

Andrea Díaz Santiago

Dulce Mirely Torres Narvaez

Dr. Osmar Emannuelle Vázquez Mijangos

**Propedéutica, Semiología y Diagnostico
Físico**

Historia clínica

4° "C"

Introducción

La historia clínica es parte fundamental para el médico y para el paciente, es un documento de suma importancia en el cual toda la información del paciente debe ser desglosada como también antecedentes de salud pertenecientes, esta debe de ser única, e integrada, se debe de realizar con datos reales para poder hacer bien un diagnóstico, debe de ser en orden y es un formato en el cual el profesional en la salud le servirá para tener un respaldo para cualquier inconveniente que se le presente, esta debe de guardarse como máximo 5 años atrás.

La historia clínica con todos sus documentos tiene carácter confidencial, debe ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento y con letra legible.

Estado: _____

Jurisdicción _____

Unidad de salud: _____

Nombre del profesional de salud que presenta: Andrea Díaz Santiago

HISTORIA CLÍNICA

Fecha valoración: 19/03/2023

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre de identificación: Dulce Mirely Torres Narvaez Fecha de nacimiento 29/06/2003
Edad: 19 años

Entidad de nacimiento: Macuspana, Tabasco Estado civil: Soltera

Escolaridad: Cursando nivel superior Ocupación: Estudiante

Derechohabiencia: Si Caso nuevo o seguimiento: Chequeo médico de rutina

Religión: Cristiana

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

II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Diabetes, ¿Quién? Si, abuela materna diabética desde hace 35 años Nefropatías, ¿Quién? No

Hipertensión Arterial, ¿Quién? Si, mamá desde hace 2 años Tipo _____

Cáncer, ¿Quién? Nadie Tipo: _____
Otros Abuela paterna presenta aterosclerosis, migraña e histerectomía completa, abuelo materno con alzhéimer, hermana presenta epilepsia, labio y paladar hendido.

Cardiópatas, ¿Quién? Si, abuelo materno y paterno.

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Tabaquismo Si No ¿Cuántos? x día, Años de Consumo _____, Exfumador Si No

Fumador Pasivo Si No Alcohol Si No _____ mLs x semana, Años de consumo _____

Ex alcohólico y/o Ocasional Si No , Alergias Si No Especificar Al polvo, cambios climáticos, medicamento cftriaxona a dosis altas

Tipo Sanguíneo O Rh Positivo Se Desconoce Vivienda con Servicios Básicos: Si No

Otros: zoonosis: cuenta con 2 loros y 1 perro Farmacodependencia, Si No Años de Consumo _____

IV. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

Menarca 13 años de edad, Ciclos Regulares Si No Ritmo 21 días x 4 días de sangrado

Fecha Última Menstruación 12/03/2023, Polimenorrea Si No Hipermenorrea Si No

Dismenorrea, Si No Incapacitante, Si No IVSA _____ años No. Parejas Sexuales 1 G 0, P 0, A 0, C 0, Fecha de Última Citología (PAP) 12/06/2022, Resultado negativo, Método de

Planificación Actual _____

Estado: _____
Jurisdicción _____
Unidad de salud: _____

V. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedades de la Infancia: Ninguna

Secuelas: Ninguna

Hospitalizaciones Previas Si No

Especificar _____

Antecedentes Quirúrgicos Si No

Especificar _____

Transfusiones Previas, Si No

Especificar _____

Fracturas, Sí No

Especificar _____

Traumatismo, Si No

Especificar _____

Otra Enfermedad, Si NO

Especificar enfermedades ópticas como astigmatismo y miopía

VI. MOTIVO DE INGRESO

1. Chequeo médico de rutina

VII. PRINCIPIO Y EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO ACTUAL

- Chequeo médico de rutina

VIII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Respiratorio /Cardiovascular:

¿Presenta dificultad para respirar? NO

¿Presenta tos a menudo? NO

¿Presenta hemoptisis (tos con sangre)? NO

Digestivo:

