

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Arxa Valentina Stark Lopez

EDAD: 31 (NOMBRE) SEXO: MASCULINO () FEMENINO (X) (APELLIDO PATERNO) (APELLIDO MATERNO)

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) () CASADO(A) () UNIÓN LIBRE (X) VIUDO(A) ()

LUGAR DE NACIMIENTO: tuxtla gutierrez, Oaxapas

LUGAR DE RESIDENCIA: Cbontalpa, Av. central # 117 (ENTIDAD FEDERATIVA)

OCCUPACIÓN: Ama de casa (CALLE) No. (COLORIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO) TELEFONO: (ESTADO FEDERAL) 966-112-0207

FECHA DE ESTUDIO: 21/06/2022 (ACTUAL) No. DE BOLETA: 12348

II. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

	PADRE	MADRE	HERMANOS	NINGUNO	NO SE
a) ALCOHOLISMO	X			X	
b) ARTRITIS					
c) CÁNCER					X
d) CARDIOPATÍAS		X			
e) DEPRESIÓN				X	
f) DIABETES MELLITUS TIPO I, II	X				
g) OBESIDAD	X	X			
h) PRESIÓN ARTERIAL ALTA				X	
i) TABAQUISMO			X		
j) OTRO: ESPECIFIQUE				X	

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

INMUNIZACIONES	ESQUEMA COMPLETO ()	ESQUEMA INCOMPLETO ()	LO IGNORA (X)
ALIMENTACIÓN	CARNE (X)	LECHE (X)	HUEVO (X) VERDURAS Y FRUTAS ()
DEPORTES	MÁS DE 3 VECES A LA SEMANA ()	2 VECES A LA SEMANA ()	2 VECES AL MES (X) NINGUNA VEZ ()
TABAQUISMO	HAS FUMADO ALGUNA VEZ SI () NO (X)	FUMAS + DE 10 CIGARROS AL DÍA SI () NO ()	FUMAS - DE 10 CIGARROS AL DÍA SI () NO ()
ALCOHOLISMO	HAS TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS SI (X) NO ()	TOMAS MÁS DE TRES COPAS A LA SEMANA SI () NO ()	TOMAS AL MENOS 3 COPAS A LA SEMANA NO () SI () EMBRIAGUEZ SI () NO ()
TOXICOMANÍAS	HAS UTILIZADO ALGUNA DROGA SI () NO (X)	FRECUENTEMENTE UTILIZAS DROGA SI () NO ()	
HABITACIÓN	TU CASA ES: PROPIA (X) RENTADA ()	CON QUE SERVICIOS CUENTA:	TODOS LOS SERVICIOS (X) SERVICIOS COMUNES () NO TIENE SERVICIOS ()
CON QUIEN VIVES ACTUALMENTE	PADRES (X)	FAMILIARES ()	AMIGOS ()
CUANTAS PERSONAS VIVEN CON TI	DE 2 A 4 ()	DE 5 A 6 (X)	DE 7 A MÁS ()
CUANTOS CUARTOS TIENE TU VIVIENDA	DE 1 A 2 ()	DE 3 A 4 (X)	DE 5 A 6 () 7 A MÁS ()

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: ¿HAS PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?

ENFERMEDADES ERUPTIVAS	SARAMPION () ESCARLATINA ()	VARICELA ()	PAROTIDITIS ()	RUBEOLA ()
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	HERPES () MENINGITIS ()	TIFOIDEA ()	HEPATITIS (X)	AMIGDALITIS ()
TRAUMATISMOS	LUXACION () HERIDAS POR ARMA	FRACTURA () a) BLANCA ()	GOLPES EN LA CABEZA () b) DE FURGO ()	
ANTECEDENTES TRANSFUNCIONALES	TE HAN PUESTO SANGRE ALGUNA VEZ. SI () NO ()			
ENFERMEDADES PARASITARIAS	HAS TENIDO PARÁSITOS INTESTINALES ALGUNA VEZ. SI () NO ()			
ENFERMEDADES VENÉREAS	HAS TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: SI () NO ()			
ENFERMEDADES CRÓNICAS	ARTROPATÍAS () CARDIOPATÍAS ()	TIROIDES () HIPERTENSIÓN ARTERIAL (X)	DIABETES ()	
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	TE HAN OPERADO SI (X) NO ()			
SISTEMA NERVIOSO	HAS TENIDO ATAQUES SI () NO (X) HAS TENIDO PARÁLISIS SI () NO (X)			
ANTECEDENTES ALÉRGICOS	ERES ALÉRGICO A: OTROS ()	ALGÚN ALIMENTO () ESPECÍFICA:	ALGÚN MEDICAMENTO ()	

