

---

**NOMBRE DE LA ALUMNA: KARLA LIZETH VALENCIA  
PÉREZ**

**DOCENTE: ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ**

**MATERIA: MEDICINA INTERNA**

**TEMA: HISTORIA CLINICA**

**SEMESTRE: QUINTO**

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**FECHA: 04/SEPTIEMBRE/2020**

# HISTORIA CLINICA

## DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS SEXO: \_\_\_\_\_ RAZA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL AÑO \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

RESIDENCIA (COMPLETA): \_\_\_\_\_

PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ RELIGIÓN: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN ANTERIOR: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

EN CASO EMERGENCIAS AVISAR A: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE NO.: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

FECHA DE EGRESO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

CAMA: \_\_\_\_\_

SALA: \_\_\_\_\_

FUENTE: \_\_\_\_\_

CONFIABILIDAD: \_\_\_\_\_

HISTORIADOR: \_\_\_\_\_

HORA Y FECHA DE LA REALIZACIÓN DE LA HISTORIA: \_\_\_\_\_

## INTERROGATORIO

MOTIVO DE INGRESO: \_\_\_\_\_

SÍNTOMA (S) PRINCIPAL (ES): \_\_\_\_\_

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



## INTERROGATORIO POR ÓRGANOS, APARATOS Y SISTEMAS

### S.N.C.

- |                                      |                                    |  |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> MAREO       | <input type="checkbox"/> LIPOTIMIA | <input type="checkbox"/> PARESTESIA        |
| <input type="checkbox"/> VÉRTIGO     | <input type="checkbox"/> TIC       | <input type="checkbox"/> AUSENCIAS         |
| <input type="checkbox"/> ALUCINACIÓN | <input type="checkbox"/> PARÁLISIS | <input type="checkbox"/> TRAUMAS           |
| <input type="checkbox"/> CONVULSIÓN  | <input type="checkbox"/> TEMBLOR   | <input type="checkbox"/> ALT. CONDUCTUALES |
| <input type="checkbox"/> PARESIA     | <input type="checkbox"/> SÍNCOPE   |  |
| <input type="checkbox"/> ILUSIONES   | <input type="checkbox"/> INSOMNIO  |  |

### CABEZA

- |                                  |                                   |                               |
|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TRAUMA  | <input type="checkbox"/> ALOPECIA | <input type="checkbox"/> MASA |
| <input type="checkbox"/> CEFALEA | <input type="checkbox"/> PRURITO  |                               |
| <input type="checkbox"/> ¿OTRO?  | _____                             |                               |

### OJOS

- |                                   |                                    |   |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> DOLOR    | <input type="checkbox"/> PRURITO   | <input type="checkbox"/> SENSAC. CUERPO EXTRAÑO |
| <input type="checkbox"/> LENTES   | <input type="checkbox"/> HIPEREMIA | <input type="checkbox"/> MIODESOPSIAS           |
| <input type="checkbox"/> EPIFORA  | <input type="checkbox"/> FOSFENOS  | <input type="checkbox"/> ESCOTOMAS              |
| <input type="checkbox"/> DIPLOPÍA | <input type="checkbox"/> FOTOFobia | <input type="checkbox"/> FOTOPSIAS              |
| <input type="checkbox"/> ¿OTROS?  | _____                              |   |

### OÍDOS

- |                                    |                                   |                                      |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OTALGIA   | <input type="checkbox"/> TINNITUS | <input type="checkbox"/> INFECCIONES |
| <input type="checkbox"/> VÉRTIGO   | <input type="checkbox"/> OTORREA  | <input type="checkbox"/> TRAUMA      |
| <input type="checkbox"/> OTORRAGIA | <input type="checkbox"/> ACÚFENOS | <input type="checkbox"/> HIPOACUSIA  |
| <input type="checkbox"/> ¿OTROS?   | _____                             |                                      |

### NARIZ

- |                                    |                                   |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EPISTAXIS | <input type="checkbox"/> MASAS    | <input type="checkbox"/> ANOSMIA  |
| <input type="checkbox"/> RINORREA  | <input type="checkbox"/> DOLOR    | <input type="checkbox"/> HIPOSMIA |
| <input type="checkbox"/> PRURITO   | <input type="checkbox"/> RINITIS  |                                   |
| <input type="checkbox"/> TRAUMA    | <input type="checkbox"/> CACOSMIA |                                   |
| <input type="checkbox"/> ¿OTROS?   | _____                             |                                   |

### BOCA Y GARGANTA

- |  |                                      |                                     |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PRÓTESIS      | <input type="checkbox"/> MACROGLOSIA | <input type="checkbox"/> MASA       |
| <input type="checkbox"/> ODINOFAGIA    | <input type="checkbox"/> HALITOSIS   | <input type="checkbox"/> DOLOR      |
| <input type="checkbox"/> GINGIVORRAGIA | <input type="checkbox"/> QUEILOSIS   | <input type="checkbox"/> XEROSTOMÍA |
| <input type="checkbox"/> DISFONÍA      | <input type="checkbox"/> QUEILITIS   |                                     |
| <input type="checkbox"/> ¿OTROS?       | _____                                |                                     |

**CUELLO**

- |  |                                     |                                  |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MASAS         | <input type="checkbox"/> RIGIDEZ    | <input type="checkbox"/> TRAUMAS |
| <input type="checkbox"/> DOLOR         | <input type="checkbox"/> ADENOPATÍA |                                  |
| <input type="checkbox"/> ¿OTROS? _____ |                                     |                                  |

**RESPIRATORIO**

- |  |                                   |                                     |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TOS           | <input type="checkbox"/> DISFONÍA | <input type="checkbox"/> CIANOSIS   |
| <input type="checkbox"/> DISNEA        | <input type="checkbox"/> ESPUTO   | <input type="checkbox"/> ACROPAQUIA |
| <input type="checkbox"/> HEMOPTISIS    | <input type="checkbox"/> VÓMICA   |                                     |
| <input type="checkbox"/> ¿OTROS? _____ |                                   |                                     |

**CARDIOVASCULAR**

- |   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> DISNEA           | <input type="checkbox"/> ORTOPNEA | <input type="checkbox"/> CIANOSIS      |
| <input type="checkbox"/> DOLOR PRECORDIAL | <input type="checkbox"/> TREPONEA | <input type="checkbox"/> PALPITACIONES |
| <input type="checkbox"/> EDEMA            | <input type="checkbox"/> EDEMA    | <input type="checkbox"/> SINCOPE       |
| <input type="checkbox"/> DPN              | <input type="checkbox"/> SOPLOS   |  |
| <input type="checkbox"/> ¿OTROS? _____    |                                   |  |

**MAMAS**

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TRAUMA        | <input type="checkbox"/> TELORREA           | <input type="checkbox"/> MASAS      |
| <input type="checkbox"/> DOLOR         | <input type="checkbox"/> CAMBIOS EN LA PIEL | <input type="checkbox"/> TELORRAGIA |
| <input type="checkbox"/> ASIMETRÍA     | <input type="checkbox"/> GINECOMASTIA       |                                     |
| <input type="checkbox"/> ¿OTROS? _____ |   |                                     |

