



## FORMATO DE HISTORIA CLINICA

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha de realización:

Hora:

Fecha de ingreso:

Hora:

Fecha de nacimiento:

Nombres y apellidos:

Piso:

Documento de identidad: CC\_\_ TI \_\_ CE\_\_

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Número de hijos:

Procedencia:

Residencias Anteriores:

Lugar de Origen:

Religión:

Escolaridad:

Ocupación:

Grupo sanguíneo:

RH:

Aseguradora:

Acompañante:

Nombre:

### 2. MOTIVO DE CONSULTA:

---

---

### 3. ENFERMEDAD ACTUAL:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 4. ANTECEDENTES

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

#### PATOLÓGICOS

HTA	SI	NO	NERVIOSO	SI	NO
DIABETES	SI	NO	ANTICUAGULACIÓN	SI	NO
CANCER	SI	NO	HEPATITIS	SI	NO
ASMA	SI	NO	GINECOLOGICO	SI	NO



TUBERCULOSIS	SI	NO	OTRO	SI	NO
NEUMONIA	SI	NO	OBESIDAD	SI	NO
ENFERMEDAD CORONARIA	SI	NO	ENFERMEDAD TIROIDES DEL	SI	NO
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	SI	NO	ETS	SI	NO
ENFERMEDAD GASTROINTESTINAL	SI	NO			

QUIRÚRGICOS:

TRAUMATISMOS:

TRANSFUSIONES:

INMUNIZACIONES:

HOSPITALIZACIONES:

FARMACOLÓGICOS:

ALERGICOS:

- Alimentarios:
- Medicamentosos:
- Contacto:
- Sustancias ambientales:

DE LA INFANCIA

SARAMPION	SI	NO	
RUBEOLA	SI	NO	
VARICELA	SI	NO	
HEPATITIS	SI	NO	
OTRO	SI	NO	

ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS

- Menarquia: Fecha última menstruación:
- Fecha de ultimo parto: Uso de anticonceptivos:
- Enfermedades de transmisión sexual:
- Parejas sexuales:
- Fecha última citología:

HÁBITOS

- Alimenticios:
- Intolerancia a alimentos:
- Apetito:
- Catarsis intestinal:
- Diuresis:
- Sueño:



- Bebidas alcohólicas:
- Infusiones:
- Tabaco:
- Drogas:
- Medicamentos:
- Sexuales:
- Actividad física:
- Personalidad

### ANTECEDENTES HEREDITARIOS – FAMILIARES

PADRE			MADRE		
HTA	SI	NO	HTA	SI	NO
DIABETES	SI	NO	DIABETES	SI	NO
ENFERMEDAD CORONARIA	SI	NO	ENFERMEDAD CORONARIA	SI	NO
ACV	SI	NO	ACV	SI	NO
ENFERMEDAD PULMONAR	SI	NO	ENFERMEDAD PULMONAR	SI	NO
CONVULSIONES	SI	NO	CONVULSIONES	SI	NO
IAM	SI	NO	IAM	SI	NO
HEPATITIS	SI	NO	HEPATITIS	SI	NO
HIPERCOLESTEROLEMIA	SI	NO	HIPERCOLESTEROLEMIA	SI	NO
CANCER	SI	NO	CANCER	SI	NO
OTROS	SI	NO	OTROS	SI	NO

HERMANOS					
HTA	SI	NO	CONVULSIONES		
DIABETES	SI	NO	IAM		
ENFERMEDAD CORONARIA	SI	NO	HEPATITIS		
ACV	SI	NO	HIPERCOLESTEROLEMIA		
ENFERMEDAD PULMONAR	SI	NO			
CANCER	SI	NO	OTROS		

### ANTECEDENTES PSICOSOCIALES

- Nacimiento:
- Crecimiento y maduración:
- Condición de la vivienda:

# HABITANTES					
PAREDES					
PISO					
TECHO					
SERVICIOS	AGUA	LUZ	R. BASURAS	TV	INTERNET
CARÁCTER	ARRENDADA	PROPIETARIA	ALBERGUE		

- Animales:
- Antecedentes laborales:



- Núcleo familiar:

## 5. REVISIÓN POR SISTEMAS

SÍNTOMAS GENERALES:

---

SINTOMAS EN PIEL Y ANEXOS:

---

SINTOMAS EN OJOS / VISIÓN:

---

SINTOMAS EN NARIZ / OLFATO:

---

SINTOMAS EN OÍDOS/ AUDICIÓN:

---

SINTOMAS EN BOCA /GUSTO:

---

---

SINTOMAS EN CUELLO:

---

SINTOMAS EN TÓRAX:

SINTOMAS RESPIRATORIOS:

---

---

SÍNTOMAS CARDIOLÓGICOS:

---

---

SINTOMAS DIGESTIVOS:

---

---

SINTOMAS ENDOCRINOS:

---

SINTOMAS EN EXTREMIDADES:

---

---

SINTOMAS NEUROLÓGICOS:

---

SINTOMAS UROLÓGICOS:



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
SINTOMAS GENITALES:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 6. EXAMEN FÍSICO

### *IMPRESIÓN GENERAL*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### *SIGNOS VITALES*

TA:

Oxi:

FC:              FR:              T:              Peso:              Talla:              IMC:

pulsos

	DERECHO	IZQUIERDO
PULSO RADIAL		

### *EXAMEN FÍSICO SEGMENTARIO*

**PIEL, ANEXOS, FANERAS:**

### **CRANEO/CARA/CUELLO**

CUERO CABELLUDO:

CABELLO:

FRENTE:

CEJAS:

PÁRPADOS:



OJOS:

OREJAS/OÍDOS:

NARIZ:

BOCA/OROFARINGE:

CUELLO:

**TORAX:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ABDOMEN**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**GENITOURINARIO:**

---

---

**SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO:**

TONO:



TROFISMO:

COORDINACIÓN:

MARCHA:

MOVIMIENTOS ANORMALES:

FUERZA:

MOVILIDAD ARTICULAR:

REFLEJOS TENDINOSOS:

### **SISTEMA NEUROLÓGICO**

ESTADO DE CONCIENCIA:

ESTADO MENTAL:

Memoria:

Juicio, raciocinio, cálculo:

Lateralidad:

Lenguaje:

Gnosias:

Praxias:

### **PARES CRANEALES**

NCI – NERVIO OLFATORIO:

---

---

---

NCII- NERVIO ÓPTICO:

---

---

---

---

---

NCIII- NCIV- NCVI (NERVIOS OCULOMOTORES):

---

---



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
NCV – NERVIO TRIGÉMINO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
NCVII – NERVIO FACIAL:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
NCVIII- NERVIO VESTIBULO COCLEAR:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
NCIX- NERVIO GLOsofaríngeo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
NCX- NERVIO NEUMOGÁSTRICO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
NCXI- NERVIO ACCESORIO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
NCXII- NERVIO HIPOGLOSO:

SENSIBILIDAD

Superficial:





Profunda:

## 7. RESUMEN DE DATOS POSITIVOS

---

---

---

---

---

---

---

---

## 8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Diagnósticos Sindromáticos:  

---
- Diagnósticos Patológicos  

---
- Diagnósticos topográficos:  

---
- Diagnósticos etiológicos:  

---

## 9. ANÁLISIS DEL CASO:

---

---

---

## 10. PLAN DE MANEJO:

---

---

---

---

---

---