



UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
CAMPUS COMITÁN  
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA



## Historia Clínica

# Propedéutica, Semiología y Diagnóstico

Llenifer Yaquelin Garcia Diaz

“4” “C”

PASIÓN POR EDUCAR

## Dr. Osmar Emmanuelle Vazquez Mijangos

Comitán de Domínguez Chiapas a 19 de marzo de 2023.

---

---

---

## **Introducción**

La historia clínica es un documento de suma importancia en el área de salud, ya que en esta se encuentra descrito los antecedentes personales de importancia de la persona que requiera los servicios de salud, debido a que se expone a la brevedad el estado de salud del paciente tanto física, Mental y social; esto es un instrumento que será elaborado principalmente por el personal médico seguido de los demás profesionales del área de salud con la finalidad de brindarle una protección al paciente.

Además de los datos personales, se requieren otros de instrumentos ópticos, imagenológicos, electromagnéticos y escritos, los cuales completaran como tal el expediente clínico del paciente. La historia clínica se divide en Antecedentes heredo-familiares, Antecedentes personales patológicos, Antecedentes personales no patológicos, antecedentes gineco-obstétricos(en caso del paciente sea del sexo masculino, este apartado se enfoca en el aparato genito-urinario), padecimiento actual( se describe el inicio del cuadro clínico así como la evolución de la misma ), interrogatorio por aparatos y sistemas( donde el paciente expresa sus síntomas), ficha clínica donde se expresa los signos vitales y se realiza la exploración física por aparatos y sistemas ; estudios de imagen y análisis clínicos previos los cuales comprueban el diagnóstico del paciente, para finalizar la historia clínica cuenta de los probables diagnóstico, terapia inicial y la condición/ pronóstico. Todo lo antes mencionado se expresa en lo siguiente:

Nombre del profesional de salud que presenta: Llenifer Yaquelin García Díaz\_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA

Fecha valoración: 18/03/2022

### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre de paciente: Galia Madeline Morales Irecta

Número de identificación: 00557 Fecha de nacimiento  
14/04/2002

Edad: 19 años

Entidad de nacimiento: Comitán de Domínguez Chiapas Estado civil: Soltero

Escolaridad: Nivel Superior Ocupación: Estudiante

Derechohabiencia ninguno Caso nuevo o seguimiento: Caso nuevo

Religión: católico

¿Pertenece a algún pueblo indígena? No\_\_¿Habla lengua indígena?\_No\_¿Cual lengua indígena habla? ninguna

### II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Diabetes, ¿Quién? Abuela Materna \_\_\_\_\_

Nefropatías, ¿Quién? Sin antecedentes

Hipertensión Arterial, ¿Quién? Padre , Abuelo paterno \_\_\_\_\_

Malformaciones Sin antecedentes

Cáncer, ¿Quién? Sin antecedentes

Tipo \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Cardiópatas, ¿Quién? Sin antecedentes

### III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Tabaquismo Sí  No  ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ x día, Años de Consumo ó Exposición \_\_\_\_\_,

Exfumador Sí  No

Fumador Pasivo Sí  No  Alcohol Sí  No  \_\_\_\_\_ mLs x semana, Años de consumo \_\_\_\_\_

Ex - alcohólico y/o Ocasional Sí  No  , Alergias Sí  No  Especificar \_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo \_\_A\_\_ Rh \_\_+\_ Se Desconoce , Vivienda con Servicios Básicos: Si   
No  Otros: \_\_\_\_\_ Farmacodependencia, Si   
No  Años de Consumo \_\_\_\_\_

#### IV. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

Menarca \_14\_ años de edad, Ciclos Regulares Si  No  Ritmo \_\_\_\_\_ x\_\_\_\_\_,  
Fecha Ultima Menstruación 16/02/2023, Polimenorrea Si  No  Hipermenorrea Si  
No   
Dismenorrea, Si  No  Incapacitante, Si  No , IVSA \_19\_ años No. Parejas  
Sexuales \_1\_, G \_0\_, P \_0\_,  
A \_0\_, C \_0\_, Fecha de Ultima Citología (PAP) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,  
Resultado \_\_\_\_\_, Método de Planificación  
Actual \_\_\_\_\_

