

Nombre:

fecha:

Edad:

sexo:

Ocupación:

estado civil:

Lugar de nacimiento:

donde reside:

**Entrevista medica:**

**Cuál es el motivo de la consulta:**

---

---

---

---

Esta bajo algún tratamiento:

---

**Antecedentes heredo familiares:**

Diabetes \_\_\_\_\_ hipertensión \_\_\_\_\_

Cáncer: \_\_\_\_\_ enfermedades genéticas \_\_\_\_\_ enfermedades  
de los riñones \_\_\_\_\_ asma \_\_\_\_\_ enfermedades neurológicas o  
psiquiátricas \_\_\_\_\_  
otros \_\_\_\_\_

Hace cuánto tiempo y si está bajo tratamiento:

---

Está vivo o está muerto padres y abuelos:

---

**Antecedentes no patológicos**

Originario \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ escolaridad y/o  
trabajo \_\_\_\_\_ Vivienda: \_\_\_\_\_ cuantas personas viven con  
él \_\_\_\_\_ Tiene mascotas (cuantos) \_\_\_\_\_ transporte \_\_\_\_\_ a que se  
dedica \_\_\_\_\_

cuantas horas descansa al día \_\_\_\_\_ grupo sanguíneo \_\_\_\_\_

practica algún deporte ¿cada cuánto lo practica?

---

consume alcohol, drogas u otra sustancia

---

alimentación \_\_\_\_\_

---

higiene \_\_\_\_\_

---

**Antecedentes patológicos: (enfermedades propias de la infancia menores de 18 años) (mayores de 18 años ¿alguna enfermedad exantemática que haya tenido durante la infancia?)**

¿Ha tenido alguna enfermedad semejante a la actual? \_\_\_\_\_

Cirugía \_\_\_\_\_ alérgicos \_\_\_\_\_ transnacionales \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_ hipertensión \_\_\_\_\_ sarampión \_\_\_\_\_

rubeola \_\_\_\_\_ escarlatina \_\_\_\_\_ 5 y 6 enfermedad \_\_\_\_\_

viruela \_\_\_\_\_ varicela \_\_\_\_\_ herpes zoster \_\_\_\_\_

### **Antecedentes gineco obstétricos (mujeres)**

Edad de la primera menstruación \_\_\_\_\_ edad de la última menstruación \_\_\_\_\_

Duración de la menstruación (3-5 días) \_\_\_\_\_ cólicos \_\_\_\_\_

cantidad (hipermenorrea, hipomenorrea) \_\_\_\_\_ frecuencia (regular o irregular)

\_\_\_\_\_ presencia de otras secreciones vaginales \_\_\_\_\_ edad de inicio de relaciones sexuales \_\_\_\_\_

número de parejas \_\_\_\_\_ frecuencia de relaciones sexuales \_\_\_\_\_ usa métodos anticonceptivos \_\_\_\_\_

### **información de embarazo: (GPAC)**

numero de gestaciones \_\_\_\_\_ número de partos \_\_\_\_\_

número de abortos \_\_\_\_\_ número de cesáreas \_\_\_\_\_

### **Antecedentes androgénicos (hombres)**

Edad de aparición de caracteres sexuales \_\_\_\_\_ Inicio de actividad sexual \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_ Número de parejas \_\_\_\_\_ Métodos

anticonceptivos \_\_\_\_\_ Problemas sexuales \_\_\_\_\_

### **Antecedentes personales**

Cardiovasculares: \_\_\_\_\_ pulmonares: \_\_\_\_\_ digestivos: \_\_\_\_\_

Renales: \_\_\_\_\_ quirúrgicos: \_\_\_\_\_ alergias: \_\_\_\_\_

Transducciones: \_\_\_\_\_ diabetes: \_\_\_\_\_ hipertensión: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

¿alguna enfermedad que haya padecido en la infancia?

### **Exploración física:**

Signos vitales:

**Frecuencia cardiaca** \_\_\_\_\_

**Pulso:** \_\_\_\_\_

**Frecuencia respiratoria:** \_\_\_\_\_

**Tensión arterial:** \_\_\_\_\_

**Temperatura:** \_\_\_\_\_

### **Sometria:**

Talla: \_\_\_\_\_

peso: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_ peso/talla al cuadrado

perímetro abdominal: \_\_\_\_\_

tejido y/o órganos

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nota:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### **ANAMNESIS**

<b>IDENTIFICACION</b>			
Nombre:			
Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Dirección:			
Establecimiento:		Curso:	
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>			
Antecedentes del Padre			
Ocupación:		Edad:	
Escolaridad:	Trabajo:		
Antecedentes de la madre:			
Ocupación:		Edad:	
Escolaridad:	Trabajo:		
Nº de hijos:	Lugar que ocupa el/ la alumnos(a):		
Persona con quienes vive:			
Persona responsable:			
<b>ANTECEDENTES ESCOLARES</b>			
Inicio escolaridad: Año:	Edad:	Curso:	
Repitencias : Año:	Edad:	Curso:	
Año:	Edad:	Curso:	
<b>ANTECEDENTES PRENATALES (periodo de embarazo)</b>			
Enfermedades de la madre:			
Medicamentos (cuáles):			
Caídas:		Síntomas de aborto (mes):	
Estado Nutricional:			
Estado Emocional:			
Antecedentes Perinatales (parto)			
Parto:	Peso:	Talla:	Apgar:
Problemas durante el parto (cuáles):			
<b>ANTECEDENTES POSTNATALES:</b>			
Tratamientos posteriores al parto:			
Enfermedades importantes: Encefalitis _____ Meningitis _____ Poliomiелitis _____ Tuberculosis _____			
Hepatitis _____			
Operaciones – hospitalizaciones (tiempo):			
Ha sufrido: Pérdida de conciencia _____			