



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
ESCUELA DE MEDICINA**

**“HISTORIA CLINICA”**

---

**MATERIA:  
MEDICINA INTERNA**

**DOCENTE:  
DR. URIEL ALEJANDRO GUILLÉN**

**ALUMNOS  
ALAN DE JESÚS MORALES DOMINGUEZ**

**5º “A”**

**12/09/2020**

La historia clínica debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente en el hospital, debiendo existir un sistema eficaz de recuperación de la información clínica. La principal función de la historia clínica es la asistencial ya que permite la atención continuada a los pacientes por equipos distintos.

Otras funciones son: la docencia, el permitir la realización de estudios de investigación y epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial, la planificación y gestión sanitaria y su utilización en casos legales en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera.

**Antecedentes familiares** Estado de salud de la familia, edades de los hijos si los hay, enfermedades importantes, causas de fallecimiento de los parientes más cercanos, enfermedades hereditarias.

**Antecedentes Personales Patológicos:** por orden cronológico

- Enfermedad Infecta contagiosa: Exantemáticas como varicela, rubeola, sarampión, escarlatina, exantema súbito, enfermedad mano pie boca, Parasitarias: amibiasis, giardiasis, cisticercosis, taeniasis, uncinarias etc.
- Enfermedad Crónica degenerativa: Ejemplos comunes de estas son obesidad, Diabetes mellitus, Hipertensión arterial.
- Traumatológicos: Articulares, esguinces, luxaciones y fracturas óseas, cualquier agresión que sufre el organismo a consecuencia de la acción de agentes físicos o mecánicos, pueden ser: articulares como los esguinces las luxaciones; óseos como las fracturas: de cráneo, cara o columna
- Alérgicos: Medicamentos, alimentos, etc.
- Quirúrgicos: Tipo de operación, Fecha, presencia o no de complicaciones, resultados.
- Hospitalizaciones previas: preguntar al paciente la fecha y motivo de su ingreso, si se resolvió su problema o sufrió recaídas.
- Transfusiones: especificar fecha, tipo de componente, cantidad, motivo y si se presentó alguna reacción adversa.
- Toxicomanías o alcoholismo; fecha de inicio, habito de consumo, si ya lo ha dejado, cuánto tiempo lleva sin consumirlo.

**Antecedentes Andrológicos y gineco-obstericos.**

- Generales: Inicio de vida sexual, método de planificación familiar, orientación sexual, si sostiene relaciones sexuales de alto riesgo, alteraciones de la libido, si ha padecido enfermedades de transmisión sexual, generalizando ambos sexos.
- Andrológicos específicos: priapismo, alteraciones de la erección y/o eyaculación, secreción uretral, dolor testicular, alteraciones escrotales, enfermedades de transmisión sexual.
- Ginecoobstericos específicos: Menarca, Telarca, Pubarca, Gestas, Partos Cesáreas, Abortos, Dismenorreas.

### **Antecedentes personales no patológicos:**

- Vivienda: (Tipo urbano o rural, clase de servicio; agua, luz, drenaje, numero de dormitorios y cuantas personas habitan)
- Hábitos higiénico - dietéticos
  - Higiene: baño y cambio de ropa, cepillado dental, lavado de manos (frecuencia y en que situaciones).
  - Dieta: Cuantas comidas realiza al día, respeta horarios, contenido de carbohidratos, grasas, proteínas, fibra.
- Zoonosis: convivencia con pitacidos, caninos, felinos y/o animales de granja.
- Toxicomanias (en caso de no haberlos consumido se escribirán como interrogados y negados).

### **Padecimiento actual.**

El motivo de consulta o internación es la carátula médica de la historia clínica y debe tener como finalidad dar en pocas palabras, una orientación hacia el aparto o sistema afectado y la evolutividad del padecimiento. Para ésta se deben consignar los signos y síntomas y su cronología. En este apartado podemos realizarlo de dos maneras, libre tribuna (permitir que el paciente diga todo lo relacionado a su padecimiento actual, o Dirigido (realizar las preguntas del padecimiento que inferimos presenta nuestro paciente).