**DIGESTIVO**

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIPOREXIA       | <input type="checkbox"/> ERUCTOS EXCESIVOS | <input type="checkbox"/> HECES        |
| <input type="checkbox"/> DISFAGIA        | <input type="checkbox"/> RECTORRAGIA       | <input type="checkbox"/> CAPRINAS     |
| <input type="checkbox"/> VÓMITOS         | <input type="checkbox"/> HEMATOQUECIA      | <input type="checkbox"/> PROLAPSO     |
| <input type="checkbox"/> DISTENSIÓN ABD. | <input type="checkbox"/> METEORISMO        | <input type="checkbox"/> PIROSIS      |
| <input type="checkbox"/> DOLOR ABD.      | <input type="checkbox"/> HEMATEMESIS       | <input type="checkbox"/> REFLUJO      |
| <input type="checkbox"/> MELENA          | <input type="checkbox"/> TENESMO/PUJO      | <input type="checkbox"/> CONSTIPACIÓN |
| <input type="checkbox"/> DIARREA         | <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO     | <input type="checkbox"/> ACOLIA       |
| <input type="checkbox"/> INTOLER ALIMENT | <input type="checkbox"/> TINTE ICTÉRICO    |                                       |
| <input type="checkbox"/> ASCITIS         | <input type="checkbox"/> NAUSEAS           |                                       |
| <input type="checkbox"/> ¿OTROS? _____   |  |                                       |

**GENITOURINARIO**

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> POLIURIA      | <input type="checkbox"/> ENÚRESIS      | <input type="checkbox"/> METRORRAGIA |
| <input type="checkbox"/> POLAQUIURIA   | <input type="checkbox"/> PIURIA        | <input type="checkbox"/> DISPAREUNIA |
| <input type="checkbox"/> OLIGURIA      | <input type="checkbox"/> MENORRAGIA    | <input type="checkbox"/> PRURITO     |
| <input type="checkbox"/> HEMATURIA     | <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA | <input type="checkbox"/> COLURIA     |
| <input type="checkbox"/> NICTURIA      | <input type="checkbox"/> DISURIA       |                                      |
| <input type="checkbox"/> ANURIA        | <input type="checkbox"/> SECRECIONES   |                                      |
| <input type="checkbox"/> ¿OTROS? _____ |  |                                      |

**OSTEOMUSCULAR**

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ARTRALGIA     | <input type="checkbox"/> LUMBALGIAS | <input type="checkbox"/> RIGIDEZ       |
| <input type="checkbox"/> INFLAMACIÓN   | <input type="checkbox"/> HIPOTONÍA  | <input type="checkbox"/> CALAMBRES     |
| <input type="checkbox"/> MIALGIA       | <input type="checkbox"/> HIPERTONÍA | <input type="checkbox"/> DEFORMACIONES |
| <input type="checkbox"/> ¿OTROS? _____ |                                     |  |

**HEMATOLÓGICO**

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> PETEQUIAS     | <input type="checkbox"/> EQUIMOSIS  | <input type="checkbox"/> CIANOSIS           |
| <input type="checkbox"/> TRANSFUSIONES | <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA | <input type="checkbox"/> FRAGILIDAD CAPILAR |
| <input type="checkbox"/> HEMATOMAS     | <input type="checkbox"/> PALIDEZ    |   |
| <input type="checkbox"/> ¿OTROS? _____ |                                     |   |

**LINFÁTICO**

- |  |                                |  |
|--|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ADENOPATÍAS   | <input type="checkbox"/> DOLOR | <input type="checkbox"/> ADENOMEGALIAS |
| <input type="checkbox"/> ¿OTROS? _____ |                                |  |

**ENDOCRINO**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> EXOFTALMOS        | <input type="checkbox"/> HIRSUTISMO         | <input type="checkbox"/> DIAFORESIS      |
| <input type="checkbox"/> TEMBLOR           | <input type="checkbox"/> TETANIA POLIDIPSIA | <input type="checkbox"/> NERVIOSISMO     |
| <input type="checkbox"/> INTOLERANCIA FRÍO | <input type="checkbox"/> POLIFAGIA          | <input type="checkbox"/> POLIURIA        |
| <input type="checkbox"/> INTOLERA. CALOR   | <input type="checkbox"/> AUMENTO DE PESO    | <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE PESO |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO EN VOZ     | <input type="checkbox"/>                    |  |
| <input type="checkbox"/> ¿OTROS? _____     |   |  |

**PIEL Y FANERAS**

- |  |                                     |                                    |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PRURITO         | <input type="checkbox"/> DERMATOSIS | <input type="checkbox"/> EQUIMOSIS |
| <input type="checkbox"/> ULCERAS         | <input type="checkbox"/> CICATRICES | <input type="checkbox"/> PETEQUIAS |
| <input type="checkbox"/> ALOPECIA        | <input type="checkbox"/> CIANOSIS   | <input type="checkbox"/> ERITEMA   |
| <input type="checkbox"/> ALTERACIÓN UÑAS | <input type="checkbox"/> FISURA     |                                    |
| <input type="checkbox"/> ¿OTROS? _____   |                                     |                                    |

**ANTECEDENTES PERSONALES FISIOLÓGICOS:****NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

(TIPO DE PARTO; PESO AL NACER)

**CRECIMIENTO Y MADURACIÓN:** \_\_\_\_\_

(LACTANCIA MATERNA, LENGUAJE, DENTICIÓN)

**GINECOLÓGICO:** \_\_\_\_\_

(MENARCA; CICLO MENSTRUAL Y RITMO; INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL; FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN)

## ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

### ENFERMEDADES DE LA INFANCIA:

- |                                      |   |  |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> VARICELA    | <input type="checkbox"/> RUBÉOLA          | <input type="checkbox"/> CÁNCER                |
| <input type="checkbox"/> TOSFERINA   | <input type="checkbox"/> ESCARLATINA      | <input type="checkbox"/> INFECCIONES URINARIAS |
| <input type="checkbox"/> DIFTERIA    | <input type="checkbox"/> POLIOMIELITIS    | <input type="checkbox"/> ANEMIAS               |
| <input type="checkbox"/> SARAMPIÓN   | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA | <input type="checkbox"/> PARASITOSIS           |
| <input type="checkbox"/> PAROTIDITIS | <input type="checkbox"/> ASMA             |  |

¿OTROS? \_\_\_\_\_

### ENFERMEDADES DEL ADULTO: (EDAD)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> TB              | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA | <input type="checkbox"/> CÁNCER             |
| <input type="checkbox"/> FIEBRE TIFOIDEA | <input type="checkbox"/> PARASITISMO      | <input type="checkbox"/> ÚLCERA PÉPTICA     |
| <input type="checkbox"/> ITS             | <input type="checkbox"/> PANCREATITIS     | <input type="checkbox"/> DIABETES           |
| <input type="checkbox"/> HEPATITIS       | <input type="checkbox"/> HTA              | <input type="checkbox"/> INFECCIÓN URINARIA |
| <input type="checkbox"/> PALUDISMO       | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA        | <input type="checkbox"/> ARTRITIS           |
| <input type="checkbox"/> NEUMONÍA        | <input type="checkbox"/> OBESIDAD         | <input type="checkbox"/> ANEMIAS            |
| <input type="checkbox"/> SINUSITIS       | <input type="checkbox"/> GASTRITIS        | <input type="checkbox"/> DENGUE             |

