

Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Medicina interna

Historia clínica

Dr. Uriel Alejandro Guillén Morales

Thania Guadalupe López Guillén

Historia clínica

1. Ficha de identificación

En ella se señalan datos como: número de expediente, fecha y hora de elaboración, si fue o no interrogatorio directo, nombre completo, sexo, edad, ocupación, domicilio, teléfono, religión, si habla alguna lengua o pertenece a alguna etnia.

2. Antecedentes heredofamiliares

En este apartado habla, de todas aquellas enfermedades de carácter hereditario como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, hemofilia, síndromes ligados al cromosoma x, algunos tipos de cáncer, etc. Tomando en cuenta la primera línea; padres, hermanos y abuelos.

3. Antecedentes personales no patológicos

En este punto se toma en cuenta, las condiciones en las que vive el paciente y todo aquello que lo rodea. Materiales de los que está construida su casa, desde las paredes, techo y piso, con cuantas habitaciones cuenta. Si cuenta con servicios básicos, como agua potable, luz y drenaje. Presencia de animales y de qué tipo. El rol familiar que cumple, si es el sustento del hogar, si dentro del trabajo realiza actividades que ponen en riesgo su salud, esquemas de vacunación, así como en que se basa su alimentación principalmente.

4. Antecedentes personales patológicos

Aquí, se debe tener especial cuidado en recolectar los datos específicos del paciente, dependiendo la edad y sexo para completar los apartados. Consumo de sustancias nocivas para la salud, la frecuencia de consumo y la cantidad aproximada. Si ha sido hospitalizado, motivo de ello y fecha, transfusiones, alergias. Si en dado caso, corresponde a una mujer, se añade y completa los antecedentes ginecobstétricos; menarca, fecha de ultima menstruación (FUM), la duración y detalles de su ciclo menstrual, inicio de vida sexual activa (IVSA), métodos anticonceptivos, embarazos, abortos, cesáreas, partos, edad gestacional, fecha probable de parto (FPP), número de

parejas sexuales, inicio de la menopausia, ultima citología vaginal, exploración mamaria o mastografía.

5. Motivo de consulta o padecimiento actual

Descripción del paciente acerca de su padecimiento, síntomas, inicio de estos, duración, medicaciones para este.

6. Interrogatorio por aparatos y sistemas

Cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, genitourinario, hemático y linfático, endocrino, nervioso, musculo esquelético, piel, mucosas y anexos, preguntando por síntomas previos que orienten a datos de alarma de cada sistema y puedan contribuir al padecimiento actual

7. Exploración física

Signos vitales, exploración cefalocaudal, basados en los principios de la semiotecnia, inspección, palpación, auscultación y percusión.

8. Diagnósticos

9. Indicaciones terapéuticas

10. Nombre, cedula profesional y firma de quien expide.