

HISTORIA CLÍNICA

MÉDICA

| | | | |
|--|---------------|-----------|--|
| Unidades de Especialidades Médicas Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (UNEME-CECOSAMA) | | | |
| No. de Expediente: | | Fecha: | |
| Nombre del paciente: | | | |
| Género: | Edad: | Religión: | |
| Ocupación: | Estado Civil: | | |
| 1.- PADECIMIENTO ACTUAL: | | | |
| ¿Está siendo atendido por algún problema de salud mental o consumo de sustancias en la actualidad? | | | |
| Si | | No: | |
| ¿Cuál? | | | |
| ¿Está tomando algún medicamento por prescripción médica o se está automedicando? | | | |
| Si | | No: | |
| ¿Cuál? | | | |
| Estado actual o motivo de consulta (Incluir datos de patrón de consumo, abstinencia): | | | |
| 2.- ANTECEDENTES: | | | |
| a) Heredofamiliares (Especificar si están vivos o muertos (causas de la defunción), edad, ocupación, enfermedades crónico-degenerativas, Infecto-contagiosas, alérgicas, mentales, consumo de sustancias, etc.) | | | |
| Padres | | | |
| Hermanos | | | |
| Cónyuge | | | |
| Hijos | | | |



| | |
|--|--|
| Otros de importancia | |
| b) Personales no patológicos | |
| Vivienda | |
| Higiene | |
| Alimentación | |
| Inmunizaciones | |
| c) Personales Patológicos | |
| Infectocontagiosos | |
| Crónico-degenerativos | |
| Alérgicos | |
| Quirúrgicos | |
| Transfusionales | |
| Hospitalizaciones previas | |
| Consumo de sustancias (tabaco, alcohol y otras drogas) | |
| Trastornos mentales | |

d) Gineco-obstétricos

| | |
|----------------------------------|--|
| Menarca | |
| Ciclo | |
| FUM | |
| IVSA | |
| No. de parejas sexuales | |
| Gestas | |
| Partos | |
| Abortos | |
| Cesáreas | |
| Método de Planificación familiar | |
| Otros | |

e) Andrológicos

| |
|--|
| |
|--|

3.- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

| | |
|----------------------|--|
| Cardiovascular | |
| Respiratorio | |
| Digestivo | |
| Endócrino | |
| Genito-urinario | |
| Piel y anexos | |
| Mental | |
| Otros de importancia | |

4.- EXPLORACIÓN FÍSICA:



| | | | | |
|--|---|--------------------|------------------|-------|
| Signos vitales: | Peso | Talla | Presión arterial | Pulso |
| | Frec. Cardíaca | Frec. Respiratoria | Temperatura | |
| Cabeza y cuello: | | | | |
| Tórax: | | | | |
| Abdomen: | | | | |
| Genitales: | | | | |
| Columna vertebral: | | | | |
| Extremidades, piel y faneras: | | | | |
| Neurológica | a)Pares craneales | | | |
| | b)Sistema motor | | | |
| | c)Sensibilidad | | | |
| | d)Reflejos (OT) | | | |
| | e)Sistema vestibulo-cerebeloso (equilibrio) | | | |
| | f)Marcha | | | |
| | g)Dominancia cerebral | | | |
| 5.- EXAMEN MENTAL: | | | | |
| Inspección general. Apariencia, actitud, conciencia, conducta motora, forma de relación: Autismo | | | | |
| Lenguaje y pensamiento: Fluidez, retardo, aceleración, articulación, coherencia, tonalidad. Congruencia, riqueza de asociaciones y abstracciones, fobias, obsesiones y delirios. | | | | |
| Funciones intelectuales: orientación, atención, comprensión, concentración, memoria, análisis, síntesis, conación, volición, juicio, crítica. | | | | |

Afectividad: Indiferencia, tristeza, euforia, labilidad, ansiedad, aplanamiento, ambivalencia, disociación.

Sensopercepción: Ilusiones, alucinaciones, alucinosis, despersonalización, macropsias, micropsias, extrañeza.

Ideación: delirios, proyecto futuro, sueño, conciencia de enfermedad.

Observaciones

6.- EXÁMENES DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS PREVIOS Y ACTUALES.

7.- TERAPÉUTICA PREVIA EMPLEADA.

| | | |
|----------------------------------|------------------------|--|
| Resultados obtenidos en cada uno | a)Tratamientos físicos | |
| | b)Farmacológicos | |
| | c)Psicoterapéuticos | |
| | d)Alternativos | |

8.- IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (Código CIE-10).

| Código | Diagnóstico |
|--------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Observaciones al Dx.
y/o problemas clínicos:



| | | | | |
|--|---------------------|------|----------|-------------|
| Pronóstico: | a) Para la vida. | | | |
| | b) Para la función. | | | |
| 9.- TRATAMIENTO Y PLAN TERAPÉUTICO: | | | | |
| Plan: | | | | |
| Tratamiento farmacológico (solo si amerita) | | | | |
| Sugerencias en el plan de manejo Psicológico y o de Trabajo Social | | | | |
| Próxima cita: | Día | Hora | Servicio | Responsable |
| | | | | |
| Nombre del médico quien otorgó el servicio: | | | | |
| Firma: | | | Hora: | |