CS RIBERA SANTA ISABEL

***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 ( )

OCUPACION:

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:**

RESPONSABLE DEL INTERROGATORIO:

GRUPO ÉTNICO:

QUIÉN PROPORCIONA LOS DATOS:

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:

LEGRADO UTERINO INSTRUMENTADO:

FECHA ÚLTIMA DE PARTO:

GESTA:

PARA:

CESÁREA:

ABORTO:

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:

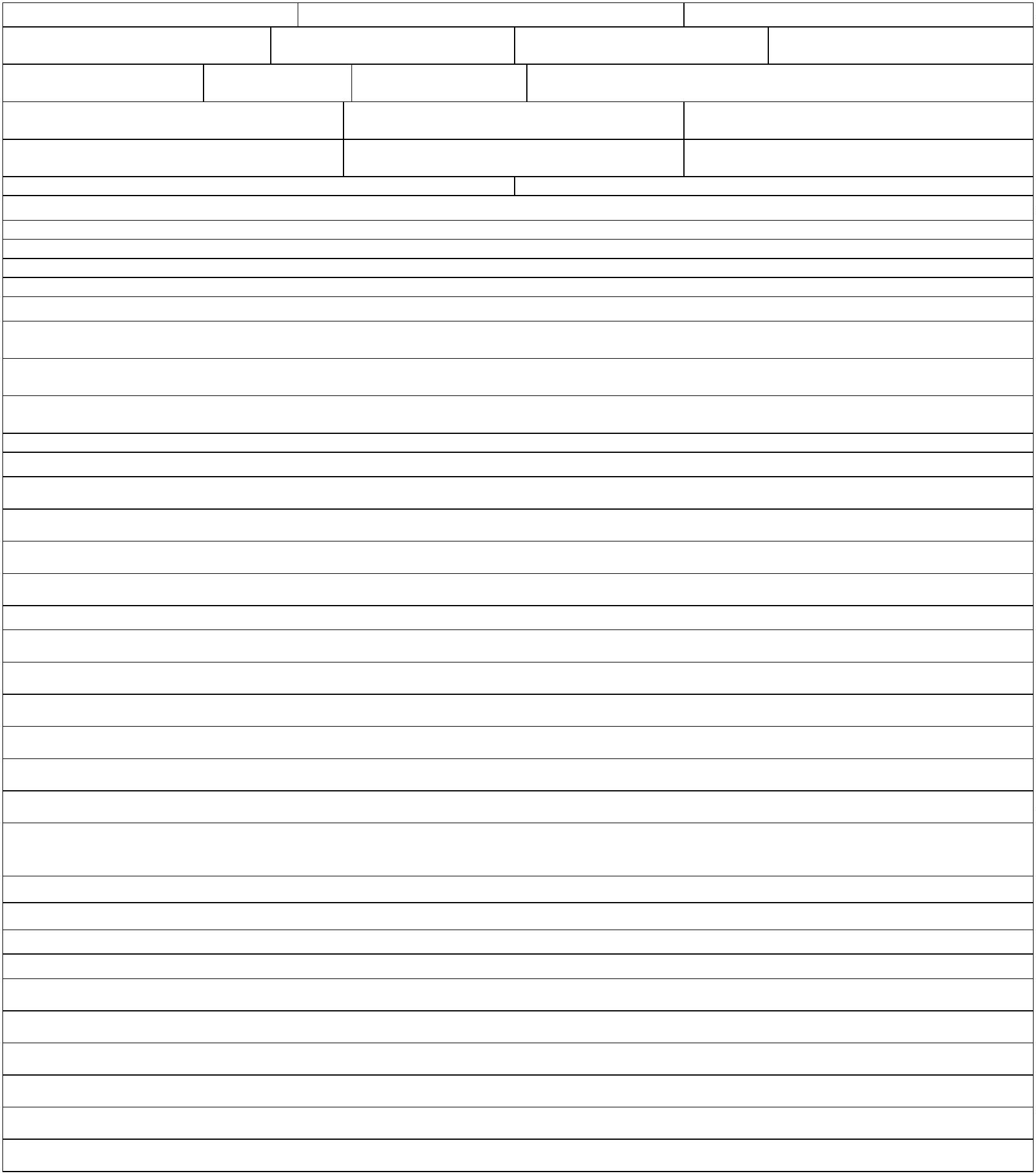
RESPIRATORIO:

DIGESTIVO:

GENITO-URINARIO:

ENDOCRINO:

NERVIOSO:



{{nombres}}

{{numero\_de\_expediente}}

{{apellido\_paterno}}

{{apellido\_materno}}

{{edad}}

{{sexo}}

Santa isabel

{{lugar\_de\_nacimiento}}

{{curp}}

{{abuelos\_paternos}}

{{abuelos\_maternos}}

{{madre}}

{{padre}}

Hábitos Alimenticios:Refiere dieta balanceada con 3-5 comidas diarias, incluye frutas, verduras y carnes magras; buen consumo de agua.Vivienda:Vivienda urbana con servicios básicos completos; condiciones de higiene, ventilación y espacio adecuadas.

Quirúrgicos:Niega antecedentes quirúrgicos previos.Traumáticos:Sin antecedentes de traumatismos relevantes.Transfusionales:Niega transfusiones sanguíneas previas.nfecto-contagiosos:Niega antecedentes de enfermedades infecto-contagiosas.

{{subjetivo}}

Cardiovascular: el paciente niega antecedentes de hipertensión arterial, dolor precordial, palpitaciones, disnea de esfuerzo o de reposo, ortopnea ni edemas en miembros inferiores. Refiere buena tolerancia a la actividad física habitual y no presenta signos de insuficiencia cardíaca ni arritmias conocidas. Respiratorio: sin antecedentes de asma, bronquitis crónica, EPOC o infecciones respiratorias frecuentes; no refiere tos persistente, expectoración anormal, dolor torácico pleurítico ni dificultad respiratoria. Vive en ambiente libre de humo y no se expone a agentes irritantes respiratorios. Digestivo: apetito conservado, no presenta disfagia, náuseas, vómitos, pirosis ni dolor abdominal recurrente. Función intestinal regular, con evacuaciones normales sin signos de estreñimiento, diarrea crónica, melena ni rectorragia. Genitourinario: micciones dentro de parámetros normales, sin disuria, polaquiuria, hematuria ni urgencia urinaria. Refiere buen control de esfínteres, sin historia de infecciones urinarias a repetición; función sexual conservada, sin disfunción eréctil ni alteraciones menstruales en caso de mujer. Endocrino: niega antecedentes personales o familiares de diabetes mellitus, hipotiroidismo o hipertiroidismo; no refiere cambios significativos de peso, intolerancia al frío o calor, alteraciones del vello corporal ni trastornos del apetito. Nervioso: sin cefaleas recurrentes, mareos, vértigo, convulsiones, pérdida de conciencia, alteraciones de la marcha, temblores ni parestesias. No se identifican signos de deterioro cognitivo, alteraciones del sueño ni cambios de comportamiento.

{{fecha}}

{{fecha\_de\_nacimiento}}

MUSCULO ESQUELETICO:

PIEL Y TEGUMENTOS:

**SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA:**

**FRECUENCIA**

**CARDIACA**

**PULSO**

**FRECUENCIA**

**TEMPERATURA**

**TENSION ARTERIAL**

**PESO**

**TALLA**

**INDICE DE MASA**

**CORPORAL**

**CIRCUNFERENCIA**

**ABDOMINAL**

**RESPIRATORIA**

**EXPLORACION FISICA (ANOTAR SOLO DATOS FUERA DE LO COMÚN):**

CRÁNEO

**SpO2:**

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,DÓSIS EMPLEADA, PERIODICIDAD Y TIEMPO DEL TRATAMENTO)

