

**Universidad del Sureste
Escuela de Medicina**

“historia clinica”

**Materia:
MEDICINA INTERNA**

**Docente:
Dr. Uriel Alejandro Guillen Morales**

**Alumno:
Jesus Alberto Perez Dominguez**

**Semestre:
5°A**

HISTORIA CLINICA

Datos generales

Nombre completo: _____

Apellidos: _____ Raza: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ De _____ Del Año

Lugar de nacimiento: _____

Estado civil: _____ Religión: _____

Ocupación actual: _____ ocupación anterior: _____

Escolaridad: _____

Dirección actual: _____

Número de Teléfono (casa o celular): _____

En caso emergencias avisar a: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Interrogatorio

Motivo de ingreso:

Síntoma (s) principal (Es):

Historia de la enfermedad actual: (ALICIA) (cronología, sitio-irradiación, comienzo, carácter, contenido, progresión, frecuencia, periodicidad, duración, limitación funcional, volumen, intensidad, extensión/tamaño, precipitantes, agravantes, atenuantes, síntomas relacionados)

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

Enfermedades de transmisión vertical:

	Obesidad		Hipertensión arterial		Enfermedad cardiaca
	Asma		Gota		Trastornos
	Diabetes		Cáncer		Inmunológicos
	Artritis		Epilepsia		
¿Otros?					

Maternos: _____

Paternos: _____

Fraternos: _____

Otros: _____

ENFERMEDADES MENTALES:

	Depresión		Esquizofrenia
	Enfermedad bipolar		Psicosis
	Ansiedad		
¿Otros?			

Maternos: _____

Paternos: _____

Fraternos: _____

Otros: _____

ENFERMEDAD, CAUSA Y EDAD DE MUERTE DE PADRES Y HERMANOS

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA:					
	Varicela		Rubéola		Cáncer
	Tosferina		Escarlatina		Infecciones urinarias
	Difteria		Poliomielitis		Anemias
	Sarampión		Fiebre reumática		Parasitosis
	Parotiditis		Asma		
¿Otros?					

ENFERMEDADES DEL ADULTO: (EDAD)					
	Tb		Fiebre reumática		Cáncer
	Fiebre tifoidea		Parasitismo		Úlcera péptica
	ITS		Pancreatitis		Diabetes
	Hepatitis		HTA		Infección urinaria
	Paludismo		Epilepsia		Artritis
	Neumonía		Obesidad		Anemias
	Sinusitis		Gastritis		Dengue
¿Otros?					
ANTECEDENTES ALÉRGICOS (alergias a fármacos u otro tipo de alérgenos; intolerancia a alimentos):					
	Penicilina		Huevo		Anestesia
	Salicilatos		Polen		Cloro
	Corticoides		Químico		Nueces
	Antiácidos		Lana		Mariscos
	Antibióticos		Picadas de abeja		
	Laxantes		Polvo		
¿Otros?					

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS, QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS
(hospitalizaciones, lugar y motivo de hospitalización; operaciones y lugar donde se realizó la operación, médico:

HOSPITALARIOS

Fecha: _____

Diagnóstico: _____

Tiempo de hospitalización: _____

Tratamiento recibido: _____

Condición al alta: _____

TRAUMÁTICOS

Fecha: _____

Diagnóstico topográfico: _____

Tratamiento recibido: _____

Evolución: _____

QUIRÚRGICOS:

Fecha: _____

Causa: _____

Diagnóstico postoperatorio: _____

Evolución: _____

Condición al alta: _____

ANTECEDENTES INMUNO-ALÉRGICOS

Esquema de vacunación:

Esquema completo

No recibió ninguna

Esquema incompleto

	BCG (TUBERCULOSIS)
	SABIN (POLIOMIELITIS)
	DPT (DISFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS)
	HIB (HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B)
	SRP (SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PAPERAS)
	TD (TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO)
	ANTIHEPATITIS B
	NEUMOCOCO

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS / DEL MEDIO

Nacimiento atendido por:

Condición

Tipo de parto:

Medico Enfermera Partera

A termino Pre termino Post termino
--

Espontaneo Fórceps Cesárea

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: _____

SERVICIOS BÁSICOS:

Agua

Servicio eléctrico

#teléfono: _____

DEPÓSITO DE EXCRETAS:

Fuera de la casa

Dentro de casa

TIPO DE DEPÓSITO:

AIRE LIBRE

LETRINA

LETRINA LAVABLE

SERVICIO SANITARIO

DEPÓSITO DE BASURA:

Camión de basura

QUEMADA

ENTERRADA

¿Otros?

De cuartos: _____ Fumadores en el hogar: _____

Personas que la habitan: _____

Animales domésticos: _____

SUMINISTRO DE AGUA:

De llave

Comprada

De río

Pozo

HÁBITOS (si consume verduras y frutas, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal, ETC. Si el paciente hace una actividad física, tóxicos)

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 droga(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
Perioidad
Fecha ultima menstruación:

OBSTÉTRICOS:

Embarazo
Partos
Abortos
Varones
Mujeres
Usos de anticonceptivos:
Tipo:
Tiempo de uso_

Cesáreas
Distocias
Hijos vivos
Óbitos
Termino
Pretérmino
Postérmino
Alteraciones durante embarazo
Previos

INTERROGATORIO POR ÓRGANOS, APARATOS Y SISTEMAS

S.N.C.				
	Mareo		Lipotimia	Parestesia
	Vértigo		Tic	Ausencias
	Alucinación		Parálisis	Traumas
	Convulsión		Temblor	Alt. Conductuales
	Paresia		Síncope	Insomnio
CABEZA				
	Trauma		Alopecia	Masa
	Cefalea		Prurito	
¿Otros?				
OJOS				
	Dolor		Prurito	Sensac. Cuerpo extraño
	Lentes		Hiperemia	Miodesopsias
	Epifora		Fosfenos	Escotomas
	Diplopía		Fotofobia	Fotopsias
¿Otros?				
OÍDOS				
	Otalgia		Tinnitus	Infecciones
	Vértigo		Otorrea	Trauma
	Otorragia		Acúfenos	Hipoacusia
¿Otros?				
NARIZ				
	Epistaxis		Masas	Trauma
	Rinorrea		Dolor	Cacosmia
	Prurito		Rinitis	
¿Otros?				
BOCA Y GARGANTA				
	Prótesis		Macroglosia	Dolor

	Odinofagia		Halitosis		Masa
	Gingivorragia		Queilosis		Disfonía
¿Otros?					
CUELLO					
	Masas		Rigidez		Traumas
	Dolor		Adenopatía		
¿Otros?					
RESPIRATORIO					
	Tos		Disfonía		Cianosis
	Disnea		Espujo		
	Hemoptisis		Vómica		
¿Otros?					
CARDIOVASCULAR					
	Disnea		Ortopnea		Palpitaciones
	Dolor precordial		Trepopnea		Sincope
	Edema		Edema		
	Soplos		Cianosis		
¿Otros?					
MAMAS					
	Trauma		TELORREA		Masa
	Dolor		Cambios en la piel		Telorragia
	Asimetría		Ginecomastia		
¿Otros?					
DIGESTIVO					
	Hiporexia		Eructos excesivos		Heces
	Disfagia		Rectorragia		Ascitis
	Vómitos		Hematoquecia		Prolapso
	Distensión abd.		Meteorismo		Pirosis
	Dolor abd.		Hematemesis		Reflujo
	Melena		Tenesmo/pujo		Constipación

	Diarrea		Estreñimiento		Acolia
	Intoler aliment		Tinte ictérico		Nauseas
¿Otros?					
GENTOURINARIO					
	Poliuria		Enúresis		Metrorragia
	Polaquiuria		Piuria		Dispareunia
	Oliguria		Menorragia		Prurito
	Hematuria		Incontinencia		Coluria
	Nicturia		Disuria		
	Anuria		Secreciones		
¿Otros?					
OSTEOMUSCULAR					
	Artralgia		Lumbalgias		Rigidez
	Inflamación		Hipotonía		Calambres
	Mialgia		Hipertonía		Deformaciones
¿Otros?					
HEMATOLÓGICO					
	Petequias		Equimosis		Cianosis
	Transfusiones		Hemorragia		Fragilidad capilar
	Hematomas		Palidez		
¿Otros?					
ENDOCRINO					
	Exoftalmos		Hirsutismo		Diaforesis
	Temblor		Tetania		Nerviosismo
	Intolerancia frío		Polidipsia		Poliuria
	Intolera. Calor		Polifagia		Pérdida de peso
	Cambio en voz		Aumento de peso		
¿Otros?					
PIEL Y FANERAS					
	Prurito		Dermatosis		Equimosis

	Ulceras		Cicatrices		Petequias
	Alopecia		Cianosis		Eritema
	Alteración uñas		Fisura		
¿Otros?					

REGISTRO DEL EXAMEN FÍSICO EN EL PACIENTE

APARIENCIA GENERAL:

SIGNOS VITALES

F.C _____	LAT./MIN
PULSO _____	PUL/MIN
F.R _____	RESP. /MIN
P.A ACOSTADO _____	MMHG
P.A SENTADO _____	MMHG

PA DE PIE _____	MMHG
TEMPERATURA _____	°C
PESO _____	KG.
ESTATURA _____	M.
ÍNDICE DE MASA CORPORAL _____	

EXAMEN FÍSICO DE SEGMENTOS Y ÓRGANOS

- PIEL:
- MUCOSAS:
- PELO:
- UÑAS:
- TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO:
- PANÍCULO ADIPOSO

SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR:

- MÚSCULOS:
- HUESOS
- ARTICULACIONES
- ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR:

MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR

- MANOS
- MUÑECA
- CODO

- HOMBRO
- ARTICULACIÓN SACROILÍACA
- ARTICULACIÓN DE LA CADERA
- ARTICULACIÓN DE LA RODILLA
- ARTICULACIÓN TIBIOASTRALGIANA

REGIONAL:

- CABEZA
 - CRÁNEO
 - CARA
 - CUELLO
 - TÓRAX
 - MAMAS
 - EXTREMIDADES
 - COLUMNA VERTEBRAL:
- **APARATO RESPIRATORIO:**
 - **APARATO CARDIOVASCULAR**
 - **SISTEMA RENAL**
 - **APARATO DIGESTIVO:**
 - BOCA
 - ABDOMEN
 - **APARATO GENITAL**
 - GENITALES FEMENINOS:
 - GENITALES MASCULINOS:
- **Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros**
 - **Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)**
 - **Diagnóstico(s) o problemas clínicos**
 - **Nombre completo, cédula profesional y firma del médico**

Bibliografía

DOLCI, G. E. F., & de Integración, S. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.