V. A) ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: SOLO MUJERES

TU PRIMERA MENSTRUACIÓN	ANTES DE LOS 12 AÑOS () DEPUÉS DE LOS 15 AÑOS ()	ENTRE LOS 13 Y 15 AÑOS (X) NUNCA SE HA PRESENTADO ()
DURACIÓN MENSTRUAL	MENOS DE TRES DÍAS () DE 6 A 7 DÍAS ()	DE 3 A 5 DÍAS (X) MÁS DE 8 DÍAS ()
RITMO MENSTRUAL	ENTRE 23 Y 28 DÍAS () IRREGULAR (X)	ENTRE 29 Y 32 DÍAS ()
TU MENSTRUACIÓN PRODUCE	DOLOR: SI () NO ()	ALGUNAS VECES (X)
HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES	SI (X) NO ()	¿A QUÉ EDAD?: 17
TE HAS EMBARAZADO ALGUNA VEZ	SI (X) NO ()	
USAS ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO	SI () NO (X)	¿CUÁL?:
NECESITAS ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO	SI (X) NO ()	
SABES QUE ES EL PAPANICOLAOU CERVICO-UTERINO	SI () NO (X)	
HAS ABORTADO ALGUNA VEZ	SI (X) NO ()	¿MOTIVO?

b) DESARROLLO FÍSICO: SOLO HOMBRES

YA EMPEZASTE A EYACULAR	SI ()	NO ()
TIENES DIFICULTAD PARA RETRAER LA PIEL DE TU PENE	SI ()	NO ()
TIENES ALGÚN TESTÍCULO AUMENTADO DE VOLUMEN Y TE CAUSA MOLESTIAS	SI ()	NO ()
TIENES TUS TESTÍCULOS DESCENDIDOS Y DENTRO DEL ESCROTO	SI ()	NO ()
CONSIDERAS NORMAL LA FORMA Y TAMAÑO DE TUS GENITALES	SI ()	NO ()

IX. REVISION OPTOMETRICA

USAS ANTEOJOS		SI ()		NO (X)		¿POR QUÉ MOTIVO?							
AGUDEZA VISUAL	OI	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	11	12
	OD	1	2	3	4		5	X	8	9	10	11	12
	AO	1	2	3	X		5	6	7	8	9	10	11

X. INTERROGATORIO POR APARATO Y SISTEMAS

DIGESTIVO	FORMA DEL ABDOMEN	X	NO
	HERNIAS	SI	X NO
	DIARREAS	SI	X NO
	OTRAS PATOLOGÍAS	X	NO
RESPIRATORIO	FORMA DE NARIZ	X	NO
	CAMPOS LIMPIOS	X	NO
	FORMA DEL TÓRAX	X	NO
	TOS CRÓNICA	SI	X NO
	ASMA	SI	X NO
CARDIOVASCULAR	OTRAS PATOLOGÍAS	SI	X NO
	RUIDOS	SI	X NO
	SOPLOS	SI	X NO
	ARRITMIAS	SI	X NO
	DISNEA	SI	X NO
URINARIO	OTRAS PATOLOGÍAS	X	NO
	ORINA (OLOR)	SI	X NO
	ORINA (COLOR O ASPECTO)	SI	X NO
	DOLOR	SI	X NO
	DESEOS DE SEGUIR ORINANDO	SI	X NO
GENITAL MASCULINO	RETRACCIÓN DEL PENE	SI	NO
	DOLOR EN ESCROTO	SI	NO
	TESTÍCULOS DENTRO DE BOLSA ESCROTAL	SI	NO
GENITAL FEMENINO	YA EMPEZASTE A MENSTRUAR	X	NO
	TU MENSTRUACIÓN ES REGULAR	X	NO
	TE CAUSA DOLOR QUE IMPIDE HACER TU VIDA COTIDIANA	SI	X NO
	CONSIDERAS NORMAL LA FORMA Y TAMAÑO DE TUS GENITALES Y DE TUS MAMAS	X	NO
SISTEMA NERVIOSO	TIENE ALGÚN TIC NERVIOSOS	SI	X NO
	TIENES CONVULSIONES	SI	X NO
	DOLORES DE CABEZA	X	NO
	DUERMES BIEN	X	NO
SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	POSTURA NORMAL	X	NO
	ESCOLIOSIS	SI	X NO
	SECUELAS DE POLIO	SI	X NO
	PIE PLANO	SI	X NO
	OTRAS PATOLOGÍAS	SI	X NO
SISTEMA ENDOCRINO	TIENES PESO NORMAL	SI	X NO
	TE ENCUENTRAS BAJO DE PESO	SI	X NO
	TE ENCUENTRAS PASADO DE PESO	X	NO