**Historia clínica**

**Nombre del usuario:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** **Día**\_\_\_\_\_\_ **Mes**\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Año**\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**No. De teléfono**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y teléfono del contacto de emergencia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sexo:** M\_\_\_\_\_H\_\_\_\_\_ **CURP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de la unidad de salud:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CLUES** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Consultorio asignado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Entidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Municipio**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Localidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 1. **FICHA DE IDENTIFICACIÓN.**   **Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edo. Civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Fecha de nacimiento: / / Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Lugar de residencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Domicilio Actual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Religión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Ocupación / Actividad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado académico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    **Grupo sanguíneo / Rh \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Discapacidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Fecha**  / / **Hora**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Alergia a medicamentos**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Enfermedad por COVID**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Secuela**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Fecha**  / / |
| **MOTIVO DE CONSULTA.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. Antecedentes Heredo-Familiares** | | | | | | | | | | |
|  | **Hipertensión Arterial** | | **Diabetes mellitus** | | | **Obesidad** | **Cáncer** | | **Defectos congénitos** | **Otros (especifique)** |
| **Maternos** | | | | | | | | | |  |
| Madre |  | |  | | |  |  | |  |  |
| Abuela |  | |  | | |  |  | |  |  |
| Abuelo |  | |  | | |  |  | |  |  |
| **Paternos** | | | | | | | | | |  |
| Padre |  | |  | | |  |  | |  |  |
| Abuela |  | |  | | |  |  | |  |  |
| Abuelo |  | |  | | |  |  | |  |  |
| **Familia** | | | | | | | | | |  |
| Hermanos | |  | |  |  | |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. Antecedentes Personales No Patológicos** | | | | | | | |
| **Alimentación:** No. De comidas al día\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lt de agua al día\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **Consumo a la semana**: Carne ( ) pescado/mariscos ( ) Huevo ( ) Pollo ( )  Lácteos ( ) Verduras ( ) Frutas ( ) Pan ( ) Tortilla/día ( ) Leguminosas ( ) Pastas/cereales ( ) | | | | | | | |
| **Habitación:** Propia ( ) Rentada ( ) Prestada No. De habitantes ( )  No. Cuartos ( ) **Servicios:** Agua ( ) Drenaje ( ) Luz ( )  **Convivencia con animales:** Si\_\_\_ No\_\_\_ Perro ( ) Gato ( ) Aves de corral ( ) Roedores ( ) Peces ( ) Otros ( ) | | | | | | | |
| **Higiene:** ¿Cada cuanto se baña? \_\_\_\_\_\_\_ ¿Cambias de ropa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No. De veces de cepillado de dientes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **Actividad física** ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **Consumo de sustancias: Tabaco:** Sí ( ) No ( ) ¿No. de cigarrillos al día? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Edad de inicio: \_\_\_\_\_ **Alcohol:** Sí( ) No ( ) Frec: diaria\_\_\_\_\_sem\_\_\_\_\_mensual\_\_\_\_\_\_  No. de copas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad de inicio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otras:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **Inmunizaciones:** | **Dosis** | | |  | **Dosis** | | |
| BCG |  |  |  | Neumocócica conjugada |  |  |  |
| Hepatitis B/Persona RN |  |  |  | Influenza |  |  |  |
| Hexavalente Acelular DPta+VPI+Hib+HB |  | | | SRP |  |  |  |
| DPT |  | | | Hepatitis A |  |  |  |
| Rotavirus |  |  |  | VPH |  |  |  |
| Varicela |  |  |  | TDPa |  |  |  |
| TD |  |  |  | Otras |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV. Antecedentes Personales Patológicos** | | | | | | | |
| Enfermedades de la infancia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cirugías: Sí ( ) No ( ) Tipo de cirugía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hace cuanto tiempo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Internamientos hospitalarios: Sí ( ) No ( ) No. de internamientos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Causa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Traumatismos: Sí ( ) No ( ) Tipo de traumatismos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Trasfusiones: Sí ( ) No ( ) Fecha: \_\_\_\_\_ Alergias: Sí ( ) No ( ) ¿A qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Toma de medicamentos: Sí ( ) No ( )  Nombre del medicamento y dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otras Enfermedades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **V. Antecedentes Perinatales** | | | | | | | |
| Producto de gesta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Características del embarazo: Normo evolutivo/complicado  Causa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Resolución del embarazo: Vía vaginal: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **VI. Antecedentes de salud sexual y reproductiva** | | | | | | | |
