

Historia Clínica

1.- Ficha de identificación

NOMBRE: Limberg Emanuel Altuzar López EDAD: 19 años
SEXO: (F) (M) NACIONALIDAD: mexicana EDO. CIVIL: Soltero
OCUPACIÓN: Estudiante ORIGEN: Desconoce
RESIDENCIA: Comitán de Domínguez TELÉFONO: 963-265-4905
TIPO SANGUINEO: O+ DOMICILIO: Esthela Morales Manzana #2 Lote #24
CONTACTO DE EMERGENCIA: 963-147 0237 RELIGIÓN: Cristiana

2.- Signos vitales

TEMPERATURA: 37 C° PESO: 82.300 Kg TALLA: 1.76 M
FRECUENCIA CARDIACA: 70 lpm PRESIÓN: 120/80

Antecedentes

3.- Heredofamiliares

(padres, hermanos, abuelos, tíos)

TUBERCULOSIS	NEFROPATIAS
DIABETES MELLITUS <u>El paciente refiere a sus dos abuelas con diabetes mellitus tipo II.</u>	CHAGAS
HIPERTENSIÓN	ENFERMEDADES ENDOCRINAS
CARDIOPATIAS	HEPATITIS
CARCINOMAS	ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS
SÍFILIS	EPATITIS
HEPATOPATÍAS	

OTROS: El paciente también refiere que tiene dos tías con enfermedades específicas, una de ellas padece cancer de mama, mientras que la otra de ellas padece síndrome de Sjögren.

4.- Personales Patológicos

POSIBLES ENFERMEDADES DE INTERES	SI	NO	DETALLES
DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>Refiere a tener diabetes mellitus tipo I, con insulinodependencia, usando 20 unidades de insulina glargina diaria.</u>
HIPERTENSIÓN		<input checked="" type="checkbox"/>	
CARDIOPATÍAS		<input checked="" type="checkbox"/>	
TUBERCULOSIS		<input checked="" type="checkbox"/>	
HEPATITIS		<input checked="" type="checkbox"/>	
PALUDISMO		<input checked="" type="checkbox"/>	
CHAGAS		<input checked="" type="checkbox"/>	
BRUCELOSIS		<input checked="" type="checkbox"/>	
PROSTATITIS		<input checked="" type="checkbox"/>	
VIH		<input checked="" type="checkbox"/>	

OTROS: Preguntado y negado algún tipo de enfermedad que no se especifica en la tabla anterior.

ACTIVIDADES RECIENTES DE INTERES	SI	NO	DETALLES
CONSUMO DE FARMACOS	<input checked="" type="checkbox"/>		Insulina glargina 20 unidades diarias y metformina 1000 mg
PERFORACIONES RECIENTES		<input checked="" type="checkbox"/>	
TATUAJES RECIENTES		<input checked="" type="checkbox"/>	
RELACIONES SEXUALES		<input checked="" type="checkbox"/>	
DONACIÓN SANGUINEA		<input checked="" type="checkbox"/>	
TRANSFUSIÓN SANGUINEA		<input checked="" type="checkbox"/>	

OTRO: Preguntados y negados algún otro tipo de actividades recientes de interés

5.- Gineco - Obstétricos

- **NO APLICA**

MENARCA: ____ GESTAS: ____ PARTOS: ____ CESARIAS: ____ ABORTOS: ____

FECHA DE ULTIMO PERÍODO: ____ FRECUENCIA: ____

LACTANCIA: (SI) (NO) [TIEMPO]: ____ UFC: ____

MÉTODO ANTICONCEPTIVO: (SI) (NO) [CUAL]: ____

6.- Toxicológicos

TABAQUISMO: (SI) () FRECUENCIA: ____

ALCOHOL: (SI) () FRECUENCIA: ____

OTRAS SUSTANCIAS: (SI) () TIPO: ____ FRECUENCIA: ____

7.- Antecedentes Personales Patológicos

QUIRÚRGICOS (TIPO Y FECHA): Preguntado y negado

TRAUMATICOS (TIPO Y FECHA): Preguntado y negado

TRANSFUSIONES (FECHA Y QUÉ): Preguntado y negado

ALERGIAS / HIPERSENSIBILIDAD: Preguntado y negado

INMUNIZACIONES BÁSICAS (FECHA Y TIPO): Preguntado y negado

DONADOR SANGUINEO: () (NO)

TIPO DE DONACIÓN: Altruista