



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

MATERIA: MEDICINA INTERNA

ALUMNA: DANIA ESCOBEDO CASTILLO

CARRERA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: QUINTO GRUPO A

HISTORIA CLINICA

Documento legal de la rama médica que surge del contacto entre un paciente y un profesional de la salud, donde se recoge toda la información relevante acerca de la salud del paciente, de modo que se le pueda ofrecer una atención correcta y personalizada.

ESTRUCTURA

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Servirá para poner los datos del paciente como son:

- Nombre
- Fecha
- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Ocupación
- Domicilio
- Teléfono
- Cultura
- Fecha de nacimiento
- Numero de seguro social
- Religión
- Procedencia
- Nacionalidad

2. INTERROGATORIO

Es el arte que desarrolla el medico para averiguar y conocer a través del relato oral o gesticulaciones datos fundamentales para el diagnostico de la enfermedad actual.

Deberá contener:

Antecedentes heredo-familiares

Aspectos de estado de salud general de los padres y abuelos con manifestaciones a los hermanos.

RACIALES


Estatura, tipología, morfología facial, maxilar y dentaria.

GENETICOS

Hemofilia, diabetes, sífilis, oligodoncia, dientes supernumerarios, síndromes., enfermedades crónico-degenerativas.

Familiares directos

- Abuelos
- Padres

-
- 
- Hermanos
 - Hijos (si aplica)

Antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas).

- Enfermedades de la infancia
- Enfermedades médicas
- Internaciones anteriores
- Intervenciones quirúrgicas
- Alergias
- Inmunizaciones
- Historia medicamentosa

Antecedentes personales no patológicos

- Nacimiento
- Lactancia
- Dentición
- Deambulación
- Escolaridad

DEL MEDIO


Socioeconómico

- Vivienda
- Familia
- Tipo y calidad de trabajo
- Ingreso
- Gasto
- Compromisos sociales
- Éxitos y frustraciones
- Personalidad

FISIOLÓGICOS

- Peso
- Alimentación
- Apetito
- Sed
- Diuresis
- Micción
- Catarsis intestinal
- Sueño
- Relaciones sexuales

GINECOBSTETRICO

-
- 
- Inicio de vida sexual
 - Menarca
 - Características de menstruación
 - Embarazos
 - Partos
 - Abortos
 - Cesáreas
 - Menopausia

Padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales)

Conjunto de signos y síntomas que presenta el paciente en el momento de realizar la historia clínica. Esta conformado por:

Evolución de la enfermedad, variación de síntomas, tratamientos recibidos anteriormente, recurrencia de la enfermedad, fecha aproximada y modo de aparición, origen infeccioso, traumático, operatorio o espontaneo.

El paciente debe referir los cambios.

- FECHA DE INICIACIÓN
- SINTOMAS DE INICIACIÓN
- SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

Interrogatorio por aparatos y sistemas

- Aparato digestivo
- Aparato respiratorio
- Aparato urinario
- Aparato genital
- Aparato gastrointestinal
- Aparato cardiovascular
- Sistema endocrino
- Sistema hematopoyético
- Sistema nervioso
- Sistema musculo esquelético
- Piel y tegumentos
- Órganos de los sentidos
- Signos y síntomas generales

3. EXPLORACIÓN FÍSICA

Conjunto de destrezas y habilidades que aprende y desarrolla el médico para reconocer para la inspección, palpación, percusión y auscultación las características de normalidad y/o detectar la presencia de signos que identifican enfermedad. La exploración deberá ser

- Sistemática

- Planeada
- Ordenada

Deberá tener como mínimo:

Impresión general

Estado de conciencia, lenguaje, actitud, marcha, facie, relación de edad aparente y real.

Signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla

Datos de la cabeza

Cara, ganglios, articulación temporomandibular, orejas.

Examen intraoral: labios y comisura labial, carrillos, paladar duro y blando, orofaringe, lengua, gingival, regiones alveolares, maxilares, dientes.

Cuello

Región hioidea y tiroidea

Tórax

Situación, amplexión y amplexación, ruidos cardíacos.

Abdomen

Miembros y genitales

De acuerdo con la edad y al sexo

Sistema locomotor

Miembros, sensibilidad, circulación, fuerza, llenado capilar, tono muscular.

4. RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS

Estudios de laboratorio como BH, QS, EGO, reacciones febriles, perfil de lípidos etc.

De gabinete como: RX, TAC, RM, USG.

5. DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS


Se identifica una enfermedad o cualquier condición de salud enfermedad.

- Diagnósticos presuntivos: o de ingreso que deberá reflejar la condición del paciente en el momento de la admisión.
- Diagnósticos definitivos

6. PRONÓSTICO

Para la vida y para la función

7. INDICACIÓN TERAPÉUTICA.



Prescripción médica. Dieta, cuidados de enfermería que sean considerados necesarios, medicamentos consignando dosis, presentación, frecuencia y vía de administración.

8. Nombres, apellidos, firma y sello del médico tratante.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- NOOM 004
- UNAM, *Historia clínica*