



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

“NOM 004”

Materia:

Medicina interna

Docente:

Dr. Uriel Alejandro Guillen morales

Alumna:

Diana Carolina Domínguez Abarca

Semestre:

5°A



Historia clínica

La historia clínica (HC) es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitarias de personas humanas y tiene diversas funciones que la constituyen en una herramienta fundamental de un buen desarrollo de la práctica médica.

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.

Historia social

Ambiente de vida y de trabajo, condiciones higiénicas.

Historia médica previa

Enfermedades importantes padecidas por el paciente con anterioridad (incluidas las de la infancia), intervenciones quirúrgicas que se le han practicado.

Hábitos

Dieta, alcohol, tabaco, ejercicio.

Historia de la enfermedad actual

Descripción por el propio paciente de su enfermedad desde el principio.

Historia medicamentosa

Registro de la medicación que está tomando el paciente a su ingreso en el hospital o que ha tomado durante el último año.

Alergias a medicamentos y alimentos

Registro de las alergias sufridas por el paciente a lo largo de su vida.

Revisión por sistemas

El médico realiza una serie de preguntas al paciente acerca del funcionamiento de los diferentes sistemas del organismo desde la cabeza a los pies. Los diferentes sistemas del organismo se agrupan en : cabeza, ojos, garganta, nariz y oído, sistema respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal, genitourinario, piel, huesos, articulaciones y músculos, sistema endocrino y nervioso. El médico debe registrar

los síntomas que describe el paciente y realizar una serie de preguntas, anotando los síntomas tanto presentes como ausentes.

Examen físico

El examen físico es lo que evidencia y verifica la información obtenida mediante la revisión por sistemas. En el examen 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.

Revisión por sistemas:

- Sistema Cardiovascular: auscultación cardíaca, observación de las venas del cuello y de las arterias, presión arterial, electrocardiograma o ecocardiograma.
- Sistema Respiratorio: ritmo y tipo de respiración, posición de la tráquea, palpación, percusión y auscultación, radiografía de tórax, observación de esputos si los hay, determinación de pruebas de función pulmonar.
- Abdomen: forma, distensión, peristaltismo, palpación, hígado, bazo, riñones, otras masas abdominales, ascitis, hernias.
- Sistema nervioso: salvo que la dolencia que presenta el paciente tenga una relación neurológica, el examen neurológico que se realiza normalmente es un examen superficial para descartar déficits motores focales.

Resultados de las pruebas de laboratorio

Sangre, orina, etc. Rx u otras pruebas diagnósticas.

Niveles plasmáticos de medicamentos (cuando se ha hecho la extracción de la muestra y cuando se ha cursado)

Bibliografía

Normativa de uso y ordenación de la Historia Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, 2012

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012