicos
Aparato cardiovascular. Disnea, tos, hemoptisis, dolor precordial, palpitaciones, cianosis edema y manifestaciones perifericas (acúfenos, fosfenos, síncope, lipotimia, cefalea, etc)	<input type="checkbox"/> Sin datos patológicos
Aparato respiratorio. Tos, disnea, dolor torácico, hemoptisis, cianosis, vomica, alteraciones de la voz.	<input type="checkbox"/> Sin datos patológicos
Aparato Urinario. Alteraciones de la micción (poliuria, anuria, polaquiuria,oliguria, nicturia, opsiuria, disuria, tenesmo vesical, urgencia, chorro, enuresis, incontinencia) caracteres de la orina (volumen, olor, color, aspecto) dolor lumbar, edema renal, hipertensión arterial, datos clínicos de anemia.	<input type="checkbox"/> Sin datos patológicos
Aparato genital. Criptorquidia, fimosis, función sexual. Sangrado genital, flujo o leucorrea, dolor ginecológico, prurito vulvar.	<input type="checkbox"/> Sin datos patológicos
Aparato hematológico. Datos clínicos de anemia (palidez, astenia, adinamia y otros), hemorragias, adenopatías, esplenomegalia.	<input type="checkbox"/> Sin datos patológicos
Sistema endocrino. Bocio, letargia bradipsiquia (lalia), intol. calor/frío, nerviosismo, hiperquinesis, carac. sexuales, galactorrea, amenorrea, ginecomastia, obesidad, ruborización.	<input type="checkbox"/> Sin datos patológicos
Sistema osteomuscular. ganglios, xeroftalmia, xerostomia, fotosensibilidad artralqias/mialqias, Raynaud.	<input type="checkbox"/> Sin datos patológicos
Sistema nervioso. cefalea, síncope, convulsiones, déficit transitorio, vertigo, confusión y obnub., vigilia/sueño, parálisis y M, marcha y equilibrio, sensibilidad.	<input type="checkbox"/> Sin datos patológicos
Sistema sensorial. visión, agudeza, borrosa diplopia, fosgenos, dolor ocular, fotofobia, xeroftalmia, amaurosis, otalgia, otorrea y otorragia, hipoacusia, tinitus, olfacción, epistaxis, secreción, Geusis, Garganta (dolor) Fonación.	<input type="checkbox"/> Sin datos patológicos
Psicosomático. Personalidad, ansiedad, depresión, afectividad, emotividad, amnesia, voluntad, pensamiento, atención, ideación suicida, delirios.	<input type="checkbox"/> Sin datos patológicos

6. Diagnósticos y terapéutica empleados anteriormente

--	--

Exploración física

1. Signos Vitales

TA:	mmHg	/	FC:	lpm	/	FR:	rpm	/	Temp.	°C	/	Peso	Kg	/	Talla	cm
-----	------	---	-----	-----	---	-----	-----	---	-------	----	---	------	----	---	-------	----

2. Exploración general

Edo. Conciencia: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado / Hidratación: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Deshidratado / Coloración: <input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Ictérico
Marcha <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Alt. Marcha _____ / Otras alteraciones:

3. Exploración regional (inspección, palpación, percusión, auscultación, comb.) Marca según corresponda y describe

1. cabeza	<input type="checkbox"/> Normocéfalo / Cabello: <input type="checkbox"/> Bien implantado <input type="checkbox"/> Alopecia / Pupilas <input type="checkbox"/> isocóricas <input type="checkbox"/> anisocória
	Faringe: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hiperemia <input type="checkbox"/> Exudado purulento / Amígdalas: <input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Hipertróficas <input type="checkbox"/> exudado purulento
	Nariz: <input type="checkbox"/> Fosas permeables <input type="checkbox"/> Obstruidas <input type="checkbox"/> Alterada / Adenomegalias: <input type="checkbox"/> No palpables <input type="checkbox"/> submandibulares <input type="checkbox"/> Retroauriculares
2. cuello	<input type="checkbox"/> Cilíndrico <input type="checkbox"/> Tráquea central <input type="checkbox"/> Crecimiento tiroideo / Adenomegalias: <input type="checkbox"/> No palpables <input type="checkbox"/> Posteriores <input type="checkbox"/> anteriores <input type="checkbox"/> supraclavicular
	Pulsos <input type="checkbox"/> palpables <input type="checkbox"/> simétricos <input type="checkbox"/> Alterados
3. tórax	<input type="checkbox"/> Normolíneo <input type="checkbox"/> Tonel <input type="checkbox"/> Excavado / Mov. Resp. <input type="checkbox"/> simétricos <input type="checkbox"/> asimétricos / Campos pulmonares <input type="checkbox"/> Bien ventilados <input type="checkbox"/> Alterado
	Ruidos cardiacos: <input type="checkbox"/> Adecuada frecuencia <input type="checkbox"/> Rítmicos <input type="checkbox"/> Alterado
	Adenomegalias axilares <input type="checkbox"/> No palpables <input type="checkbox"/> Presentes (describir)
4. abdomen	<input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso / <input type="checkbox"/> Blando y Depresible <input type="checkbox"/> Resistencia <input type="checkbox"/> Abdomen en madera
	Dolor a la palpación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Describir)
	Visceromegalias <input type="checkbox"/> No palpable <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia Peristalsis <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada (describir)
5. miembros	Superiores <input type="checkbox"/> Íntegras <input type="checkbox"/> simétricas <input type="checkbox"/> pulsos palpables <input type="checkbox"/> Alteradas
	Inferiores <input type="checkbox"/> Íntegras <input type="checkbox"/> simétricas <input type="checkbox"/> pulsos palpables <input type="checkbox"/> Alteradas
6. genitales	

Impresión diagnóstica	
Tratamiento	