



**Mi Universidad**

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
CAMPUS COMITÁN**



**LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA**

**Historia Clínica**

**Semiología**

**Wilder Bossuet Ramírez Vázquez**

**4 "C"**

**Docente: Osmar Emmanuelle Vázquez Mijangos**

Nombre del profesional de salud que presenta: Ángel Diego de la Cruz Abarca

## HISTORIA CLÍNICA

Fecha valoración: 19/03/2023

### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Número de identificación: 00558

Fecha de nacimiento 28/02/2003

Edad: 20 años

Nombre: Wilder Bossuet Ramírez Vázquez

Sexo: Masculino

Entidad de nacimiento: Tuxtla Gutiérrez Chiapas

Estado civil: Soltero

Escolaridad: Universidad

Ocupación: Estudiante

Derechohabencia \_\_\_\_\_

Caso nuevo o seguimiento: Caso Nuevo

Religión: Católica

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

### II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Diabetes, ¿Quién? Línea paterna (Abuelos)

Nefropatías, ¿Quién? Sin Antecedentes

Hipertensión Arterial, ¿Quién? Línea materna y paterna (abuelos)

Malformaciones Sin Antecedentes

Cáncer, ¿Quién? Sin Antecedentes

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

Tipo \_\_\_\_\_

Cardiópatas, ¿Quién? Sin antecedentes

Otros \_\_\_\_\_

### III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Tabaquismo Si  No  ¿Cuántos? 5 x día, Años de Consumo ó Exposición \_\_\_\_\_, Exfumador Si  No

Fumador Pasivo Si  No  Alcohol Si  No  10 Ls x semana, Años de consumo \_\_\_\_\_

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

Tipo Sanguíneo O Rh + Se Desconoce \_\_\_\_\_, Vivienda con Servicios Básicos: Si  No

Otros: \_\_\_\_\_ Farmacodependencia, Si  No  Años de Consumo \_\_\_\_\_

### IV. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

Menarca \_\_\_\_\_ años de edad, Ciclos Regulares Si  No  Ritmo \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_,

Fecha Ultima Menstruación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Polimenorrea Si  No  Hipermenorrea Si  No

Dismenorrea, Si  No  Incapacitante Si  No  , IVSA \_\_\_\_\_ años No. Parejas Sexuales \_\_\_\_\_, G \_\_\_\_\_, P \_\_\_\_\_,

A \_\_\_\_\_, C \_\_\_\_\_, Fecha de Ultima Citología (PAP) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Resultado \_\_\_\_\_, Método de Planificación Actual \_\_\_\_\_

## V. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedades de la Infancia\_\_Preguntados y negados\_\_\_\_\_

Secuelas \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Basado en la NOM-004-SSA-2012

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

## VI. MOTIVO DE INGRESO

1. **Paciente refiere haber comenzado con sintomatología hace dos días con malestar general, cefalea, escurrimiento nasal, fiebre**
2. \_\_\_\_\_

## VII. PRINCIPIO Y EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO ACTUAL

El día 19 de marzo del presente año paciente del sexo masculino acude a consulta por presentar sintomatología dos días anteriores con cuadro gripal, al momento de presentarse a consulta permanece la fiebre y cefalea.

## VIII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Respiratorio /Cardiovascular: **Obstrucción en las vías respiratorias altas debido al congestionamiento nasal, además de presentar irritación a nivel de la faringe**

Digestivo: **Sin antecedentes**

Endocrino: **Sin Antecedentes**

Musculo-Esquelético: **Artralgia y mialgia**

Genito-Urinario **Sin complicaciones medicas**

Hematopoyético – Linfático **Sin Antecedentes**

Piel y Anexos: **Sin Antecedentes**

Neurológico y Psiquiátrico Sin antecedentes

---

Medicamentos Actuales, Si  No

### IX. FICHA CLÍNICA

TA. 120/80 mmHg. FC/Pulso 80 x min. FR 20 x min. Temp. 38 °C Peso 85 Kg. Talla 1.70 mts.

Piel y Anexos: Íntegros

Cabeza y Cuello Íntegros

Tórax: Íntegros

Abdomen: Integro sin complicaciones

Genitales: Integros a la edad

---

Extremidades: sin Complicaciones

---

Sistema Nervioso: Integro

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

Sin estudios de laboratorio previos

### XI. ANÁLISIS, INTEGRACIÓN Y TERAPÉUTICA

Probables Diagnósticos:

1. Cuadro gripal de resfriado común

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

Plan de Estudio:

1. Clínico

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

Terapéutica Inicial:

Paracetamol 60 mg/kg cada 6 horas durante 2 días, Loratadina con ambroxol suspensión vía oral 10 ml cada 8 horas durante 5 días.

XII. Observaciones y/o Comentarios Finales

Paciente integro con complicaciones de cuadro gripal común sin alteraciones físicas ni psicológicas.

Pronóstico:

Paciente con buen pronostico de recuperación.