¿OTROS? \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES ALÉRGICOS (ALERGIAS A FÁRMACOS U OTRO TIPO DE ALÉRGENOS; INTOLERANCIA A ALIMENTOS):

- |                                       |   |                                    |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PENICILINA   | <input type="checkbox"/> HUEVO            | <input type="checkbox"/> ANESTESIA |
| <input type="checkbox"/> SALICILATOS  | <input type="checkbox"/> POLEN            | <input type="checkbox"/> CLORO     |
| <input type="checkbox"/> CORTICOIDES  | <input type="checkbox"/> LANA             | <input type="checkbox"/> NUECES    |
| <input type="checkbox"/> ANTIÁCIDOS   | <input type="checkbox"/> PICADAS DE ABEJA | <input type="checkbox"/> MARISCOS  |
| <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICOS | <input type="checkbox"/> POLVO            |                                    |
| <input type="checkbox"/> LAXANTES     | <input type="checkbox"/> QUÍMICO          |                                    |

¿OTROS? \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES HOSPITALARIOS, QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS (HOSPITALIZACIONES, LUGAR Y MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN; OPERACIONES Y LUGAR DONDE SE REALIZÓ LA OPERACIÓN, MÉDICO (S) TRATENTE (S); TRAUMATISMO U OTROS):

#### HOSPITALARIOS

FECHA: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO RECIBIDO: \_\_\_\_\_

CONDICIÓN AL ALTA: \_\_\_\_\_

#### TRAUMÁTICOS

FECHA: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO TOPOGRÁFICO: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO RECIBIDO: \_\_\_\_\_

EVOLUCIÓN: \_\_\_\_\_

**QUIRÚRGICOS:**

FECHA: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

CAUSA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO: \_\_\_\_\_

EVOLUCIÓN: \_\_\_\_\_

CONDICIÓN AL ALTA: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES INMUNO-ALÉRGICOS**

ESQUEMA DE VACUNACIÓN:

- ESQUEMA COMPLETO
- NO RECIBIÓ NINGUNA
- ESQUEMA INCOMPLETO

**BCG (TUBERCULOSIS)**

<b>SABIN (POLIOMIELITIS)</b>
<b>DPT (DISFETERIA, TOS FERINA, TÉTANOS)</b>
<b>HIB (HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B)</b>
<b>SRP (SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PAPERAS)</b>
<b>TD (TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO)</b>
<b>ANTIHEPATITIS B</b>
<b>NEUMOCOCO</b>

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS / DEL MEDIO**

**NACIMIENTO ATENDIDO POR:**

- MÉDICO
- ENFERMERA
- PARTERA

**CONDICIÓN:**

- A TÉRMINO
- POST TÉRMINO
- PRE TÉRMINO

**TIPO DE PARTO:**

- ESPONTÁNEO
- CESÁREA
- FÓRCEPS

COMPLICACIONES: \_\_\_\_\_

**DESARROLLO FÍSICO Y MENTAL (AÑO ESPECÍFICO)**

PREESCOLAR \_\_\_\_\_

SECUNDARIA \_\_\_\_\_

ESCOLAR \_\_\_\_\_

UNIVERSITARIO \_\_\_\_\_

**AJUSTE SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**AJUSTE MARITAL:** \_\_\_\_\_

**AJUSTE TEMPERAMENTAL:** \_\_\_\_\_

**AJUSTE SEXUAL:** \_\_\_\_\_

**AJUSTE LABORAL:** \_\_\_\_\_



**CASA DE HABITACIÓN** (DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE PISO, TECHO, PAREDES; SERVICIOS PÚBLICOS BÁSICOS; CUÁNTAS PIEZAS Y CUÁNTAS PERSONAS LA HABITAN; TIPO DE COCINA; DEPOSICIÓN DE LA BASURA, TREN SE ASEO; TIPO DE BAÑO, ENTRE OTROS):

**CASA:**

DUEÑO: \_\_\_\_\_ MÉTODO DE COCINA: \_\_\_\_\_  
PISO: \_\_\_\_\_ LUGAR EN LA CASA: \_\_\_\_\_  
PARED: \_\_\_\_\_ PATIO: \_\_\_\_\_  
TECHO: \_\_\_\_\_

**CALLE:**

- PAVIMENTADA
- TIERRA
- PEATONAL

**SERVICIOS BÁSICOS:**

- AGUA
- SERVICIO ELÉCTRICO
- #TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**DEPÓSITO DE EXCRETAS:**

- FUERA DE LA CASA
- DENTRO DE LA CASA

**TIPO DE DEPÓSITO:**

- AIRE LIBRE
- LETRINA
- LETRINA LAVABLE
- SERVICIO SANITARIO

**DEPÓSITO DE BASURA:**

- TREN DE ASEO
- QUEMADA
- ENTERRADA
- ¿OTROS? \_\_\_\_\_

# DE CUARTOS: \_\_\_\_\_ FUMADORES EN EL HOGAR: \_\_\_\_\_

PERSONAS QUE LA HABITAN: \_\_\_\_\_

ANIMALES DOMÉSTICOS: \_\_\_\_\_

**SUMINISTRO DE AGUA:**

- DE LLAVE
- DE RÍO
- COMPRADA
- POZO
- ¿OTROS? \_\_\_\_\_

**HÁBITOS:**

**ALIMENTACIÓN:**

DESAYUNO: \_\_\_\_\_  
ALMUERZO: \_\_\_\_\_  
CENA: \_\_\_\_\_

**FÍSICO:**

EJERCICIO: \_\_\_\_\_  
DURACIÓN: \_\_\_\_\_  
FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

**TÓXICOS:**

FUMA: \_\_\_\_\_

INICIO: \_\_\_\_\_

#/DÍA: \_\_\_\_\_

CUÁNDO LO DEJÓ: \_\_\_\_\_

**BEBE:** \_\_\_\_\_

INICIO: \_\_\_\_\_

CANTIDAD: \_\_\_\_\_

TIPO(S) DE BEBIDA(S): \_\_\_\_\_

CUÁNTO LO DEJÓ: \_\_\_\_\_

**DROGAS:** \_\_\_\_\_

INICIO: \_\_\_\_\_

CANTIDAD: \_\_\_\_\_

TIPO(S) DE DROGRA(S): \_\_\_\_\_

CUÁNDO LO DEJÓ: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** \_\_\_\_\_

