



**Universidad del sureste carrera de medicina
humana, campus Comitán, Chiapas.**

Geriatría

DOCENTE: LOPEZ RAMIREZ KEVIN ESTEBAN

Historia clínica del adulto mayor

Grado: 6to. Grupo: A.

Irvin Uriel Solis Pineda

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 **ALVARADO SOLIS** _____ **NOMBRE(S)** **MISAEL** _____

FECHA DE NACIMIENTO **29/07/1957** _____ **IDIOMA PRIMARIO** **ESPAÑOL** **MASCULINO**
/FEMENINO _____

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

Nombre de la Condición	Fecha de Inicio	Información adicional
hipertensión	24 años	
Trombosis Venosa Profunda	27 años	

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

Nombre del Medicamento	Dosis	¿Cuántas veces al día?	Fecha de Inicio	Recetado por
Diclofenaco		2 veces al día	Sin fecha	Automedicación

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

Negadas, sin presencia de alergias.

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	12/09/70	Enfermedad de Crohn		Enfermedad de Intestino Irritable

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

Información de historia medica pasada adicional:

Acudió a centro médico por lesión debido a traumatismo

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

Fecha	Cirugía /hospitalización	Fecha	Cirugía /hospitalización
11/04/12	Hospitalización		

Información pasada sobre cirugías adicional:

Hospitalización por traumatismo debido a un atropellamiento bajo estado étlico

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	X		Diabetes	X		Enfermedad Mental	X	
Alergias			Estomago /intestino			Migraña	X	
Alzheimer			Vejiga /Riñón			Problema Pulmonar	X	
Anestesia			Corazón	X		Derrame Cerebral		
Artritis	X		Presión Sanguínea	X		Tiroides		

Asma		Colesterol	X	Cáncer	
Enfermedad Hematológica		Otro		Otro	

Información de Historia Familiar adicional

AMBOS PADRES PRESENTAN ENFERMEDADES CORONARIAS DEBIDO A LA HIPERTENSION ARTERIAL Y UN MAL ESTILO DE VIDA

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?) _____

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

- No
- Si: Tragos(s) por semana:** _____ tipo de alcohol **CERVEZAS** _____

Abuso de sustancias prohibidas

- Si Tipo **Marihuana** Cantidad **Desconocida** ¿Con que frecuencia? **4 veces por semana**
- No

Nutrición y Actividades

- Cafeína** (café, té, soda): si no, si respuesta es positiva, ¿cuánto por día? : **Toda la semana**
- Dieta Buena Normal Mala Vegetariana Vegana
- Ejercicio: tipos: **Ninguno** min. por día: _____; veces por semana: _____

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: _____

Obstetricia (para mujeres)

¿Cuántos embarazos ha tenido? **Ninguno** edad del primer embarazo _____
 Numero 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 **Hace 10 años** Ultimo examen dental **Ninguno**

Vacunas hasta la fecha **No cuenta con esquema de vacunación, esquema incompleto**

Ultimo Papanicolaou (mujer) _____ Ultimo mamograma (mujer) _____
 Ultima colonoscopia _____ Ultimo perfil de Lípidos _____
 Ultimo DMO (Densidad Ósea) _____ Ultimo chequeo del azúcar en ayunas _____
 Ultima Hemoglobina A1c (Análisis de Diabetes) _____

Formulario llenado por **IRVIN URIEL SOLIS PINEDA**

Fecha **12/02/2022**