**REFERIDO A:**

SU DOMICILIO

HOSPITALIZACIÓN

OTRA UNIDAD

ESPECIALIDAD

URGENCIA

SI NO

PRONÓSTICO

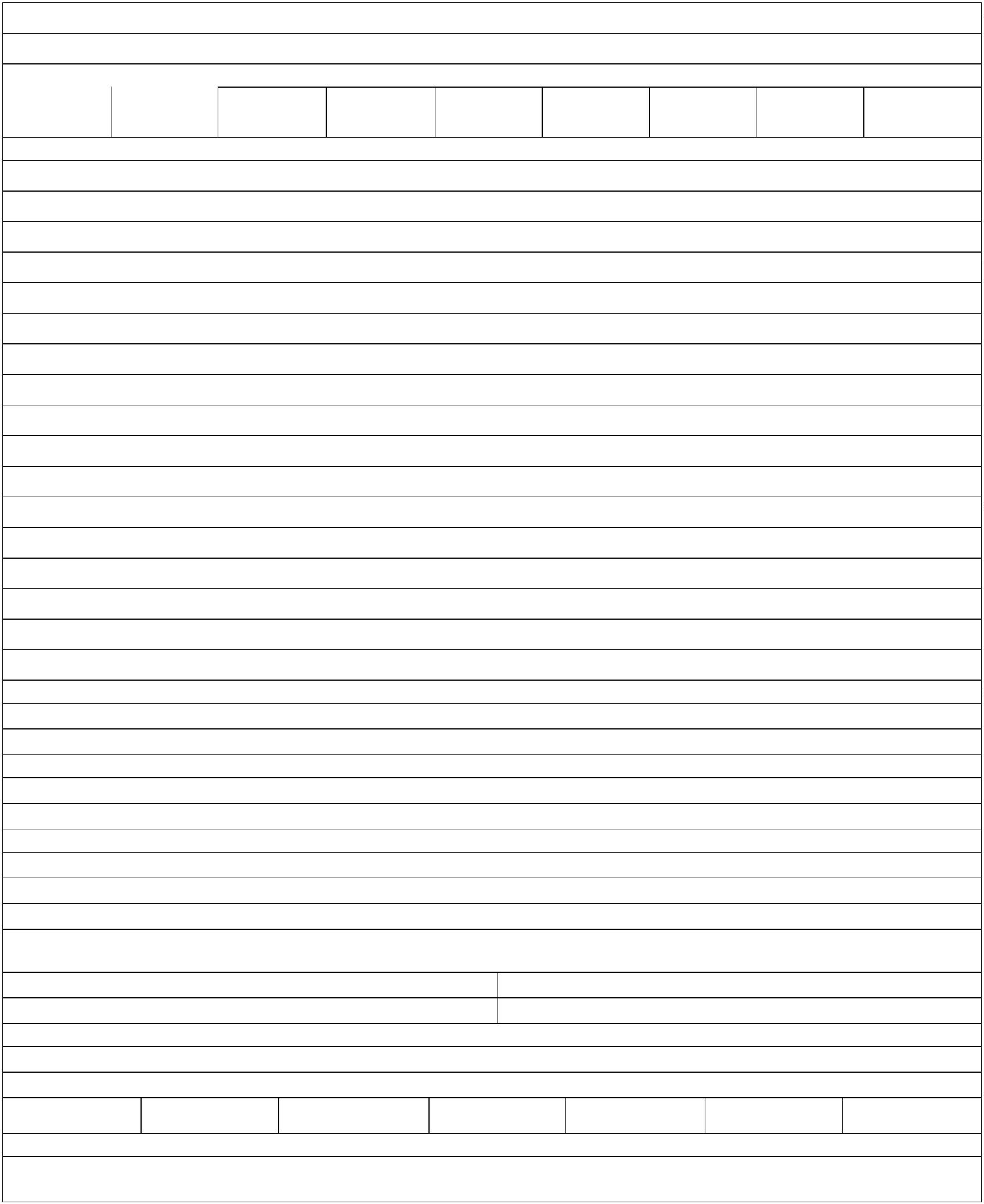
**CASO MEDICO LEGAL:**

**SI**

**NO**

**SE TURNO AL MINISTERIO PÚBLICO:**

**NOMBRE, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MEDICO QUE REALIZA LA HISTORIA CLÍNICA:**



Fc: {{fc}} fr: {{fr}} temp: {{temperatura}} ta: {{tension\_arterial}} peso: {{peso}} tall: {{talla}}

Correcto

Correcto

Correcto

Correcto

Correcto

Correcto

Correcto

Correcto

Correcto

Correcto

Correcto

Correcto

Correcto

Ccorreto

Correcto

Correcto

Correcto

{{analisis}}

ninguno

{{diagnostico}}

DR. JUAN MANUEL MUÑOZ CUEVAS CD: 10816329

{{tratamiento}}