**HÁBITOS SEXUALES:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS**

**GINECOLÓGICOS:**

MENARQUÍA: \_\_\_\_\_

MENOPAUSIA: \_\_\_\_\_

EDAD INICIO RELACIONES SEXUALES: \_\_\_\_\_

FECHA DE ÚLTIMA CITOLOGÍA: \_\_\_\_\_

ALTERACIONES CITOLÓGICAS PREVIAS: \_\_\_\_\_

RESULTADO: \_\_\_\_\_

**MENSTRUACIÓN:**

DURACIÓN: \_\_\_\_\_

CANTIDAD: \_\_\_\_\_

PERIODICIDAD: \_\_\_\_\_

FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: \_\_\_\_\_

**OBSTÉTRICOS:**

EMBARAZO: \_\_\_\_\_

PARTOS: \_\_\_\_\_

ABORTOS: \_\_\_\_\_

VARONES: \_\_\_\_\_

MUJERES: \_\_\_\_\_

USO DE ANTICONCEPTIVOS: \_\_\_\_\_

TIPO: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE USO: \_\_\_\_\_

CESÁREAS: \_\_\_\_\_

DISTOCIAS: \_\_\_\_\_

HIJOS VIVOS: \_\_\_\_\_

ÓBITOS: \_\_\_\_\_

TÉRMINO: \_\_\_\_\_

PRETÉRMINO: \_\_\_\_\_

POSTÉRMINO: \_\_\_\_\_

ALTERACIONES DURANTE EMBARAZOS

PREVIOS: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

### ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VERTICAL:

- |                                   |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> OBESIDAD | <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CARDIACA |
| <input type="checkbox"/> ASMA     | <input type="checkbox"/> GOTA                  | <input type="checkbox"/> TRASTORNOS          |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> CÁNCER                | <input type="checkbox"/> INMUNOLÓGICOS       |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA             |  |
| <input type="checkbox"/>          |  |  |

¿OTROS? \_\_\_\_\_

MATERNOS: \_\_\_\_\_

PATERNOS: \_\_\_\_\_

FRATERNOS: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

### ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN HORIZONTAL:

- |  |                                    |  |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> TB                | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> FIEBRE TIFOIDEA |
| <input type="checkbox"/> ITS (ESPECIFICAR) | <input type="checkbox"/> NEUMONÍA  |  |
| <input type="checkbox"/>                   |                                    |  |

¿OTROS? \_\_\_\_\_

MATERNOS: \_\_\_\_\_

PATERNOS: \_\_\_\_\_

FRATERNOS: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

### ENFERMEDADES MENTALES:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN          | <input type="checkbox"/> ESQUIZOFRENIA |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD BIPOLAR | <input type="checkbox"/> PSICOSIS      |
| <input type="checkbox"/> ANSIEDAD           |  |

¿OTROS? \_\_\_\_\_

MATERNOS: \_\_\_\_\_

PATERNOS: \_\_\_\_\_

FRATERNOS: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

### ENFERMEDAD, CAUSA Y EDAD DE MUERTE DE PADRES Y HERMANOS

---

---

---

---

---

---

---

---

## REGISTRO DEL EXAMEN FÍSICO EN EL PACIENTE

**APARIENCIA GENERAL:** (PACIENTE (GÉNERO) QUE CURSA LA X DÉCADA DE LA VIDA, CUYA EDAD APARENTE CONCUERDA/NO CON LA REAL, VISTE ROPA INTRA/EXTRA HOSPITALARIA, NUTRICIÓN, HIDRATACIÓN, ASEO, CONCIENTE/NO, ORIENTACIÓN EN PERSONA, TIEMPO Y ESPACIO, QUE RESPONDE/NO AL INTERROGATORIO, CON LENGUAJE CLARO Y COHERENTE, BUENA/MALA COMPRENSIÓN Y EXPRESIÓN. MEMORIA INMEDIATA, RECIENTE Y TARDÍA CONSERVADA/NO; DE BIOTIPO NORMOLÍNEO/LONGILÍNEO/BREVILÍNEO; CON ASPECTO DE ENFERMEDAD AGUDA/CRÓNICA, FACIES INEXPRESIVA/ALEGRE/ANSIOSA/ COLÉRICA/TRISTE/ADOLORIDA/ETC; ACTITUD O POSTURA ESTÉNICA/ASTÉNICA; DE PIE O SENTADO ERECTA Y CORRECTA; ACOSTADO DECÚBITO PASIVO/DECÚBITO ACTIVO (INDIFERENTE O FORZADO); DEAMBULACIÓN O MARCHA (FLUIDEZ Y COORDINACIÓN DE MOVIMIENTOS)

---

---

---

---

---

---

---

---

### SIGNOS VITALES

F.C. _____	LAT./MIN	PA DE PIE _____	MMHG
PULSO _____	PUL/MIN	TEMPERATURA _____	°C
F.R. _____	RESP./MIN	PESO _____	KG.
P.A ACOSTADO _____	MMHG	ESTATURA _____	M.
P.A SENTADO _____	MMHG	ÍNDICE DE MASA CORPORAL _____	

\*DESCRIPCIÓN DE MASAS: SITIO, TAMAÑO, FORMA, CONSISTENCIA, MOVILIDAD, RENITENCIA, SENSIBILIDAD, SUPERFICIE

$$\text{IMC} = \text{PESO (KG)}/\text{ESTATURA}^2 \text{ (M)}^2$$

$$\text{PAM} = \text{PAD} + \text{PAS-PAD}/3$$

## EXAMEN FÍSICO DE SEGMENTOS Y ÓRGANOS

**PIEL:** (DE COLOR, PIGMENTACIÓN, HUMEDAD, TURGENCIA, TEMPERATURA, ELASTICIDAD, GROSOR, MOVILIDAD E HIGIENE CONSERVADA DE ACUERDO A SU EDAD, SEXO Y RAZA. LESIONES (SI HAY DESCRIBIR NÚMERO, LOCALIZACIÓN, COLOR, TIPO, FORMA, TAMAÑO, CONSISTENCIA, SENSIBILIDAD, MOVILIDAD)

---

---

---

---

**MUCOSAS:** (NORMOCOLOREADAS Y NORMOHÍDRICAS. BUENA PIGMENTACIÓN, NO LESIONES)

---

---

---

---

**PELO:** (COLOR Y PIGMENTACIÓN, DISTRIBUCIÓN, CANTIDAD, TEXTURA, GROSOR E IMPLANTACIÓN CONSERVADOS DE A CUERDO A SU BIOTIPO, EDAD, SEXO Y RAZA. HIGIENE CONSERVADA)

---

---

---

---

**UÑAS:** (FORMA, CONFIGURACIÓN Y COLOR CONSERVADOS. TIEMPO DE LLENADO CAPILAR MENOR DE 3 SEGUNDOS. NO LESIONES. HIGIENE CONSERVADA)

---

---

---

---

**TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO:** (NO INFILTRADO (PROMINENCIAS ÓSEAS VISIBLES, NO HUELLA O GODET A LA PRESIÓN)

---

---

---

---

**PANÍCULO ADIPOSO:** (CONSERVADO, AUMENTADO O DISMINUIDO)

---

---

---

---

**SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR:**

**MÚSCULOS:** (SIMÉTRICOS DE CONTORNOS REGULARES, FUERZA, TONO Y TROPISMO CONSERVADOS)

---

---

---

---

**HUESOS:** (FORMA Y EJE LONGITUDINAL CONSERVADOS, NO TUMEFACCIÓN NI EDEMA DE PARTES BLANDAS. RESISTENTES Y ESTABLES A LA DEFORMIDAD, NO DEPRESIONES ÓSEAS, NI DEFORMIDADES, NO DOLOROSAS A LA PALPACIÓN)

