



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Historia clínica

Materia: Medicina interna
Docente: Uriel Alejandro Guillen Morales
Integrante: María del Pilar Álvarez Sánchez
Semestre: 5° "A"

Estructura de historia clínica.

1. Identificación del paciente.

- Nombre completo
- Edad
- Lugar de nacimiento
- Domicilio
- Estado civil
- Ocupación
- Religión
- Escolaridad

2. Motivo de consulta.

- Describe el problema principal por el que el paciente llega a consulta.

3. Antecedentes heredofamiliares.

- Padecimientos que han presentado sus familiares de línea directa como:
- Enfermedades endocrinas metabólicas
- Crónico degenerativas
- Neoplasias
- VIH
- Entre otras.

4. Antecedentes personales patológicos.

- Si presento enfermedades infecto-contagiosas (exantemáticas, parasitarias)
- Enfermedades crónico-degenerativas como obesidad, hipertensión y diabetes.
- Transfusiones
- Alergias
- Recibió alguna cirugía, proceso quirúrgico u hospitalización
- Procesos traumatológicos
- Toxicomanías

5. Antecedentes gineco-obstetricos o andrológicos.

- Andrológicos: priapismo, alteraciones en la erección o eyaculación, presencia de secreciones uretrales, dolor testicular, ETS.
- Ginecoobstetricos: Menarca, menstruaciones, telarca, pubarca, gestas, partos o cesáreas, abortos y dismenorreas
- Inicio de vida sexual, número de parejas y edad a la que inicio.
- Métodos de planificación
- Orientación sexual
- Sostiene relaciones de alto riesgo
- Alteraciones de la libido
- Enfermedades de transmisión sexual

6. Prenatales, perinatales o neonatales.

- Fecha de última menstruación
- Control
- Fecha de último parto
- Tipo de parto: natural/ cesárea
- Número de embarazos: primigesta o multigesta
- ¿Hijos prematuros, malformados o de bajo peso?
- Muerte de algún hijo
- Percibe movimientos fetales
- Padecimiento de alguna enfermedad
- Presencia de hemorragias o líquidos vaginales

7. Antecedentes personales no patológicos.

- Tipo de vivienda (servicios básicos, número de dormitorios, suelo, techo, baños, número de personas que viven y zoonosis)
- Higiene (baño, cambio de ropa, cepillado dental y lavado de manos)
- Dieta (número de comidas que realiza al día, horarios, contenido)
- Tabaquismo, alcoholismo o toxicomanías.

8. Interrogatorio por aparatos y sistemas.

- **Sistema nervioso:** Cefaleas, pérdida de conocimiento, mareos, trastornos de equilibrio, presencia de movimientos anormales- involuntarios, debilidad muscular, trastornos de la visión, trastornos de sueño, presencia de hormigueos o adormecimientos.
- **Cardiovascular:** presencia de disnea, palpitaciones, síncope, dolor precordial, edema, cianosis, acúfenos, fosfenos, y lipotimia.
- **Respiratorio:** Tos, disnea, expectoración, rinorreas, dolor torácico, disfonías, sibilancias, rinolalia y epistaxis.
- **Digestivo:** trastornos de deglución y digestión, náuseas, vómitos, dolor abdominal, alteraciones en la defecación, flatulencias, hematemesis, diarrea, constipación, ictericia, distensión abdominal, estreñimiento, melena y meteorismos.
- **Nefrológico:** Dolor renoureteral, hematuria, coluria, oliguria, tenesmo, alteración en control de esfínteres, trastornos en volumen de orina y características del chorro urinario.
- **Hematopoyético:** Palidez, rubicundez, hemorragias, fiebre, fatiga, petequias, equimosis y adenomegalias.
- **Sistema endocrino:** pérdida o aumento de peso, alteraciones en coloración de piel, vello, astenia o adinamia, ginecomastia, amenorreas, alteraciones en la libido.
- **Musculo-esquelético:** Dolor óseo, artralgias, mialgias, marcha, disminución de volumen, dolor muscular y deformidades.

- **Piel y tegumentos:** Alteración en la coloración y pigmentación, presencia de prurito, hiperhidrosis y xerodermia.

9. Exploración física.

- Signos vitales
- Somatometria

10. Exploración por aparatos y sistemas.

Búsqueda de anomalías y determinar la existencia de alguna enfermedad específica.

- **Corazón:** detección de cardiopatías, EVC, aterosclerosis, aterosclerosis,
- **Pulmón:** tromboembolias, EPOC, o cáncer
- **Riñón:** insuficiencia renal, litos renales, procesos obstructivos, polisistosis o vasculitis.
- **Gastrointestinal:** enfermedad ulceropéptica, cáncer o esofagitis, enfermedad celíaca, etc.
- **Páncreas:** pancreatitis, insuficiencia o hipertriglicerolemia.
- **Hematológicas:** anemia, plaquetarias, leucemias
- **Endocrinas:** diabetes, tiroideas, etc.
- **Neurológicas:** epilepsias, esquizofrenia, Parkinson, distrofias o migrañas.
- **Osteoarticulares:** artritis, lupus, osteoartritis o degenerativas.

11. Diagnóstico

- Se genera una conclusión de la enfermedad o problema que el paciente tenga con el apoyo de los estudios de gabinete para un buen diagnóstico.

12. Estudios de laboratorio o de gabinete.

- Preferiblemente pedir solamente los estudios necesarios sin hacer gastar de más al paciente y justificar el por qué se pide cada uno

13. Tratamiento

14. Nombre y firma del médico.

Bibliografía.

Martínez, Esperanza (2012) Instructivo para llenado de la historia clínica. Ministerio de la salud pública, republica de Paraguay.

Talama, José (s.a) Historia clínica, interrogatorio. Universidad Juárez del estado de Durango, facultad de medicina.