¿Cuál es su alimentación diaria mayormente? Siempre trato de tener una dieta balanceada

¿Alguna vez ha presentado dificultad para digerir alimentos (disfagia)? NO

¿Después de comer no le duele el estómago? Si

¿Cuántas veces al día hace evacuaciones? 3

Estado: _____

Jurisdicción _____

Unidad de salud: _____

Endocrino:

¿Usted es intolerante al frío? NO

¿Usted es intolerante al calor? NO

¿Tiene problemas para dormir Insomnio etc.? NO

¿Presenta piel reseca? A veces cuando no consumo agua suficiente

Musculo-Esquelético:

¿Ha presentado mialgias (dolor de huesos)? NO

¿Ha presentado artralgias (dolor en articulaciones)? NO

Genito-Urinario

¿Al orinar presenta ardor o molestia (disuria)? No

¿Alguna vez ha orinado con sangre (hematuria)? No

¿De qué color es su pipi? Amarillo claro/Normal.

Neurológico y Psiquiátrico

¿Presenta dolores de cabeza comúnmente? NO

¿Presenta mareos frecuentemente? NO

¿En los últimos días ha presentado desmayos? No

Medicamentos Actuales, Si No

Nombre comercial	Principio activo	Presentación (mg,UI)	Dosis (mg)	Vía	Frecuencia	Fecha, última administración	Hora de última administración

Estado: _____
Jurisdicción _____
Unidad de salud: _____

IX. FICHA CLÍNICA

PA: 120/ 80 mmHg. **FC/Pulso:** 60/100 latidos x min **FR:** 18x min. **Temp.** 37°C

Peso: 62 Kg. **Talla:** 1.60 mts.

1.- Inspección general

El paciente presenta postura normal adecuada, no presenta nerviosismo, habla en perfecto estado.

2.- Cabeza

Presenta cráneo de tamaño normal, índice cefálico normal, altura normal a su peso, implantación de cabello normal (café oscuro), surcos de la frente, mejillas, mentón normal, ojos (café oscuros), pestañas y cejas abundantes y orejas con implantación normal.

3.- Cuello

Cuello de tamaño delgado/largo, latidos visibles, aumento de volumen localizado, movimientos normales, flexión normal e igual rotación

4.- Tórax

Tipo normal con palpación normal.

5.- Abdomen

Piel normal, volumen normal, movimientos abdominales normales en relación con la respiración y latidos aórticos visibles.

6.- Genitales

Todo se encontró normal

7.- Sistema locomotor

Todo se encontró normal

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

Ninguno

XI. ANÁLISIS, INTEGRACIÓN Y TERAPÉUTICA

Probables Diagnósticos:

Paciente se encuentra en perfecto estado.

XII. Observaciones y/o Comentarios Finales

Paciente se encuentra en perfecto estado.

Condición:

Estado: _____

Jurisdicción _____

Unidad de salud: _____

Paciente se encuentra en perfecto estado.

Pronóstico: -----

Basado en la NOM-004-SA-2012

Conclusión

Como conclusión tenemos que la historia clínica es de suma importancia dada que es una forma de conocer al paciente esto se maneja de manera ética y responsable ya que al momento de que el paciente se expresa antes nosotros, nos está dando la confianza para poder llevar sus padecimientos. Esta es una forma de relación médico-paciente, debe de tratarse de la mejor manera posible, con honestidad, confiabilidad y ética.

Esto nos sirve para poder conocer cada detalle de los padecimientos por el que el paciente ha presentado y los actuales, para que de tal forma se le pueda dar seguimiento con tratamiento a la patología que padezca.

Bibliografía

DOF - Diario Oficial de la Federación. (s/f). Gob.mx. Recuperado el 20 de marzo de 2023, de https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico. México: Diario Oficial de la Federación; 15-10-2012.