---

---

---

---

**ARTICULACIONES:** (ARCO DE MOVILIDAD ACTIVO Y PASIVO CONSERVADOS EN TODAS LAS ARTICULACIONES)

---

---

---

---

**ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR:** (NO DOLOR NI CREPITACIÓN A LA PALPACIÓN)

---

---

---

---

**MIEMBRO SUPERIOR:**

**MANOS:** (EN ACTITUD DE FLEXIÓN MODERADA DE ARTICULACIONES. MOVILIDAD PASIVA Y ACTIVA CONSERVADA. FUERZA DE LA PRENSIÓN Y LA EXTENSIÓN CONSERVADAS. MOVIMIENTOS DE ABDUCCIÓN Y ADUCCIÓN DE LOS DEDOS CONSERVADOS)

---

---

---

---

**MUÑECA:** (MOVIMIENTOS DE FLEXOEXTENSIÓN, ADUCCIÓN ABDUCCIÓN Y PRONOSUPINACIÓN EN FORMA PASIVA Y CONTRA RESISTENCIA CONSERVADOS)

---

---

---

---

**CODO:** (MOVIMIENTO DE FLEOEXTENSIÓN PASIVAMENTE Y CONTRA RESISTENCIA CONSERVADAS)

---

---

---

---

**HOMBRO:** (MOVIMIENTOS DE CIRCUNDUCCIÓN, ADUCCIÓN, ABDUCCIÓN, FLEOEXTENSIÓN ROTACIÓN INTERNA Y EXTERNA CONSERVADAS. CORREDERA BICIPITAL Y MANGUITO ROTADOR NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN)

---

---

---

---

**ARTICULACIÓN SACROILÍACA:** (NO DOLOR A LA PALPACIÓN QUE SE COMPRUEBA CON LAS MANIOBRAS DE MENELL, PUNTO DE ROTÉS QUEROL, FORESTIER Y JACQUELINE, MANIOBRA DE VOLKMANN, MANIOBRA DE ERISCHEN Y MANIOBRA DE LEWIN QUE SON TODAS NEGATIVAS)

---

---

---

---

**ARTICULACIÓN DE LA CADERA:** (COMPRESIÓN DE AMBAS REGIONES TROCANTÉRICAS NO DOLOROSAS. MANIOBRA DE FABERÉ NO DOLOROSAS Y MANIOBRA DE TRENDELEMBURG NEGATIVA)

---

---

---

---

**ARTICULACIÓN DE LA RODILLA:** (NO CAMBIOS DE TEMPERATURA Y ALTERACIONES ÓSEAS. PELOTEO ROTULIANO NEGATIVO. LIGAMENTOS COLATERALES Y LIGAMENTOS CRUZADOS SIN ALTERACIONES)

---

---

---

---

**ARTICULACIÓN TIBIOASTRAGIANA:** (NO DOLOR A LA PALPACIÓN DE LOS MALEOLOS NI DE LAS REGIONES RETROMALEOLARES)

---

---

---

---

## ARTICULACIÓN DEL PIE:

**ASTRÁLAGO CALCÁNEA:** (INVERSIÓN EVERSION CONSERVADAS)

---

---

---

---

**MEDIO TARSIANA:** (ADUCCIÓN ABDUCCIÓN CONSERVADAS)

---

---

---

---

**INTERFALÁNGICAS:** (FLEXOEXTENSIÓN DE LOS DEDOS CONSERVADA. NO DOLOR A LOS MOVIMIENTOS ARTICULARES)

---

---

---

---

## REGIONAL:

**CABEZA:** (ACORDE A BIOTIPO, RAZA, EDAD Y SEXO. MOVIMIENTOS DE FLEXIÓN, EXTENSIÓN, ROTACIÓN, FLEXIÓN LATERAL Y LATERALIZACIÓN CONSERVADOS)

---

---

---

---

**CRÁNEO:** **INSPECCIÓN:** FORMA DE LA CABEZA (NORMOCÉFALO, BRAQUICÉFALO, DOLICOCÉFALO, EXOSTOSIS), MASAS, ECTOPARÁSITOS, EDEMA, ASPECTO DE PIEL Y CABELLO. **PALPACIÓN:** PROTUBERANCIAS, HUNDIMIENTO, MASAS, AÉREAS DE DOLOR, ADENOPATÍAS, TEXTURA DE LA PIEL Y CABELLO, IMPLANTACIÓN DEL CABELLO. (SIMÉTRICO; CABELLO (ABUNDANTE O ESCASO) DE BUENA IMPLANTACIÓN, DE COLOR, TEXTURA Y DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO CON SU EDAD, SEXO Y RAZA)

---

---

---

---

**CARA:** (SIMÉTRICA, MÚSCULOS DE BUEN TONO (SEMITENSIÓN EN REPOSO), QUE EXPRESA UN ESTADO EMOCIONAL (CARACTERIZARLO), SURCOS DE LA FRENTE QUE SE ACENTÚAN SEGÚN LA MÍMICA FACIAL.

**OÍDOS:** **INSPECCIÓN:** OREJAS DE BUENA IMPLANTACIÓN, PABELLONES AURICULARES SIN DEFORMIDADES, PABELLÓN AURICULAR DERECHO E IZQUIERDO (SIMETRÍA, IMPLANTACIÓN, POSICIÓN), CONDUCTOS AUDITIVOS EXTERNOS DERECHO E IZQUIERDO SIN LESIONES, NI OBSTRUCCIONES (SECRECIONES, COLOR, PERMEABILIDAD, INFLAMACIÓN), MEMBRANA TIMPÁNICA DERECHA E IZQUIERDA (COLOR, INFLAMACIÓN, SECRECIONES)

**NARIZ:** NARIZ SIN DESVIACIONES DEL TABIQUE U OTRAS DEFORMIDADES. **INSPECCIÓN:** ALETEO NASAL, TABIQUE (SIMETRÍA, FORMA, POSICIÓN), CORNETES (COLOR, INFLAMACIÓN), TAPONES MUCOSOS, PÓLIPOS. **PALPACIÓN Y TRANSILUMINACIÓN DE SENOS PARANASALES.**

**BOCA:** **INSPECCIÓN:** COMISURAS LABIALES (SIMETRÍA), LABIOS (COLOR, INFLAMACIÓN, HIDRATACIÓN), MUCOSAS (HIDRATACIÓN, CONTINUIDAD, INFLAMACIÓN, CICATRICES), AMÍGDALAS (COLOR, INFLAMACIÓN, EXUDADOS, CRIPTAS), FARINGE (COLOR, INFLAMACIÓN, SECRECIÓN), LENGUA







**MAMAS:** **INSPECCIÓN:** SIMÉTRICAS Y TAMAÑO, CONTORNO, COLOR DE LA PIEL, FORMA Y TAMAÑO DEL PEZÓN, NO LESIONES DE LA PIEL, NI ENROJECIMIENTOS, NO DILATACIONES VENOSAS, NO RETRACCIONES. PEZÓN Y AREOLA SIN LESIONES NI SECRECIONES. NO TUMORACIONES VISIBLES. **PALPACIÓN:** MASAS, ADENOPATÍAS, DOLOR, NÓDULOS, SECRECIONES Y ELASTICIDAD DEL PEZÓN, TEXTURA DE LA PIEL. NO DOLOROSAS A LA PALPACIÓN. NO SE PALPAN NÓDULOS EN NINGÚN CUADRANTE EN AMBAS MAMAS. REGIONES AXILARES Y SUPRACLAVICULARES SIN ADENOPATÍAS)

---

---

---

---

**EXTREMIDADES:** (SIMÉTRICAS, SIN DEFORMIDADE; BREVILÍNEO: EXTREMIDADES CORTAS Y GRUESAS; LONGILÍNEO: EXTREMIDADES LARGAS Y DELGADAS) SIMETRÍAS, EDEMA, CICATRICES, MOVILIDAD, DEFORMIDADES, INFLAMACIÓN.

