

## HISTORIA CLÍNICA

### Interrogatorio

Expediente \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero  F  M

Edo. Civil: Soltero(a)  Casado (a)  Viudo (a)  Divorciado (a)  Unión Libre

Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Lugar de Origen: \_\_\_\_\_ Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Persona responsable: \_\_\_\_\_

Aseguradora: No  Si  Fecha: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

### 1. Antecedentes

#### a) Heredo-Familiares

Diabetes Mellitus,	
Hipertensión, Cancer,	
Cardiopatías, Hepatopatías,	
Nefropatías, Enf. Endócrinas,	
Enf. Mentales, Epilepsia,	
Asma, Enf. Hematológicas,	
Sífilis, Otros Antecedentes	
Personales NO Patológicos.	

#### b) Personales No patológicos

Vivienda material perdurable Si  No  Cuenta con servicios básicos de urbanización Si  No

No. de personas que habitan en la misma casa \_\_\_\_\_ Hacinamiento: Si  No  COMBE Si  No

Zoonosis: Si  No  Especificar \_\_\_\_\_ Alimentación: \_\_\_\_\_

Higiene: Baño diario: Si  No  Aseo dental adecuado: Si  No  Hemotipo (Grupo y Rh) \_\_\_\_\_

Sedentarismo: Si  No  De ser negativo especificar tipo de ejercicio y tiempo dedicado por semana: \_\_\_\_\_

Inmunizaciones recientes: Si  No  De ser afirmativo especificar: \_\_\_\_\_

Esquema de Vacunación Completo  Incompleto  Desconoce

Tabaquismo: Si  No  De ser afirmativo especificar edad de inicio y cigarrillos consumidos / día \_\_\_\_\_

Alcoholismo: Si  No  De ser afirmativo especificar edad de inicio, frecuencia y tipo de alcohol \_\_\_\_\_

Toxicomanías: Si  No  De ser afirmativo especificar edad de inicio, frecuencia y tipo de sustancia \_\_\_\_\_

Vida sexual activa: Si  No  IVSA \_\_\_\_\_ Heterosexual  Homosexual  Prácticas de riesgo

**d) Gineco – Obstétricos**

Menarca \_\_\_\_\_ Ritmo Menstrual (f/d/c) \_\_\_\_\_ (Eu) (Dis) Menorreica \_\_\_\_\_

IVSA \_\_\_\_\_ NPS: \_\_\_\_\_ MPF (especificar tipo de anticonceptivo y tiempo de uso) \_\_\_\_\_

Gestas \_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Óbito \_\_\_\_\_

(Especificar años de los eventos, embarazos normo evolutivos/riesgo, pre término, término, pos término, complicaciones obstétricas y en posparto, indicar trimestre de los abortos y especificar causa si se conoce, indicaciones de cesárea)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Papanicolaou (año y reporte) \_\_\_\_\_ Mastografía (año y reporte) \_\_\_\_\_ Ultrasonido (año y reporte) \_\_\_\_\_

Flujo vaginal Si  No  De ser afirmativo especificar características y sintomatología \_\_\_\_\_

Antecedentes de infección de transmisión sexual : Si  No  De ser afirmativo especificar \_\_\_\_\_

Vacunación vs Virus de Papiloma: \_\_\_\_\_

**c) Personales Patológicos**

Enf. Congénitas e	
Infecciosas de la	
infancia, Crónico	
Degenerativas,	
Alérgicos, Traumáticos,	
Intervenciones	
Quirúrgicas,	
Transfusiones, Diabetes,	
HAS (Hipertensión	
Arterial Sistémica,	
Dislipidemias, Hepatitis,	
Obesidad,	
Padecimientos	
Gastrointestinales,	
Padecimientos	
Neurológicos,	
Hospitalizaciones, Otros.	

**2. Padecimiento Actual**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Interrogatorio por aparatos y sistemas

Aparato Digestivo:
Aparato Cardiovascular:
Aparato Respiratorio:
Sistema Nervioso:
Sistema Endócrino:
Sistema Hemo-Linfático:
Aparato Genito-Urinario:
Aparato Locomotor:
Piel y Faneras:

### 4. Terapéutica empleada anteriormente y resultados obtenidos

---



---

## Exploración Física

### 1) Signos Vitales

FC: \_\_\_\_\_ FR.: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mm. Hg. Temp.: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Kg Talla: \_\_\_\_\_ cm. IMC: \_\_\_\_\_

### 2. Exploración física

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## ESTUDIOS DE LABORATORIO

### BIOMETRÍA HEMÁTICA

Hb \_\_\_\_\_ Hto \_\_\_\_\_ Leucocitos \_\_\_\_\_ Neutrófilos \_\_\_\_\_ Bandas \_\_\_\_\_ Plaquetas \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

### GRUPO SANGUÍNEO Y RH

Hemotipo \_\_\_\_\_

### TIEMPOS DE COAGULACIÓN

Tiempo de Coagulación \_\_\_\_\_ Tiempo de Protrombina \_\_\_\_\_ Tiempo de Tromboplastina Parcial \_\_\_\_\_

### QUÍMICA SANGUÍNEA

Glucosa \_\_\_\_\_ Urea \_\_\_\_\_ Creatinina \_\_\_\_\_ Ácido Úrico \_\_\_\_\_ BUN \_\_\_\_\_ Colesterol Total \_\_\_\_\_

Triglicéridos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

### ELECTROLITOS SÉRICOS

Na \_\_\_\_\_ Cl \_\_\_\_\_ K \_\_\_\_\_ Ca \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ Mg \_\_\_\_\_

### EXAMEN GENERAL DE ORINA

Densidad \_\_\_\_\_ Albúmina \_\_\_\_\_ Eritrocitos \_\_\_\_\_ Glucosa \_\_\_\_\_ Cetonas \_\_\_\_\_ Leucocitos \_\_\_\_\_

### GASOMETRÍA ARTERIAL O VENOSA

Ph \_\_\_\_\_ PaCO2 \_\_\_\_\_ PaO2 \_\_\_\_\_ HCO3 \_\_\_\_\_ Exceso de base \_\_\_\_\_ Déficit de base \_\_\_\_\_

### OTROS \_\_\_\_\_

## ESTUDIOS DE GABINETE

Electrocardiograma en Reposo ( ) Ritmo \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ Eje \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_ QRS \_\_\_\_\_ QT \_\_\_\_\_ PUNTO J \_\_\_\_\_

Anormalidades \_\_\_\_\_

Telerradiografía de Tórax (AP, LATERALIZQUIERDA, LATERAL DERECHA) \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICOS

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

## PRONÓSTICO

\_\_\_\_\_

## PLAN TERAPÉUTICO

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

## MÉDICO RESPONSABLE

Nombre completo y firma, puesto y cédula profesional

\_\_\_\_\_