



Servicio de Oncología Clínica

Datos Personales

Personal

HC N°:	28534		
Apellidos y Nombres: MENDEZ, ALICIA CLEOTILDE			
Fec. Nac:	09/12/1942	Edad:	74 Años
Sexo:	FEMENINO	Documento:	4630647
Domicilio:	B° VIRGEN DE LA CANDELARIA		
Tel. Particular:	S/D	Tel. Laboral:	156279674
Pais de Nacimiento:	ARGENTINA		

Coberturas

Obra Social:	PARTICULAR
N° Afiliado:	

Derivaciones

Médico Trat. Externo:

HISTORIA CLÍNICA PERSONAL N°:.....

FECHA (de hoy):...../...../.....

MEDICO (que va a atenderlo): Dr.....

SUS DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO:

Alicia Cleotilde Méndez

EDAD: 74 años.

FECHA DE NACIMIENTO: 09 / 12 / 1942

SEXO: Masc. ☒ Fem.NACIONALIDAD: ☒ Argentino - Otra..... (aclarar)

DIRECCIÓN: J.B. Martinez 84 LOCALIDAD: Maipú.

TELÉFONO: 4814931 (si no tiene teléfono consigne el de algún familiar, amigo o vecino que pueda contactarlo)

E-MAIL:

ESTADO CIVIL: Soltero - Casado - Divorciado ☒ Viudo - Separado

OCUPACIÓN: Ama de casa

DOCUMENTO: ☒ DNI - LC - LE - CI - CE - PASS N° 4.630.647

OBRA SOCIAL: 1) OSEP N° 4.630.647 / 00

Tiene otra obra social: SI ☒ NO Cual?.....

N°.....

FAMILIAR O ACOMPAÑANTE:

Nombre: Alicia Magdalena Alaniz Teléfono: 2613071787

MEDICO DERIVADOR: (si puede por favor coloque nombre y teléfono del médico que lo envió)

Dr..... Teléfono:.....

HISTORIA CLÍNICA PERSONAL N°:

SUS ANTECEDENTES PERSONALES

(encierre en un círculo la respuesta correcta y complete cuando sea necesario)

SUS FAMILIARES (referido a problemas de salud de padres, hijos y hermanos solamente):Diabetes ☒ SI NO quien?.....Enfermedades del corazón SI ☒ NO quién?.....Enfermedades tumorales SI ☒ NO quien?.....**SUS HÁBITOS:**Fumó alguna vez: SI ☒ NO Cantidad:..... cigarrillos/día.

Desde:(edad)..... años Hasta:(edad)..... años.

Fuma actualmente: SI ☒ NO Cantidad:..... cigarrillos/día.

Toma bebidas con alcohol:

SI ☒ NO Tipo:.....

Cantidad por día:..... A veces Siempre

Su alimentación es:

☒ variada vegetariana especial.....**Trabajó con productos químicos o industriales?:**SI ☒ NO ¿cual?.....

por cuánto tiempo?.....

SU MEDICACIÓN ACTUAL (nombre todos los medicamentos que toma habitualmente y la dosis diaria de cada uno):.....

Ranitidina (Gastrosedol) 150mg 1 comprimido x noche

Levotiroxina 50mcg 1 comp en ayunas

Amlodipina 10mg 1 comp x día

Difenhidramina 1 comp x día

Insulina (según control de glucemia)

HISTORIA CLÍNICA PERSONAL N°:

SUS OPERACIONES**Fue operado:**

SI

☒ NO

En la fecha:...../...../..... me operaron:

En la fecha:...../...../..... me operaron:

En la fecha:...../...../..... me operaron:

Me hicieron alguna punción o biopsia:

SI

☒ NO**SUS ANTECEDENTES CLÍNICOS**

(enfermedades o problemas de salud que tuvo o tiene actualmente)

Diabetes:.....☒ SI

NO

Ácido úrico alto:.....☒ SI

NO

Colesterol alto:.....

SI

☒ NO**Problemas de Tiroides:**.....☒ SI

NO

Alergias:.....

SI

☒ NO

soy alérgico a:.....

Realizó prueba del virus HIV (SIDA)?.....☒ SI

NO

Grupo Sanguíneo:☒ A

B

O

☒ RH: positivo

negativo

SUS ANTECEDENTES CARDIOLÓGICOS:**Presión Alta:**.....☒ SI

NO

Infartos u otros problemas cardíacos:.....

SI

☒ NO

¿cuando?.....

Duerme con 2 o más almohadas?:.....

SI

☒ NO**Arritmias:..(ritmo anormal de latidos del corazón):**

SI

NO

HISTORIA CLÍNICA PERSONAL N°:



SUS ANTECEDENTES RESPIRATORIOS:

Tos o bronquitis crónica:.....	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Asma:	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Tuberculosis:.....	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Neumonía:	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Expectoración con sangre:.....	SI	<input checked="" type="radio"/> NO

SUS ANTECEDENTES DIGESTIVOS:

Úlcera/gastritis:	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Hepatitis:	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Estreñimiento o constipación:.....	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Diarrea frecuente:.....	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Sangre en materia fecal:	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Dificultad para tragar:	SI	<input checked="" type="radio"/> NO

SUS ANTECEDENTES UROLÓGICOS:

Ardor o dificultad para orinar:.....	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Orino con sangre:.....	SI	<input checked="" type="radio"/> NO
Tengo que orinar muy frecuentemente:	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
Tengo pérdida de orina:	<input checked="" type="radio"/> SI	NO
Insuficiencia renal:.....	<input checked="" type="radio"/> SI	NO

OTROS ANTECEDENTES

Otros problemas de salud o enfermedades? ☒ SI NO
 cuales? Insuficiencia circulación en piernas 4

HISTORIA CLÍNICA PERSONAL N°:

SUS ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

Mi primer menstruación fue a los: años.