---

---

---

---

**COLUMNA VERTEBRAL:** (INSPECCIÓN: NO DEFORMIDADES, NO TUMEFACCIÓN O EDEMA DE LAS PARTES BLANDAS, PIEL SIN CAMBIOS DE COLORACIÓN; PALPACIÓN: NO DOLOR A LA PALPACIÓN, NO AUMENTO DE VOLUMEN O DEPRESIONES ÓSEAS, MOVILIDAD NORMAL, NO CREPITACIÓN)

---

---

---

---

### **APARATO DIGESTIVO:**

**BOCA:** (LABIOS: DE COLORACIÓN ROSADA, HÚMEDOS, NO DESVIACIÓN DE LAS COMISURAS, NO LESIONES; MUCOSA ORAL: DE COLORACIÓN ROSADA, HÚMEDA, NO PRESENTA LESIONES; CONDUCTOS DE STENON: PERMEABLES; DENTADURA: CONSERVADA, FÓRMULA DENTARIA 16/16; LENGUA: DE FORMA, TAMAÑO Y COLOR CONSERVADOS, BIEN PAPILADA Y HÚMEDA; REGIÓN SUBLINGUAL: ROSADA, HÚMEDA Y NO PRESENTA LESIONES; BÓVEDA PALATINA: PALADAR DURO DE FORMA Y CONFIGURACIÓN CONSERVADAS. PALADAR BLANDO DE COLORACIÓN ROSADA, FORMA Y MOVILIDAD CONSERVADAS. ÚVULA DE FORMA CONSERVADA Y SITUACIÓN CENTRAL; PILARES ANTERIORES Y POSTERIORES: DE COLORACIÓN Y HUMEDAD NORMAL, NO PRESENTAN LESIONES; AMÍGDALAS PALATINAS: DE COLORACIÓN ROSADA, TAMAÑO CONSERVADO Y NO PRESENTAN SECRECIONES NI LESIONES EN SU SUPERFICIE; OROFARINGE: COLORACIÓN ROSADA, HÚMEDA, NO PRESENTA LESIONES EN SU SUPERFICIE)

---

---

---

---

---

---

---

---

**ABDOMEN:** (HÍGADO: NO PALPABLE CON NINGUNA DE LAS MANIOBRAS. A LA PERCUSIÓN: BORDE SUPERIOR EN 9º ESPACIO INTERCOSTAL IZQUIERDO Y BORDE INFERIOR QUE NO REBASA EL REBORDE COSTAL; VESÍCULA BILIAR: NO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACIÓN, PUNTO DOLOROSO NEGATIVO; PÁNCREAS: NO PALPABLE CON NINGUNA DE SUS MANIOBRAS, PUNTO PANCREÁTICO NEGATIVO; APÉNDICE: PUNTOS DOLOROSOS DE MORRIS, MONRO, Mc. BURNEY, LANZ Y SONNENBURG NEGATIVOS; MANIOBRA DE BLUMBERG: NEGATIVA; MANIOBRA DE ROWSING: NEGATIVA; REGIÓN ANAL: FORMA Y COLORACIÓN NORMAL, NO LESIÓN; TACTO RECTAL: ESFÍNTER NORMOTÓNICO, NO TUMORACIONES, PRÓSTATA DE FORMA TAMAÑO Y CONSISTENCIA CONSERVADOS NO TUMORACIONES) (**INSPECCIÓN:** PLANO, QUE SIGUE LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS Y GOLPES DE TOS. OMBLIGO EN LA LÍNEA MEDIA SITUADO EN MESOGASTRIO, SIN CAMBIOS DE COLORACIÓN NI AUMENTOS DE VOLUMEN. NO LESIONES EN LA PIEL. NO HERNIAS. REGIONES INGUINO-CRURALES: NO SE OBSERVA AUMENTO DE VOLUMEN; PIEL, TALANGIECTASIAS ARACNIFORMES, OMBLIGO, SIMETRÍA, CONSISTENCIA, FORMA (GLOBOSO A EXPENSAS DE..., PLANO, EXCAVADO), MOVIMIENTOS, MASAS, ORGANOMEGALIAS. **AUSCULTACIÓN:** RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, NORMALES; **PERCUSIÓN:** TIMPANISMO ABDOMINAL; PERISTALTISMO INTESTINAL, NÚMERO DE RUIDOS, RUIDOS DE LUCHA, AUSENCIA DE RUIDOS, BORBOTEOS. **PERCUSIÓN:** ZONAS DE MATIDEZ O TIMPANISMO, HÍGADO, BAZO, RIÑONES. **PALPACIÓN:** PALPACIÓN SUPERFICIAL, PALPACIÓN PROFUNDA DE: HÍGADO, BAZO, RIÑONES, AORTA, APÉNDICE. MATIDEZ CAMBIANTE, OLEADA ASCÍTICA, SIGNO DE SKODA, SIGNO DE MCBURNEY, SIGNO DE ROVSING, SIGNO DE JACOB, SIGNO DEL PSOAS, SIGNO DEL OBTURADOR, HIPERESTESIA CUTÁNEA, SIGNO DE MURPHY. BLANDO,



**ANO, RECTO Y PRÓSTATA:** ASPECTO DE LA REGIÓN PERIANAL, FISURAS, FISTULAS, MASAS, TONO DEL ESFÍNTER, TACTO RECTAL, PAREDES, SENSIBILIDAD, PRÓSTATA (TAMAÑO, CONTORNO, CONSISTENCIA, MOVILIDAD), PRESENCIA DE SECRECIONES.

---

---

---

### SISTEMA HEMOLINFOPUYÉTICO:

**GANGLIOS LINFÁTICOS:** (CADENAS CERVICALES, AXILARES, EPITROCLEARES, INGUINALES Y POPLITIA NO SE PALPAN GANGLIOS LINFÁTICOS, EN CASO DE PALPAR UN GANGLIO DESCRIBIR: LOCALIZACIÓN, NÚMERO TAMAÑO CONSISTENCIA, MOVILIDAD SENSIBILIDAD Y SIMETRÍA)

---

---

---

**BAZO:** (NO PALPABLE NI PERCUTIBLE EN DECÚBITO SUPINO NO EN POSICIÓN DE SCHUSTER)

---

---

---

### EXAMEN NEUROLÓGICO

**CONCIENCIA:**

**GLASGOW** = \_\_\_\_\_

**RESPUESTA OCULAR** = \_\_\_\_\_

**RESPUESTA VERBAL** = \_\_\_\_\_

**RESPUESTA MOTORA** = \_\_\_\_\_

RESPUESTA OCULAR		RESPUESTA VERBAL		RESPUESTA MOTORA	
APERTURA ESPONTÁNEA	4	ORIENTADO	5	OBEDECE ORDENES	6
ORDEN VERBAL	3	DESORIENTADO	4	LOCALIZA EL DOLOR	5
ESTÍMULO DOLOROSO	2	LENGUAJE INADECUADO	3	FLEXIÓN NORMAL AL DOLOR	4
SIN RESPUESTA	1	SONIDOS INCOMPRESIBLES	2	FLEXIÓN ANORMAL AL DOLOR	3
		SIN RESPUESTA	1	EXTENSIÓN AL DOLOR	2
				SIN RESPUESTA	1

GRADO DE CONCIENCIA: CONSIENTE, OBNUBILACIÓN, SOMNOLENCIA, ESTUPOR, COMA, MUERTE CEREBRAL.

### SISTEMA NERVIOSO:

**ATENCIÓN:** REPETICIÓN DE DÍGITOS (OMISIÓN, TRANSPOSICIÓN, INSERCIÓN), REPETIR NÚMEROS AL REVÉS, PRUEBA DE LOS MESES DEL AÑO, PRUEBA DE LOS TRES, PRUEBA DE DELETREO, EXPLORACIÓN DE LA INATENCIÓN UNILATERAL.

---

---

**MEMORIA:** PRUEBA DE LAS TRES PALABRAS, PRUEBA DE PARES DE PALABRAS, PRUEBA DE CONFABULACIÓN, PRUEBA DE INFORMACIÓN GENERAL, PREGUNTAS ESPECIALES (FENÓMENO DE DEJA VÚ, JAMÁS VÚ).

---

---

**AFECTIVIDAD:** MÍMICA, ACTITUD, CONDUCTA.

---

**LENGUAJE:** FLUIDEZ, COMPRENSIÓN, REPETICIÓN, NOMIA. (DISARTRIA, AFSIA, DISPROSODIA)

---

**PRAXIA:** (MOVIMIENTOS TRANSITIVOS, INTRANSITIVOS E IMITATIVOS CONSERVADOS) IDEOMOTORA, IDEATORIA, CONSTRUCTIVA, AL VESTIRSE, DE LA MARCHA, BUCUO-LINGUOLFACIAL, EXTREMIDAD CINÉTICA.

---

**AFACIAS:** CENTRALES: WERNIKE, BROCA, MIXTA, CONDUCCION, GLOBAL; MARGINALES: TRANSITORIA MOTORA, TRASCORTICAL SENSORIAL, TRASCORTICAL MIXTA, ANÓNIMA.

---

**GNOSIA:** VISUAL (PROSOPAGNOSIA), AUDITIVA, TÁCTIL (ATOPOPOGNOSIA, ASTEREOGNOSIA, AGRAFOESTESIA), SIMULTANAGNOSIA, ASOMATOGNOSIA, ANOSOGNOSIA.

---

**TAXIA:** (COORDINACIÓN ESTÁTICA Y DINÁMICA CONSERVADA)

---

**SENSIBILIDAD:** (SUPERFICIAL: (TÁCTIL, TÉRMICA Y DOLOROSA) CONSERVADA; PROFUNDA: BARESTESIA, BAROGNOSIA, PALESTESIA, BATIOESTESIA, ESTEREOGNOSIA Y SENSIBILIDAD PROFUNDA CONSERVADAS; REFLECTIVIDAD: OSTEOTENDINOSA Y CUTANEOMUCOSA: CONSERVADAS)

---

**MOTILIDAD:** (ACTIVA VOLUNTARIA: CONSERVADA, MANIOBRA DE BARRÉ Y MINGAZINI NEGATIVAS; PASIVA: TONO Y TROPISMO MUSCULARES CONSERVADOS; ESFERA MENÍNGEA: NO RIGIDEZ DE NUCA, MANIOBRAS DE KERNING Y BRUDZINSKI NEGATIVAS)

---

## **PARES CRANEALES:**

**PAR I:** NERVIIO OLFATORIO: PERCEPCIÓN DE OLORES EN CADA ORIFICIO NASAL. (SENTIDO DEL OLFATO CONSERVADO)

---

**PAR II:** NERVIIO ÓPTICO: AGUDEZA VISUAL (CARTILLA DE SNELLEN, AMSLER, ALLEN), CAMPIMETRÍA, VISIÓN A COLORES, FONDO DE OJOS. (AGUDEZA VISUAL CONSERVADA 20/20, VISIÓN DE COLORES CONSERVADA, PRUEBA DE PERICAMPIMETRÍA DENTRO DE LÍMITES NORMALES)

---

**PAR III, IV, VI:** NERVIOS MOTOR OCULAR COMÚN, PATÉTICO Y MOTOR OCULAR EXTERNO: INSPECCIÓN DE PÁRPADOS, RESPUESTA PUPILAR, MOVIMIENTOS OCULARES (POSICIONES PRIMARIAS, SECUNDARIAS Y TERCARIAS), REFLEJOS OCULARES. (MOVIMIENTOS OCULARES DENTRO DE LÍMITES NORMALES; PORCIÓN INTRÍNSECA DEL III PAR: REFLEJO FOTOMOTOR, CONSENSUAL, DE ACOMODACIÓN Y CONVERGENCIA: CONSERVADOS)

---

**PAR V:** NERVIOS TRIGÉMINO: REFLEJOS CORNÉALES, NASALES Y FARÍNGEOS, SENSIBILIDAD DE LA CARA, MOVIMIENTOS DE LOS MÚSCULOS MASETEROS Y TEMPORALES. (PORCIÓN SENSITIVA: SENSIBILIDAD TÁCTIL, DOLOROSA Y TÉRMICA DE LA PIEL DE LA CARA CONSERVADA; PORCIÓN MOTORA: FUERZA Y TONOS MUSCULARES EN LOS MASETEROS CONSERVADOS)

---

---

**PAR VII:** NERVIOS FACIALES: SIMETRÍA FACIAL, MOVIMIENTOS FACIALES: ABRIR Y CERRAR OJOS, ARRUGAR LA FRENTE, DILATAR FOSAS NASALES, MOSTRAR DIENTES, SOPLAR, SILBAR, SACAR LA LENGUA, SENSIBILIDAD GUSTATIVA DE LOS 2/3 ANTERIORES (SALADO, ACIDO, AMARGO). (PORCIÓN SENSITIVA: SENSIBILIDAD GUSTATORIA EN LOS 2/3 ANTERIORES DE LA LENGUA CONSERVADA; PORCIÓN MOTORA: MOVIMIENTOS DE LOS MÚSCULOS DE LA MÍMICA CONSERVADOS)

---

---

**PAR VIII:** NERVIOS VESTIBULOCOCLEAR: PRUEBA DE RINNE, PRUEBA DE WEBER Y PRUEBA DE SCHWABACH. EVALUAR LA MARCHA Y EQUILIBRIO ESTÁTICO. (RAMA COCLEAR: PACIENTE QUE ESCUCHA LA VOZ CUCHICHEADA A LA MISMA DISTANCIA EN AMBOS OÍDOS, PRUEBA DE WEBER, RINNE Y SCHWABACH DENTRO DE LÍMITES NORMALES; RAMA VESTIBULAR: MARCHA FLUIDA Y COORDINADA EN LÍNEA RECTA, NO ESTRELLA DE BABINSKI, NO DESVIACIÓN DEL ÍNDICE DE BARANY, MANIOBRAS DE ROMBERG SIMPLE Y SENSIBILIZADO NEGATIVAS)