| **Mujeres:**  Telarca: \_\_\_\_\_\_ Pubarca: \_\_\_\_\_\_\_ FUM: / / Menarca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ritmo menstrual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad: Abundante: \_\_\_ Moderada: \_\_\_ Escasa: \_\_\_  Dismenorrea: Sí ( ) No ( ) IVSA:\_\_\_\_\_ ITS: \_\_\_\_\_\_\_ No. de parejas sexuales: \_\_\_\_\_\_\_\_  Gestas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anticonceptivos: Sí ( ) No ( ) ¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Menopausia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Hombres:** Circuncisión: Sí \_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Criptorquidia Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_ Poluciones nocturnas: Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_ Espermaquia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ITS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Trastornos de la erección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IVSA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No. de parejas sexuales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Andropausia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **Motivo de la consulta:** | | | | | | | |
| **Padecimiento actual:** | | | | | | | |
| **VIII. Interrogatorio por aparatos y sistemas** | | | | | | | |
| **Aparato respiratorio:** Obstrucción nasal, disfonía, tos, expectoración, hemoptisis, dolor, cianosis, disnea. | |  | | | | | |
| **Cardiovascular:** Antecedentes de cardiopatías, disnea, tos, hemoptisis, bronquitis frecuente, lipotimias, vértigos, insuficiencia arterial, y venosa, síncope, fatiga, palpitaciones, dolor precordial, edema, ascitis, cianosis, estasis venosa | |  | | | | | |
| **Digestivo:** Apetito, masticación, disfagia, pirosis, regurgitación, distensión abdominal, dolor, vómito, hematemesis, melena, pujo, tenesmo, evacuaciones diarreicas, constipación, ictericia, intolerancia a alimentos. | |  | | | | | |
| **Urinario:** Disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, hematuria, piuria, incontinencia, dolor lumbar, expulsión de cálculos, secreción uretral. | |  | | | | | |
| **Reproductor:** Alteraciones menstruales, dolor pélvico, colporrea patológica, alteraciones de la libido, patología obstétrica. | |  | | | | | |
| **Hemolinfático:** Anemia, hemolisis, tendencia a hemorragias, adenopatías, menor resistencia a infecciones. | |  | | | | | |
| **Endócrino:** Crecimiento en peso y estatura, perturbaciones somáticas, caracteres sexuales, sensibilidad al calor y frío, piel y faneras, exoftalmos, diabetes, acné. | |  | | | | | |
| **Sistema nervioso:** Pérdida del conocimiento, parálisis, paresias, temblores, coordinación, convulsiones, atrofias, hipo o hiperestesias, cefalea, algias, visión, audición, equilibrio, olfato, gusto, sueño, alteraciones de la personalidad, depresión, compulsión, excitación, atención, memoria, cambio en la conducta, afectividad, nerviosismo, angustia. | |  | | | | | |
| **Músculo esquelético:** Deformaciones óseas, limitación de movimientos, algias, atrofias. | |  | | | | | |
| **Piel y anexos:** Mucosas, piel, pelo, uñas, prurito, cambios de coloración, alopecia, erupciones, infestaciones, micosis. | |  | | | | | |
| **Exploración física** | | | | | | | |
| **Signos vitales:** | | | | | | | |
| FC: | FR: | | Temp: | TA: | Peso: | Talla: | IMC |
| Glucemia capilar: Saturación de Oxígeno: | | | | | | | |
| **Habitus exterior** (edad aparente, biotipo, estado de conciencia, orientación en espacio, tiempo y persona, facies, postura, marcha, movimientos anormales, estado y color de tegumentos, actitud) | |  | | | | | |
| **Cabeza:** Cráneo:  Tipo, forma, volumen, cabello, exostosis, hundimientos y fontanelas).  Cara: Tinte, ojos, reflejos pupilares, fondo de ojos, conjuntivas, cornea.  Nariz: obstrucción, mucosa.  Boca: desviación de las comisuras, aliento, labios y paladar.  Oídos: conducto auditivo y tímpano.  Faringe, úvula, amígdalas, adenoides, secreciones | |  | | | | | |
| **Cuello:** Forma, movilidad, contracturas, arterias, pulsos, soplos venosos, frémitos, tráquea, tiroides, cadenas linfáticas, huecos supraclaviculares. | |  | | | | | |
| **Tórax:** Inspección forma y volumen, simetría, tiros, red venosa y puntos dolorosos, campos pulmonares, movimientos de amplexión y amplexación, vibraciones vocales, ganglios satélites, nódulos.  Área precordial: frecuencia cardíaca, ruidos cardiacos, soplos, mamas, forma, consistencia, tamaño, volumen, simetría, color, temperatura, secreciones, deformaciones del pezón, presencia de masas, tumorales, dolor a la palpación, fijación a planos profundos, retracción del pezón. | |  | | | | | |
| **Abdomen:** inspección, forma, volumen, edema, red venosa, pigmentación, vello, latido epigástrico, ascitis, depresible, blando, duro, resistente, zonas dolorosas, tumores, frémitos, orificios inguinales, hernias, reflejos cutáneos, percusión, peristalsis, forma y tamaño de vísceras. | |  | | | | | |
| **Exploración ginecológica:** Exploración manual: útero, forma, volumen, tamaño, posición, consistencia, masas tumorales, dolor, sangrado, secreciones. Anexos: dolor a la exploración de ovarios, y trompas, presencia de masas tumorales, fondo de sacos y adherencias. Exploración armada: forma, color, deformaciones, sangrado, colporrea, lesiones, úlceras, ectrópion, pólipos | |  | | | | | |
| **Extremidades superiores e inferiores:** Forma, volumen, piel, dedos, articulaciones, tono, fuerza, reflejos tendinosos, movimientos, pulsos arteriales, simetría, amplitud, frecuencia, ritmo, arcos de movilidad, úlceras, varices, flebitis, micosis, marcha, edema, reflejos: rotuliano, aquiliano y plantar. | |  | | | | | |
| **Columna vertebral:** Inspección, posición, dolor, deformaciones, disfunción, alineación, función, simetría, movimiento, flexión, extensión, rotación, lateralidad, curvaturas, lordosis, xifosis, escoliosis, masas musculares, lesiones cutáneas. | |  | | | | | |
| **Exploración neurológica:** Razonamiento, atención, memoria, ansiedad, depresión, alucinaciones, postura corporal, funciones motoras, movimientos corporales voluntarios e involuntarios, paresias, parálisis, marcha, equilibrio, pares craneales, función sensorial. | |  | | | | | |
| **Genitales:** Inspecciones, madurez, tacto vaginal, tacto rectal, secreciones, vesicular y úlceras, verrugas, condilomas, otras lesiones. | |  | | | | | |
| **Estudios auxiliares de diagnóstico:** | | | | | | | |
| **Impresión diagnóstica:** | | | | | | | |
| **Pronóstico:** | | | | | | | |
| **Plan:** | | | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del médico, firma y cédula profesional**