Mi última menstruación fue a los: años.

La fecha de mi última menstruación fue:/...../.....

Me quedé embarazada: veces

Pérdidas: SI NO veces

Mi primer embarazo fue a los: 18 años. Número de Partos: 5

Tomo píldoras Anticonceptivas: SI NO desde:/...../.....

Mi último Papanicolau fue en:/...../.....

Mi último mamografía fue en:/...../.....

SUS MOLESTIAS O SÍNTOMAS ACTUALES:

(Describalos en orden de aparición, con fechas aproximadas y subraye la molestia que más lo afecta) ejemplo: dolor en la espalda desde abril de este año con aumento en los últimos 15 días. Además tengo náuseas desde hace una semana.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Instrucción Alcanzada:	No Concurre			
	Nivel Primario	Completo		Incompleto
	Nivel Secundario	Completo		Incompleto
	Nivel Terciario	Completo		Incompleto
	Nivel Universitario	Completo		Incompleto

CALENDARIO CRONOLÓGICO (secuencia de eventos significativos):

[illegible]

ANTECEDENTES CLÍNICOS DESTACADOS Y NEOPLÁSICOS:

Antecedentes Significativos. Quiso financiar su rol

PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

Cocurren las hijas de la familia
1º del apéndice donde se da a lo p'io y se repite
no' meitor → los p' entiendo no al darme
las p'staciones → el N solo se p'oce en
3º Colocacion

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: (consignar datos de valor solamente)

LABORATORIO: 68T 122 Creat 2.53
6PT 026
FIL 884

RADIOGRAFIAS:

HISTORIA CLÍNICA PERSONAL N°:

T.A.C. / R.M.N. RMN compatible con colapso craneal
con afectación del hepático craneal.

ECOGRAFIAS: Necesit SIP
Hepatoencefalopatia letargica sin mas
puntos sólidos evidentes.

CENTELLOGRAMAS:

MAMOGRAFIAS:

ENDOSCOPIAS:

OTROS:

DIAGNOSTICO ANÁTOMO PATOLÓGICO: (ADJUNTAR INFORME)

PROCEDIMIENTO:

N°:

FECHA:

PATÓLOGO: Dr/a:

LOCALIZACION ANATÓMICA:

sin evidencias patológicas

INFORME:

CÓDIGO O.M.S.:

IHQ:

ESTADIFICACION (consultar manual AJCC):

T: X-0-1-2-3-4

N: X-0-1-2-3

M: X-0-1

ESTADIO

I - II - III - IV (TNM)

OTRA:

HISTORIA CLÍNICA PERSONAL N°:

TRATAMIENTOS PREVIOS: (en relación a la enfermedad actual)

Esquemas

Fechas

Quimioterapias: No

Hormonoterapias: No

Inmunoterapia: No

Cirugías: No

Radioterapia: No

EXAMEN FÍSICO

PS(ECOG): 0 1 2 3 4

PESO:

(Habitual).....Kg. (Actual).....Kg. **TALLA:**.....m.

SC:.....m2.

PIEL Y MUCOSAS: normal: piel de coloración, elasticidad y turgencia normales, ausencia de lesiones significativas. Mucosas rosadas húmedas.

Anormal

.....

SISTEMA GANGLIONAR Y TCS: normal: en el examen no se palpan ganglios periféricos de características patológicas. Tejido celular subcutáneo sin alteraciones.

Anormal

.....

CABEZA Y CUELLO CUELLO: normal: examen físico sin hallazgos anormales significativos

Anormal

.....

HISTORIA CLÍNICA PERSONAL N°:

AP. RESPIRATORIO: normal: buena ventilación en ambos campos pulmonares, murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados

Anormal

.....

AP. CARDIOVASCULAR: normal:

FC:lat/min Regular

T.A.:/mmHg

R1 R2 normofonéticos, silencios libres

Anormal

.....

ABDOMEN:normal: blando, indoloro, sin vísceromegalias ni masas palpables, RHA (+)

Anormal

.....

GENITO-URINARIO: normal: sin alteraciones evidentes al examen físico

Tacto rectal: SI NO normal: esfínter tónico, ampolla normal

Anormal

.....

MAMAS: normal: inspección y palpación normales, axilas negativas

Anormal

.....

SISTEMA NERVIOSO:normal: examen neurológico dentro de límites normales

Anormal

.....

OSTEOMIOARTICULAR: normal: no se encuentran alteraciones en la semiología

Anormal

.....

RESUMEN Y PLANTEOS

.....

.....

.....

.....

.....

.....