---

---

**PAR IX:** NERVIOS GLOsofaríngeo: SENSIBILIDAD GUSTATIVA DEL 1/3 POSTERIOR DE LA LENGUA, DEGLUCIÓN, REFLEJO FARINGEO, SIMETRÍA DE LA PARED POSTERIOR. (SENSIBILIDAD EN 1/3 POSTERIOR DE LA LENGUA CONSERVADA, REFLEJO FARÍNGEO PRESENTE, REFLEJO DEL SENO CAROTÍDEO PRESENTE, FENÓMENO DE VERNET PRESENTE)

---

---

**PAR X:** NERVIOS VAGO: SIMETRÍA, DEGLUCIÓN Y ASCENSO DEL VELO DEL PALADAR, CARTÍLAGO TIROIDES, MOTILIDAD INTESTINAL, REFLEJO NAUSEOSO. (EXAMEN DEL VELO DEL PALADAR NORMAL, REFLEJO FARÍNGEO PRESENTE, REFLEJO DEL SENO CAROTÍDEO Y OCULO-CARDIACO PRESENTES)

---

---

**PAR XI:** NERVIOS ESPINAL ACCESORIO: SIMETRÍA Y MOVIMIENTOS DEL HOMBRO Y CUELLO, ALTURA DE LOS HOMBROS. (A LA INSPECCIÓN EN CUELLO Y NUCA NO SE OBSERVAN ASIMETRÍAS. TONO Y FUERZA MUSCULARES DE LOS ESTERNOCLEIDOMASTOIDEOS Y DE LOS TRAPECIOS CONSERVADOS)

---

---

**PAR XII:** NERVIOS HIPOGLOSO: SIMETRÍA, MOVIMIENTOS Y POSICIÓN DE LA LENGUA. (EN LA INSPECCIÓN DE LA LENGUA DENTRO DE LA CAVIDAD BUCAL NO SE OBSERVAN ATROFIAS. NO DESVIACIONES DE LA PUNTA DE LA LENGUA. FUERZA MUSCULAR SEGMENTARIA DE LA LENGUA CONSERVADA)

---

---

**PRUEBAS VESTIBULOCEREBELOSAS:** PRUEBA DE ROMBERG, ROMBERG SENSIBILIZADO, PRUEBA DE COORDINACIÓN DINÁMICA (ÍNDICE-NARIZ, TALÓN-RODILLA, ÍNDICE-ÍNDICE, DIADOCOCINESIA),

---



---



---



---

**REFLEJOS:**

	BICIPITAL	TRICIPITA L	ESTILORADIA L	CÚBITOPRONADO R	MEDIO PUBIANO	PATELAR	AQUILEO	PLANTAR
<b>DERECHO</b>								
<b>IZQUIERDO</b>								

– AUSENTE; + DISMINUIDO; ++ NORMAL; +++ AUMENTADO; ++++ CLONUS

**REFLEJO MENTONIANO:** \_\_\_\_\_

---

**REFLEJO ABDOMINAL:** \_\_\_\_\_

---

**REFLEJO CREMASTÉRICO:** \_\_\_\_\_

---

**SENSIBILIDAD:** PARESTESIA, DISESTECIAS, HIOESTESIA, ANESTESIA. \_\_\_\_\_

---

**SUPERFICIAL:** TÁCTIL, TÉRMICA, DOLOROSA. \_\_\_\_\_

---

**PROFUNDA:** BARESTESIA, BAROGNOSIA, BATIESTESIA, PALESTESIA, DISCRIMINACIÓN DE PUNTOS, SENSIBILIDAD DOLOROSA PROFUNDA, ESTEREOGNOSIA, GRAFESTESIA. \_\_\_\_\_

---



**SIGNOS MENÍNGEOS:** RIGIDEZ DE NUCA, SIGNO DE KERNING, SIGNO DE BRUDZINSKI.

---

---

**SIGNOS CIÁTICOS:** SIGNO DE LASEGUE, SIGNO DE GROWES-BRAGAR, SIGNO DE NERY, SIGNO DE TURYN.

---

---

**SIGNOS DE FRONTALIZACIÓN:** REFLEJO DE PRESIÓN PALMAR Y PLANTAR, REFLEJO DE CHUPETEO, PALMOMENTONEANO, REFLEJO DE BÚSQUEDA, HOCIQUEO, BULLDOG.

---

---

**SIGNO DE BABINSKY:** \_\_\_\_\_

**SIGNO DE CHADDOCK:** \_\_\_\_\_

**SIGNO DE OPPENHEIMER:** \_\_\_\_\_

**SIGNO DE GORDON:** \_\_\_\_\_

**SIGNO DE SCHAEFFER:** \_\_\_\_\_

	SÍNDROME PIRAMIDAL	SÍNDROME EXTRAPIRAMIDAL
<b>TONO</b>	<b>AUMENTADO</b>	<b>DISMINUIDO</b>
<b>REFLEJOS MUSCULOTENDINOSO</b>	<b>EXALTADO</b>	<b>DISMINUIDO O ABOLIDO</b>
<b>REFLEJOS SUPERFICIALES</b>	<b>ABOLIDO</b>	<b>ABOLIDOS</b>
<b>CLONUS</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>AUSENTES</b>
<b>REFLEJOS PATOLÓGICOS</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>AUSENTES</b>
<b>ATROFIA</b>	<b>DISCRETA</b>	<b>INTENSA</b>

**TONO:**

**TROFISMOS:** HIPERTROFIA, HIPOTROFIA, DISTROFIA. \_\_\_\_\_

---

**TONO:** HIPERTONÍA (ESPASTICIDAD, RIGIDEZ, PARATONÍA, HOJA DE NAVAJA), HIPOTONÍA

**MOTILIDAD:** \_\_\_\_\_

**FUERZA:** DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

**ESCALA DE OXFORD**

<b>NO CONTRACCIÓN</b>	<b>0</b>
<b>CONTRACCIÓN QUE NO DESPLAZA ARTICULACIÓN</b>	<b>1</b>
<b>DESPLAZAMIENTO ARTICULAR SOBRE PLANO</b>	<b>2</b>
<b>DESPLAZAMIENTO CONTRA GRAVEDAD</b>	<b>3</b>
<b>MOVIMIENTO CONTRA RESISTENCIA</b>	<b>4</b>
<b>FUERZA NORMAL</b>	<b>5</b>

**MANIOBRA DE MINGAZZINI:** \_\_\_\_\_

**MANIOBRA DE BARRÉ:** \_\_\_\_\_

**MOVIMIENTOS ANORMALES:** COREA, ATETOSIS, ASTERIXIS, RUEDA DENTADA, OTROS...

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

**RESUMEN CLÍNICO:**

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:**

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

**DIAGNOSTICO(S) DIFERENCIAL(ES):**

**PLAN(ES) DE ACCIÓN:**