|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Historia clínica | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Fecha (dd-mmm-aaaa) | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ficha de identificación | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Iniciales | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Edad | |  | | | | Sexo | | | | | | | (Masculino) (Femenino) | | | | |
| Ocupación | |  | | | | Escolaridad | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Antecedentes heredofamiliares** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Enfermedad** | | **No** | | | **Si** | **Parentesco** | | | | | | | | | | | |
| Diabetes | |  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
| Hipertensión | |  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
| Cardiopatía | |  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
| Oncológicos | |  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Antecedentes del desarrollo (Para menores de 15 años)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Segmento** | | | | **Normal** | | | **Anormal** | | | **Observaciones** | | | | | | | |
| Evolución del embarazo | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Duración del embarazo | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Parto | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Apgar | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Desarrollo motor | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Desarrollo del lenguaje | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Desarrollo psico-social | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Antecedentes personales no patológicos** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **No** | | | **Si** | **Edad de inicio** | | | | | | | **Cantidad** | | | | **Actual**  **(No o Si)** |
| Tabaco | |  | | |  |  | | | | | | |  | | | |  |
| Alcohol | |  | | |  |  | | | | | | |  | | | |  |
| Otros tóxicos | |  | | |  |  | | | | | | |  | | | |  |
| Tatuajes | |  | | |  | Fecha del último | | | | | | | dd-mmm-aaaa | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Antecedentes gineco-obstétricos** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Menarca | |  | | | | Ciclos | | | | | | |  | | | | |
| IVSA | |  | | | | Gestas | | | | | | |  | | | | |
| Para | |  | | | | Cesáreas | | | | | | |  | | | | |
| Abortos | |  | | | | FUM | | | | | | |  | | | | |
| Menopausia | |  | | | | Anticoncepción | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Antecedentes personales patológicos**  **(incluya fracturas, cirugías, transfusiones y enfermedades que ya concluyeron)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Patología** | | **Fecha de inicio**  **(dd-mmm-aaaa)** | | | | **Tratamiento** | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Enfermedades presentes** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Patología** | | **Fecha de inicio**  **(dd-mmm-aaaa)** | | | | **Complicaciones** | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Patología** | | **Fecha de inicio**  **(dd-mmm-aaaa)** | | | | **Complicaciones** | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Aparatos y sistemas** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | **No** | | | **Si** | | **Especifique** | | | |
| Neurológico (Alteraciones en la sensibilidad, motoras, movimientos anormales, convulsiones, alucinaciones, cefaleas, acufenos, vértigo) | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |
| Respiratorio (Disnea, tos, cianosis, hemoptisis, sibilancias, estridor, dolor torácico) | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |
| Cardiovascular (Dolor torácico, palpitaciones, arritmias, lipotimia, síncope, diaforesis, edema) | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |
| Gastrointestinal (Disfagia, pirosis, dispepsia, plenitud postprandial, náusea, vómito, dolor abdominal, acolia, diarrea, constipación, melena) | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |
| Genitourinario (Infecciones vaginales, enfermedades de transmisión sexual, poliuria, polaquiuria, disuria, tenesmo, hematuria, coluria) | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |
| Inmunológico (alergias) | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |
| ¿Tiene alguna restricción alimentaria? | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tratamientos que actualmente utiliza** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre comercial | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Sal | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Dosis | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Unidad (mg, ml, etc.) | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Frecuencia | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Vía de administración (Oral, IM, IV, rectal, etc.) | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Indicación | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Fecha de inicio (dd-mmm-aa) | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Integrar toda la información correspondiente a cada medicamento. En caso de utilizar más de un fármaco, deberá llenar el FC-SC-5.07 Medicamentos concomitantes** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Exploración física** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Talla (m) |  | | | Peso (Kg) | | |  | | | | IMC | | | | |  | |
| Frecuencia cardiaca | | por minuto | | | | Frecuencia respiratoria | | | | | | | | | por minuto | | |
| Temperatura (°C) | |  | | | | Presión arterial (mmHg) | | | | | | | | |  | | |
| **Segmento** | | | | **Normal** | | | **Anormal** | | | **Observaciones** | | | | | | | |
| Piel y tegumentos | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Cabeza | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Ojos | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Oídos | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Faringe | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Cuello | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Miembros superiores | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Tórax y región mamaria | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Región dorso-lumbar | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Abdomen | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Pelvis | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Genitales | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| Miembros inferiores | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Electrocardiograma** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha o No realizado | | | | | | | dd-mmm-aaaa | | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | | | | | | | (No) (Si) | | |
| Si no es normal, ¿es clínicamente significativo? | | | | | | | | | | | | | | | (No) (Si) | | |
| Comentarios | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Biometría hemática** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha o No realizado | | | | | | | dd-mmm-aaaa | | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | | | | | | | (No) (Si) | | |
| Si no es normal, ¿es clínicamente significativo? | | | | | | | | | | | | | | | (No) (Si) | | |
| Comentarios | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Química sanguínea** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha o No realizado | | | | | | | dd-mmm-aaaa | | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | | | | | | | (No) (Si) | | |
| Si no es normal, ¿es clínicamente significativo? | | | | | | | | | | | | | | | (No) (Si) | | |
| Comentarios | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Examen general de orina** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha o No realizado | | | | | | | dd-mmm-aaaa | | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | | | | | | | (No) (Si) | | |
| Si no es normal, ¿es clínicamente significativo? | | | | | | | | | | | | | | | (No) (Si) | | |
| Especifique | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Hepatitis B** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha o No realizado | | | | | | | dd-mmm-aaaa | | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | | | | | | | (No) (Si) | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VIH** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha o No realizado | | | | | | | dd-mmm-aaaa | | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | | | | | | | (No) (Si) | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VDRL** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha o No realizado | | | | | | | dd-mmm-aaaa | | | | | | | | | | |
| Normal | | | | | | | | | | | | | | | (No) (Si) | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Información del médico que elaboró la historia** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | | | | | Firma | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |