

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Medicina Interna

Historia Clínica:

Importancia y objetivos

Docente:

Dr. Uriel Alejandro Guillen Morales

Alumno:

Erick José Villatoro Verdugo

Semestre y Grupo:

5° "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 23 de Febrero de
2021.

1. **Ficha de identificación:** Este apartado nos será de gran ayuda principalmente para saber los datos del paciente más básicos, por ejemplo su nombre, su edad, su fecha de nacimiento, etc. Y saber más que nada que paciente es el que estamos tratando y darle una entidad, y no confundirlo con otra persona.
2. **Antecedentes heredofamiliares:** Este apartado nos ayuda a poder ver más allá de la patología o del estado del paciente, es decir con estos datos proporcionados podremos ver si el paciente por motivos genéticos se puede enfermar con una patología hereditaria por parte de sus padres, abuelos, etc.
3. **Antecedentes personales patológicos:** Aquí podremos saber si nuestro paciente ha recibido transfusiones sanguíneas, como reaccionó a ellas, si alguna vez ha perdido la memoria y porque, ¿Cuántas veces se ha intervenido quirúrgicamente? En caso de necesitar otra cirugía, etc.
4. **Antecedentes personales no patológicos:** Dentro de los datos que nos proporcione nuestro paciente podremos ver si vive en hacinamiento y ver las posibles causas de las que podría enfermarse a largo plazo, sobre su vivienda; por el hecho de que pueda contraer alergias (En caso de que su hogar no tenga repello) sobre su alimentación y los hábitos higiénicos que de igual manera nos conducirían a pensar en distintas patologías.
5. **Antecedentes gineco-obstetricos:** Solo en caso de ser Mujer nuestra paciente se realiza, y se indaga sobre los datos para ver posibles embarazos, o patologías propias de las mujeres.
6. **Padecimiento actual:** Este apartado es el principal en caso de que nuestro paciente llegue en un estado malo, ya que nos orientará a saber porque el paciente ha llegado con nosotros.
7. **Síntomas generales:** Nos serán de gran ayuda para llegar eficazmente al padecimiento actual, ya que si el paciente no sabe lo que tiene, con ayuda de este apartado podremos ir uniendo partes para llegar a un diagnóstico oportuno.

8. **Interrogatorio por aparatos y sistemas:** De igual manera nos podrá orientar a otras patologías que pueda tener el paciente y no solo específicamente por el motivo de consulta, es decir en caso de hallar sintomatología de sistema digestivo podemos orientarnos específicamente a eso.
9. **Diagnósticos anteriores;** Con datos recabados de este apartado, podemos saber si el padecimiento actual se debe secundariamente por un diagnóstico de anterioridad o es nuevo, y poder también visualizar a largo plazo y controlar en caso afirmativo.
10. **Terapéutica empleada anteriormente:** En este apartado, podremos verificar con que medicamentos se ha tratado al paciente y en dado caso de que esté en tratamiento en ese momento, darle medicamentos de forma responsable para evitar una interacción con alguno de ellos.
11. **Exploración física:** En esta parte de la historia clínica vamos a hacer uso del tacto y gracias a ello podremos ver si nuestro paciente tiene más sintomatología que no podamos ver a simple vista.
12. **Estudios de gabinete:** Gracias a ellos, podremos visualizar al paciente respecto a estudios imagenológicos, radiológicos, laboratoriales, para saber si existen anomalías que no sean fáciles de ver a simple vista y que tampoco puedan palpase (En algunas ocasiones) y estar completamente seguros del padecimiento de nuestro paciente.
13. **Diagnóstico:** Este apartado, solo nos menciona la patología que el paciente padece al momento de ingresar a la consulta.
14. **Pronostico:** Nos va a ayudar a saber cómo el paciente va a evolucionar respecto a su patología y tener un panorama de lo que es y de lo que va a ser.
15. **Tratamiento:** En este apartado nosotros veremos el o los fármacos que se le han recetado al paciente, y ver que no exista problema alguno por alguna interacción medicamentosa.