

Historia clínica

Ficha de identificación

Nombre: Aurora Flor D Luna

Género: Femenino

Edad: 20 años

lugar de origen: Tuxtla Gutiérrez Chiapas

fecha de nacimiento: 27 de septiembre de 1978

estado civil: soltera

ocupación actual:

religión: católica

escolaridad: universidad

domicilio actual completo:

familiar responsable: Hermana

Fecha de elaboración de la historia clínica: 24 de agosto del 2021

Antecedentes heredo familiares

Antecedentes personales patologicos

Antecedentes gineco-obstetricos

Antecedentes personales no patológicos:

Padecimiento actual

El paciente refiere que hace 8 días presenta cefalea intensa, refiere que este dolor viene desde hace dos años pero en los últimos días el dolor aumento con una intensidad de 8/10 en la escala de Eva, la causa aparente del dolor refiere que es por la mala alimentación que presenta en los últimos días debido al trabajo que tienen, el paciente refiere que el dolor nace en la región frontoparietal, el dolor inicia progresivamente de tipo opresivo, acompañando la cefalea el paciente presenta diarrea, polaquiuria, polidipsia, aumento de peso y visión borrosa, el paciente refiere que el dolor se vuelve más intenso en horas de la tarde, el paciente refiere que en decúbito dorsal el dolor disminuye un poco, al momento no está tomando ningún tipo de medicamento ,al momento el pcte se encuentra lucido y con dolor muy leve.

Interrogatorios por aparatos y sistemas

Boca: no refiere trastornos al masticar, la secreción salival es disminuida y no presenta halitosis

Esófago: no presenta disfagia, odinofagia, pirosis y no tiene regurgitación.

Estomago y duodeno: no ha presentado nauseas, vomito, hematemesis, en ocasiones a presentado acidismo y aerofagia, no eructa y no presenta hipo.

Yeyuno, íleon y colon: presenta diarrea, sus heces son de color café claro y en cantidad aumentada presenta meteorismo en ocasiones.

Sigma, recto y ano: presenta tenesmo

Aparto urinario: el paciente refiere que ha orinado 3 lt en 24 horas, va al baño de 5 a 6 veces por día, el chorro es débil pero continuo la orina no tiene ningún olor en especial y el color es amarillo claro no presenta disuria pero presenta tenesmo vesical no tiene incontinencia y no enuresis.

Sistema endocrino: paciente refiere que ha notado cambios en la cara es mas redonda las mucosas están secas al que igual que su piel, el pelo ha disminuido en cantidad, no presenta temblores, su contracción muscular es normal para los movimientos que realiza, el paciente refiere que presenta mucha sed en el trascurso del día.

Aparato ocular: el paciente refiere que tiene dificultad para la visión ya que ve borroso no presenta escotomas, distingue bien los colores, presenta nictalopía al atardecer

Exploración física

Abdomen: a la inspección presenta un abdomen normal no presenta vesículas,

equimosis no petequias. A la auscultación presenta movimientos gástricos normales. A la palpación abdomen normal. Y a la percusión no presenta molestia alguna, órganos de tamaño normal.

Región lumbar: a la inspección el paciente no presenta vesículas ni hematomas, a la palpación normal en toda la región y a la percusión: al momento de realizar el

puño percutor presenta ligero dolor.

Aparato ocular: parpado y pestañas normales, conjuntiva normal, esclerótica normal, cornea normal, pupila e iris normal, reflejos consensuales, de acomodación

y la luz norma

- Examen funcional: agudeza visual disminuida en ojo izquierdo, sentido cromático normal y campo visual disminuido

Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros

Biometría hemática, Química clínica, Unoanálisis

Terapéutica empleada y resultados obtenido

Tomar insulina. Realizar un recuento de hidratos de carbono, grasa y proteínas. Controlar con frecuencia el azúcar en la sangre.

Diagnósticos y/o problemas clínicos

Diabetes mellitus tipo 1

Nombre completo, cédula profesional y firma del médico