#### V. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedades de la Infancia: Sin antecedentes

Secuelas

Hospitalizaciones Previas  Si  No Especificar: \_\_\_\_\_

Antecedentes Quirúrgicos Si  No , Especificar: \_\_\_\_\_

Transfusiones Previas Si  No  Especificar \_\_\_\_\_

Fracturas, Si  No , Especificar \_\_\_\_\_

Traumatismo, Si  No , Especificar \_\_\_\_\_

Otra Enfermedad, Si  No  Especificar \_\_\_\_\_

#### VI. MOTIVO DE INGRESO

1. \_\_\_\_\_ Paciente Refiere que tiene malestar general, hace unos días iniciar con dolor de garganta recurrente y rinorrea dice haber tenido una temperatura de 38° \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VII. PRINCIPIO Y EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO ACTUAL

El paciente refiere que inicia con rinorrea hace 4 días, al tercer día inicia con dolor de garganta y tos purulenta con una temperatura de 38 grados

VIII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Respiratorio /Cardiovascular: refiere dolor en la garganta y dificultad al hablar y tragar

Digestivo: Sin antecedentes patológicos

Endocrino: Sin antecedentes patológicos

Musculo-Esquelético: Paciente muestra fatiga al caminar y hablar

Genito-Urinario sin antecedentes patológico

Hematopoyético - Linfático Sin antecedentes patológicos

Piel y Anexos: Sin antecedentes patológicos

Neurológico y Psiquiátrico Sin antecedentes

Medicamentos Actuales, Si No

Table with 8 columns: Nombre comercial, Principio activo, Presentación (mg,UI), Dosis (mg), Vía, Frecuencia, Fecha, última administración, Hora d admini

IX. FICHA CLÍNICA

TA. 120/80 mmHg. FC/Pulso 82 x min. FR 18 x min. Temp. 38 °C

Peso 75 Kg. Talla 1.64 mts.

Habitus Exterior: Se observa con somnolencia

Piel y Anexos Integro

Cabeza y Cuello Cuello presenta inflamacion

Tórax: Se escucha ruido al inhalar y exhalar en  
forma de ronquidos

Abdomen: Integro

Genitales: integros

Extremidades: sin alteraciones patológicas

Sistema Nervioso: Integro

## X. ESTUDIO DE IMAGEN/ EXÁMENES DE LABORATORIO PREVIOS A SU INGRESO

Sin análisis clínicos previos

## XI. ANÁLISIS, INTEGRACIÓN Y TERAPÉUTICA

Probables Diagnósticos:

1. Cuadro Gripal

2.

Plan de Estudio:

1. Clínico

2.

Terapéutica Inicial:

1. Ambroxol 5ml cada 8 horas por 4 días

## XII. Observaciones y/o Comentarios Finales

El paciente muestra un cuadro de gripe común

Estado: \_\_\_\_\_  
Jurisdicción \_\_\_\_\_  
Unidad de salud: \_\_\_\_\_

---

Condición:

Paciente cooperativo, con condición regular \_\_\_\_\_

Pronóstico:

Buen pronóstico de recuperación \_\_\_\_\_

Basado en la NOM-004-SA-2012

### **Conclusión:**

La historia clínica o expediente clínico será una herramienta indispensable en la vida diaria del médico, ya que por medio de esta se sustenta lo dicho en la consulta médica. Todos los elementos de la historia clínica desglosan con mucha precisión los datos requeridos con la finalidad de obtener un buen diagnóstico y acercarse al paciente generando confianza para la comodidad del paciente. Dentro de los más relevante se encuentra los signo vitales que informaran sobre el estado de salud actual del paciente, así como también la exploración física por aparatos y sistemas cuya finalidad es similar a los signos vitales.

### **Bibliografía:**

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL SECRETARIA DE SALUD Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; 2012. D: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/629875/NOM-004-SSA3-EXPEDIENTE-CLINICO.pdf>