

Fecha de nacimiento: _____ Correo: _____
No. de Boleta: _____ CURP: _____
Carrera: _____ Generación: _____
Alérgico a: _____

AVISO: Alumnos de nuevo ingreso:

El presente documento reúne datos de identificación personal, antecedentes personales y familiares, los cuales son importantes para integrar tu expediente clínico y valorar tu estado de salud, estos datos son de carácter confidencial por lo cual al termino del llenado es importante que lo entregues de manera URGENTE al Servicio Médico en un tiempo no mayor a 72 horas. **Este paquete de documentos deberá ser entregado en un folder tamaño carta color beige etiquetado con tu nombre en la pestaña.**

INSTRUCCIONES:

- Llenar con letra legible y bolígrafo
- No anotar la fecha está la anotara la persona que reciba los documentos
- Lee cuidadosamente y contesta los datos solicitados de las páginas 1 a la 4.

Es importante que investigues los antecedentes familiares **más importantes** y que los refieras, marcando con una X la respuesta correcta.

Anotar claramente con una X los signos, síntomas o padecimientos sufridos en la infancia hasta el momento, ya que de requerirlo puedas recibir atención médica adecuada o especializada.

FUNDAMENTO LEGAL.

Con base en el artículo decimooctavo de los Lineamientos de datos personales, me permito indicar a usted que:

Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados en el expediente clínico, con fundamento en los artículos 20, 21 de la LFTAIPG; Decimosexto, Decimoséptimo, Vigésimo séptimo, Vigésimo octavo, Vigésimo noveno, Trigésimo, Trigésimo primero, Trigésimo segundo, Trigésimo tercero, de los Lineamientos de Protección de datos Personales y cuya finalidad es obtener datos de los alumnos que permitan integrar la ficha médica del alumno. Mismo que fue registrado en el listado de sistema de datos personales ante el instituto federal de acceso a la información pública (www.ifai.org.mx) y podrán ser transmitidos a la dirección de apoyo a estudiantes del Instituto Politécnico Nacional, con la finalidad de integrar la base de datos de instituto, además de otras transmisiones previstas en la ley de la unidad administrativa responsable del sistema de datos personales del CICS-UMA a través del consultorio médico, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es Ex-hacienda del Mayorazgo, km. 39.5 carretera Xochimilco – Oaxtepec. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

CONFORME

Interesado

Vo. Bo.

Vo. Bo.

LIC. OPT. MARTHA ELENA VÁZQUEZ GALINDO
SUBDIRECTORA DE SERVICIOS EDUCATIVOS E
INTEGRACIÓN SOCIAL

C. D. AILEEN BUENO CARDOSO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EXTENSIÓN Y
APOYOS EDUCATIVOS



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD MILPA ALTA

SERVICIO MÉDICO ESCOLAR



HISTORIA CLÍNICA

No. de Expediente: _____

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: _____
NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

EDAD: _____ SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()

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

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR DE RESIDENCIA: _____
CALLE No. COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA

Ocupación: _____ TELEFONO: _____

FECHA DE ESTUDIO: (ACTUAL) _____ No. DE BOLETA: _____

II. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

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

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

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

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: ¿HAS PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?	
ENFERMEDADES ERUPTIVAS	SARAMPIÓN () VARICELA () PAROTIDITIS () RUBEOLA () ESCARLATINA ()
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	HERPES () TIFOIDEA () HEPATITIS () AMIGDALITIS () MENINGITIS ()
TRAUMATISMOS	LUXACIÓN () FRACTURA () GOLPES EN LA CABEZA () HERIDAS POR ARMA a) BLANCA () b) DE FUEGO ()
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 () TIROIDES () DIABETES () CARDIOPATÍAS () HIPERTENSIÓN ARTERIAL ()
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	TE HAN OPERADO SI () NO ()
SISTEMA NERVIOSO	HAS TENIDO ATAQUES SI () NO () HAS TENIDO PARÁLISIS SI () NO ()
ANTECEDENTES ALÉRGICOS	ERES ALÉRGICO A: ALGÚN ALIMENTO () ALGÚN MEDICAMENTO () OTROS () ESPECÍFICA:

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

VI. PADECIMIENTO ACTUAL					
¿ACTUALMENTE TE SIENTES MAL DE SALUD?			SI ()	NO ()	
EN EL ÚLTIMO MES ¿HAS TENIDO MOLESTIAS IGUALES O MUY SIMILARES A ESTAS?					
a) DIARREA CON SANGRE	SI	NO	k) TU ORINA NO ES TRANSPARENTE Y SE ACOMPAÑA DE MOLESTIAS PARA ORINAR, ARDOR, DOLOR, DESEOS DE SEGUIR ORINANDO	SI	NO
b) DEBILIDAD, CANSANCIO, TE HAS PUESTO PÁLIDO, TE FALTA EL AIRE AL REALIZAR EJERCICIO	SI	NO	l) GRIETAS O VEJIGAS EN LOS PIES Y HAS NOTADO QUE TE PROVOCAN COMEZÓN Y MAL OLOR	SI	NO
c) DOLOR, DISTENSIÓN ABDOMINAL, CON DIARREA, FALTA DE APETITO Y DEBILIDAD GENERAL	SI	NO	m) ALGUNA ARTICULACIÓN SE INFLAMA, SE PONE ROJA Y DUELE SIN QUE TE HAYAS GOLPEADO	SI	NO
d) DEBILIDAD QUE SE ACOMPAÑA DE AUMENTO IMPORTANTE DE SED Y EN LA CANTIDAD DE ORINA	SI	NO	n) TUS UÑAS SE HAN PUESTO OPACAS Y GRUESAS	SI	NO
e) CONVULSIONES (ATAQUES)	SI	NO	o) DOLOR DE PECHO, ESPALDA QUE AUMENTA CUANDO RESPIRAS	SI	NO
f) DESMAYOS EN VARIAS OCASIONES	SI	NO	p) APARICIÓN DE MOLESTIAS SIN CAUSA APARENTE	SI	NO
g) DOLOR PUNZANTE O ARDOROSO EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO, QUE SE ACOMPAÑA A VECES CON NÁUSEAS, ERUCTOS Y HASTA LLEGAR AL VOMITO	SI	NO	q) FIEBRE SIN CAUSA APARENTE	SI	NO
h) DOLOR DE CABEZA, SENSACIÓN DE MAREO, QUE SE ACOMPAÑA DE ZUMBIDO DE OÍDOS	SI	NO	r) PÉRDIDA DE PESO	SI	NO
i) PROBLEMAS PARA OÍR	SI	NO	s) TOS QUE NO SE TE QUITA	SI	NO
j) EN TUS GENITALES: COMEZÓN, RONCHAS, ENROJECIMIENTO Y ALGÚN ESCURRIMIENTO	SI	NO			

OBSERVACIONES: _____

VII. ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS		
¿SABES CUANTAS PIEZAS DENTALES TIENES?	SI	NO
¿TE LAVAS LOS DIENTES DESPUÉS DE CADA ALIMENTO?	SI	NO
¿HAS ASISTIDO AL SERVICIO DENTAL EN EL ÚLTIMO AÑO?	SI	NO
¿HAS TENIDO DOLOR DENTAL RECIENTEMENTE?	SI	NO
¿TE SANGRAN TUS ENCÍAS?	SI	NO
¿TIENES DOLOR AL ABRIR O CERRAR TU BOCA?	SI	NO
¿METES ALGÚN OBJETO EXTRAÑO A LA BOCA?	SI	NO
¿ACTUALMENTE TIENES TRATAMIENTO DENTAL?	SI	NO

VIII. SIGNOS VITALES, SOMATOMETRIA (EXPLORACIÓN FÍSICA)			
PESO	kg	FRECUENCIA RESPIRATORIA	pm
TALLA PARADO	cm	PRESIÓN ARTERIAL	mm/Hg
TALLA SENTADO	cm	TEMPERATURA	°C
FRECUENCIA CARDIACA	pm		

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

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

XI. HABITUS EXTERIOR
XII. EXPLORACIÓN FÍSICA
CABEZA:
CUELLO:
TORAX:
ABDOMEN:
GENITALES:
EXTREMIDADES:
EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:
TERAPÉUTICA EMPLEADA:
DIAGNÓSTICO:
TRATAMIENTO:

FIRMA DE QUIEN ELABORÓ