### **Interrogatorio por aparatos y sistemas**

En este inciso se interroga al paciente por cada uno de sus sistemas, con la finalidad de hacer un diagnóstico integral y no dejar pasar algún otro padecimiento o complicación, para poder otorgar atención o referencia oportuna. Si se descubre un síntoma, realizar semiología completa de cada uno y redactarlo o anotarlo en el apartado apropiado.

- Signos y síntomas generales: Fiebre, cefalea, astenia, adinamia y anorexia.
- Aparato cardiovascular: disnea, dolor precordial, palpitaciones, sincope, lipotimia, edema, cianosis, acúfenos, fosfenos.
- Aparato respiratorio: Rinorrea, rinolalia, tos, expectoración, disnea, dolor torácico, epistaxis, disfonía, hemoptisis, vómica, sibilancias audibles a distancia.
- Aparato digestivo: trastornos de la deglución, de la digestión, de la defecación, nausea, vómito, dolor abdominal, diarrea, constipación, ictericia, rumiación, regurgitación, pirosis, aerofagia, eructos, meteorismos, distención abdominal, flatulencia, hematemesis, características de las heces fecales, diarrea, estreñimiento, acolia, hipocolia, melena, rectorragia, lentería, pujo, tenesmo y prurito anal .
- Sistema Nefrourologico: dolor renoureteral, hematuria, piuria, coluría, oliguria, tenesmo, control de esfínteres, cólico renal, edema, trastornos en el volumen urinario, nictámero, urgencia, características del chorro urinario.
- Sistema endocrino y metabolismo: intolerancia al calor o al frio, pérdida o aumento de peso, alteraciones del color de la piel, vello corporal, distribución de la grasa corporal, astenia o adinamia, alteraciones del volumen urinario, amenorreas, ginecomastia, galactorrea, alteraciones de la libido, espasmos o calambres musculares.

- Sistema hematopoyético: palidez, rubicundez, adenomegalias, hemorragias, fiebre, fatigabilidad, equimosis, petequias y adenomegalias.
- Sistema nervioso: cefalalgia, pérdida de conocimiento, mareos vértigo y trastornos del equilibrio, movimientos anormales involuntarios, debilidad muscular, convulsiones, trastornos de la visión, dolor hormigueo y adormecimiento, trastornos del sueño.
- Sistema musculo esquelético: mialgias, dolor óseo, artralgias, alteraciones en la marcha, hipotonía, disminución del volumen muscular, limitación de movimientos y deformidades
- Piel y tegumentos: coloración, pigmentación, prurito, características del pelo, uñas, lesiones (primarias y secundarias), hiperhidrosis y xerodermia
- Órganos de los sentidos: : alteraciones de la visión, de la audición, del olfato, del gusto y del tacto (hipo, hiper o disfunción). Mareo y sensación de líquido en el oído.
- Esfera psíquica ; Tristeza, euforia, alteraciones del sueño, , terrores nocturnos, ideaciones, miedo exagerado a situaciones comunes, irritabilidad, apatía.

### **Examen físico**

El examen físico es lo que evidencia y verifica la información obtenida mediante la revisión por sistemas. En el exámen físico hay una parte general y una por sistemas.

En la parte general se hace una breve descripción general y mental del paciente. Registrándose el peso, la talla, pulso, temperatura, respiración así como estado de las mucosas, piel, boca, uñas, pelo, glándula tiroides, ganglios linfáticos, huesos y articulaciones.

### **Terapéutica empleada y estudios de laboratorio y gabinete.**

Se debe reportar el tratamiento aplicado previamente a la fecha en que se realiza la historia clínica, especificando el tiempo que permaneció bajo ese tratamiento y la respuesta al mismo.

Además es necesario registrar los estudios de laboratorio y de gabinete que se le han realizado al paciente y los resultados obtenidos en dichos estudios.