



SERVICIOS DE SALUD IMSS – BIENESTAR

Unidad Médica de Salud: _____

HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE ELABORACIÓN:		No DE EXPEDIENTE	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
				FECHA DE NACIMIENTO:	
EDAD		SEXO: (M) (F)	ESTADO CIVIL:		RESIDENCIA ACTUAL:
LUGAR DE ORIGEN:		DERECHOHABIENCIA:		CURP:	
INTERROGATORIO: DIRECTO () INDIRECTO ()		RESPONSABLE DEL INTERROGATORIO:		QUIÉN PROPORCIONA LOS DATOS:	
OCUPACION:		GRUPO ÉTNICO:			
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:					
ABUELOS PATERNOS:					
ABUELOS MATERNOS:					
MADRE: PADRE:					
OTROS:					
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:					
HÁBITOS ALIMENTICIOS:					
VIVIENDA:					
HÁBITOS HIGIENICOS E INMUNIZACIONES:					
DONADOR DE ORGANOS Y TEJIDOS SI NO					
ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS:					
MENARCA: CICLOS: FECHA DE ULTIMAS REGLA: INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: MENOPAUSIA:					
PREFERENCIA SEXUAL O PARAFILIAS: NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES:					
USO DE METODO ANTICONCEPTIVO: INICIO DE USO: FECHA ÚLTIMA DE PARTO:					
GESTA: PARA: CESÁREA: ABORTO: LEGRADO UTERINO INSTRUMENTADO: FECHA PROBABLE DE PARTO:					
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:					
TOXICOLÓGICOS Y ALÉRGICOS:					
QUIRÚRGICOS:					
TRAUMÁTICOS Y TRASFUSIONALES:					
INFECTO-CONTAGIOSOS:					
CRÓNICO-DEGENERATIVAS					
HISTORIAL DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS					
PADECIMIENTO ACTUAL (semiología de signos y síntomas principales, desde el inicio hasta la actualidad, mencionar estudios de laboratorio y gabinete, tratamientos y diagnósticos recientes.)					
INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:					
CARDIOVASCULAR:					
RESPIRATORIO:					
DIGESTIVO:					
GENITO-URINARIO:					
ENDOCRINO:					
NERVIOSO:					



MUSCULO ESQUELETICO:								
PIEL Y TEGUMENTOS:								
SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA:								
FRECUENCIA CARDIACA	PULSO	FRECUENCIA RESPIRATORIA	TEMPERATURA	TENSION ARTERIAL	PESO	TALLA	INDICE DE MASA CORPORAL	CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL
EXPLORACION FISICA (ANOTAR SOLO DATOS FUERA DE LO COMÚN):						SpO2:		
CRÁNEO								
CARA								
OJOS								
NARIZ								
OIDOS								
BOCA								
FARINGE								
CUELLO								
TÓRAX								
RESPIRATORIO								
CARDIOVASCULAR								
ABDOMEN								
GENITALES								
EXTREMIDADES								
SISTEMA NERVIOSO								
SISTEMA LINFÁTICO								
PIEL								
OBSERVACIONES:								
EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE PREVIOS:								
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:								
EXÁMENES SOLICITADOS:								
LABORATORIO CLÍNICO				RADIOLOGICOS Y DE GABINETE				
TERAPÉUTICA (ANOTAR NOMBRE, PRESENTACIÓN, GRAMAJE, DÓSI S EMPLEADA, PERIODICIDAD Y TIEMPO DEL TRATAMIENTO)								
REFERIDO A:	SU DOMICILIO	HOSPITALIZACIÓN	OTRA UNIDAD	ESPECIALIDAD	URGENCIA SI NO	PRONÓSTICO		
CASO MEDICO LEGAL: SI NO SE TURNO AL MINISTERIO PÚBLICO:								
NOMBRE, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MEDICO QUE REALIZA LA HISTORIA CLÍNICA:								