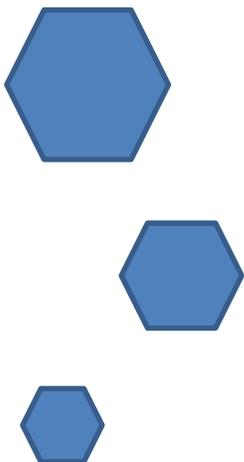


UNIVERSIDAD DEL SURESTE LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

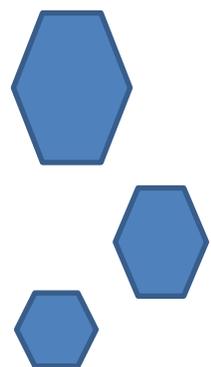


**MATERIA:
GERIATRIA**

**DOCENTE:
DR. KEVIN ESTEBAN LOPEZ RAMIREZ**

HISTORIA CLINICA GERIATRICA

**ALUMNO:
DIEGO LISANDRO GÓMEZ TOVAR.**



**TUXTLA
GUTIÉRREZ,
CHIAPAS
CHIAPAS A; 03
DE FEBERO DE
2022**



MEDICAL SERVICES

A partner with Mercy Medical Center-Sioux City

HISTORIA CLINICA PARA PACIENTE ADULTO

Por favor llenar lo mejor posible para que nuestro personal pueda proporcionar el mejor cuidado posible a usted y sus familiares.

APELLIDO ZEPEDA RUIS **NOMBRE(S)** GUILLERMO

FECHA DE NACIMIENTO 10 JULIO 1960 **IDIOMA PRIMARIO:** ESPAÑOL **MASCULINO:** X
/FEMENINO _____

PROBLEMAS CRONICOS (CONDICIONES) (por ejemplo: diabetes, hipertensión, depresión o etc.) **NINGUNO**

Nombre de la Condición	Fecha de Inicio	Información adicional
DIABETES	2018	CEGUERA EN OJO IZQUIERDO

MEDICAMENTOS (Si necesita más espacio por favor pida una hoja extra) **NINGUNO**

Nombre del Medicamento	Dosis	¿Cuántas veces al día?	Fecha de Inicio	Recetado por
METFORMINA	500 MG	UNA VEZ AL DÍA	DICIEMBRE 2016	DR. ALEX ZAMORANO

ALERGIAS (circule y explique tipo de reacción abajo): Medicamento, Productos Domésticos, Animales, Ambientales

RINITIS ALERGICA

MASCOTAS

HISTORIA MEDICA PASADA (por favor todos los que apliquen y año de inicio) **NINGUNO**

Date	Problema Medico	Fecha	Problema Medico	Fecha	Problema Medico
X	Problema de Drogas /Alcohol	2000	Enfermedad de Crohn	/	Enfermedad de Intestino Irritable /

/	Alergias /Fiebre del Heno	/	ACV /Derrame Cerebral	/	Problemas Hepáticos
/	Artritis	/	Depresión	/	Dolor de Cabeza por Migraña
/	Problemas de Asma /Pulmón	X	Diabetes	/	SARM /ERV
/	Fibrilación Atrial	/	ERGE (Reflujo Estomacal)	X	Osteoporosis
ITU	Infección de vejiga / renal y piedras	X	Glaucoma	/	Convulsiones
/	Hemorragia /Coagulación	/	Cardiopatía /Ataque Cardíaco	/	Enfermedades de Transmisión Sexual
/	Transfusión sanguínea	/	Hepatitis C	/	Enfermedad de la Tiroides
/	Cáncer: _____	/	Alta Presión Sanguínea	/	Tuberculosis
/	EPOC	/	Colesterol Alto	/	Otro:
/	Enfermedad de Arteria Coronaria	/	Alto nivel de Lípidos	/	Otro:

Información de historia medica pasada adicional:

HISTORIA PASADA DE CIRUGIAS /HOSPITALIZACIONES (toda cirugía u hospitalizaciones con las fechas) NINGUNO

Fecha	Cirugía /hospitalización	Fecha	Cirugía /hospitalización
2013	APENDISECTOMÍA		

Información pasada sobre cirugías adicional: SEPTICEMIA POR MAL CUIDADO DE LA HERIDA

HISTORIA MEDICA FAMILIAR No historia familiar relevante

Problema Medico	Parentesco	Edad al inicio o al morir	Problema Medico	Parentesco	Edad al inicio o al morir	Problema Medico	Parentesco	Edad al inicio o al morir
Alcohol /Drogas	MADRE	25 SÑOS	Diabetes	PADRE	30 AÑOS	Enfermedad Mental	/	/
Alergias	MADRE	10 AÑOS	Estomago /intestino	/	/	Migraña	/	/
Alzheimer	/	/	Vejiga /Riñón	/	/	Problema Pulmonar	/	/
Anestesia	/	/	Corazón	/	/	Derrame Cerebral	/	/
Artritis	/	/	Presión Sanguínea	/	/	Tiroides	/	/

Asma	/	/	Colesterol	X		Cáncer	/	/
Enfermedad Hematológica	/		Otro	/		Otro	/	/

Información de Historia Familiar adicional

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

Uso de Tabaco

- Nadie en Casa**
- Dejó el Hábito: cajetillas /día _____ años que fumó: _____ fecha en que dejó el hábito: _____ tipo de tabaco: _____
- Fumador : cajetillas /día _____; fecha de inicio: _____ tipo de tabaco: _____
- Humo de segunda mano (¿quién fuma en el hogar?) **REFIERE QUE SU PAPÁ ERA FUMADOR**

Uso de alcohol (un trago contiene 0.5 oz. de alcohol): (respuesta para hijos mayores de 12 años)

- No
- Si**: Tragos(s) por semana: **10-15/SEMANA** tipo de alcohol **ETANOL**

Abuso de sustancias prohibidas

- Si Tipo _____ Cantidad _____ ¿Con que frecuencia? _____
- No**

Nutrición y Actividades

- Cafeína (café, té, soda): **si** **No**, si respuesta es positiva, ¿cuánto por día? : **2 TAZAS**
- Dieta Buena Normal Mala Vegetariana Vegana
- Ejercicio: tipos: **CAMINATA** min. por día: **20 MINUTOS**; veces por semana: **3 DIAS**

Necesidades Sociales y Especiales

- ¿Siente seguridad al estar en casa? **si** / no
- Tiene necesidades de comunicación que afectan su cuidado medico: sí / no si su respuesta es positiva, explique: **NO CUENTA CON TELEFONO DE CASA E INTERNET**

Obstetricia (para mujeres)

¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ edad del primer embarazo _____
 Número de embarazos completos (>37 semanas) _____ No. de partos pretérmino (< 37 semanas) _____

No. de abortos espontáneos: _____ No. de abortos _____ No. de embarazos ectópicos _____
 No. de embarazos múltiples _____ Numero de hijos vivos _____

Mantenimiento de la Asistencia Sanitaria (por favor anote las fechas; también escriba **N** para "normal" o **AN** para "anormal"):

Ultimo examen físico **AN** _____ Ultimo examen dental **2015** _____ Ultimo examen de la vista **2019** _____

Vacunas hasta la fecha **ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO** _____

Ultimo Papanicolaou (mujer) _____ Ultimo mamograma (mujer) _____

Ultima colonoscopia _____ Ultimo perfil de Lípidos **AN** _____

Ultimo DMO (Densidad Ósea) **2022** _____ Ultimo chequeo del azúcar en ayunas **AN** _____

Ultima Hemoglobina A1c (Análisis de Diabetes) _____

**Formulario llenado por: DIEGO LISANDRO GOMEZ
TOVAR SEXTO A.**

