



Mi Universidad

HISTORIA CLINICA

Nombre del Alumno: Jeferson Enrique Ogaldes Norio

Nombre del tema: Mi primera Historia Clinica

Parcial: 1er Parcial

Nombre de la Materia: Propedéutica, semiología y Diagnostico Físico

Nombre del profesor: Osmar Emmanuelle Vazquez Mijangos

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: 4

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se plasma una historia clínica realizada en actividades de clase, con el objetivo de poder aprender a como realizar una historia clínica, es decir poseer el conocimiento de que debe llevar cada apartado de este documento legal que se le realiza a cada paciente que acude a consulta a cualquier hospital. Entonces la historia clínica será aquel documento legal de la rama médica que tiene sus bases desde el primer contacto entre el paciente y algún personal de salud, donde se plasman todos los datos del paciente evaluado desde sus datos básicos como nombre edad, sexo, religión, lugar de nacimiento, etc. Al igual que datos como su padecimiento actual, alguna intervención quirúrgica, alguna enfermedad existente entre, muchos datos que a continuación se plasmaran.

Por lo que la historia clínica debe ser un documento único, integrado y acumulativo para cada paciente en el hospital, debiendo existir un sistema eficaz de recuperación de la información clínica. Teniendo como principal función una asistencia personal a cada paciente que permite la atención continuada a los pacientes por equipos distintos. Otras funciones son: la docencia, el permitir la realización de estudios de investigación y epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial, la planificación y gestión sanitaria y su utilización en casos legales en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera. Es por ello que es muy importante llenar la historia clínica de manera adecuada sin borrones, tachaduras o enmendaduras ya que en casos de que exista algún acto legal en contra de algún personal sanitario o la misma institución sanitaria, la historia clínica va a ser aquel documento legal que nos avale que procedimientos se le realizaron al paciente y en que tiempo y de que manera.

Estado: Chiapas
Jurisdicción # 3
Unidad de salud: Centro de Salud de Comitán

Nombre del profesional de salud que presenta: **Dr. Jeferson Enrique Ogaldes Norio**

HISTORIA CLÍNICA

Fecha valoración: 19/03/2023

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Número de identificación: 023452158 **Nombre:** Martin Mar Calderón **Fecha de nacimiento:** 27/07/2003 **Edad:** 19 años
Entidad de nacimiento: Comitán de Domínguez, Chiapas **Estado civil:** Soltero **Sexo:** Masculino
Escolaridad: Licenciatura **Ocupación:** Estudiante **Domicilio:** Colonia el Valle **Nivel Socio-económico:** Medio bajo
Derechohabiencia: ISSPAN **Caso nuevo o seguimiento:** Nuevo **Idioma:** Español **Grupo Étnico:** Ninguno
Religión: Católica **Nacionalidad:** mexicano **¿Alguna Discapacidad?:** Ninguna **Teléfono:** 963-265-9261
¿Habla lengua indígena?: No **¿Cual lengua indígena habla?:** Ninguna

II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Diabetes, ¿Quién?: Refiere Abuela paterna y abuelo paterno no finados sin tratamiento, solo uso de plantas medicinales como linaza
Hipertensión Arterial, ¿Quién? Refiere abuelo paterno no finado, con tratamiento de losartan
Cáncer, ¿Quién? Preguntados y negados
Cardiopatías, ¿Quién? Refiere tío materno no finado con Miocardiopatía hipertrófica en tratamiento con metoprolol

Nefropatías, ¿Quién? Preguntados y negados
Malformaciones: Refiere no contar con algún familiar que tenga malformaciones
¿Trastornos psiquiátricos?: Refiere abuelo paterno con la enfermedad de Parkinson, en tratamiento con medicamentos dopaminérgicos
Otros: Refiere no contar con ningún antecedente familiar como, tuberculosis, neoplasias, hepatopatías, enfermedades endocrinas, enfermedades genéticas, resto preguntados y negados

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Tabaquismo Sí No **¿Cuántos?** 1 a 5 x Semana, **Años de Consumo ó Exposición:** 2 años, **Exfumador** Sí No
Fumador Pasivo Sí No **Alcohol:** Sí No 3 a 4 latas x semana, **Años de consumo:** 2 años
Ex - alcohólico y/o Ocasional Sí No **Alergias** Sí No Especificar: Refiere Alérgico al aguacate y no contar con ninguna alegría más ya sea a medicamentos o a algún producto en específico
Tipo Sanguíneo __A__ Rh __+_ Se Desconoce , **Vivienda con Servicios Básicos:** Sí No
Otros: Paciente refiere contar con casa propia de materiales duraderos, como lo son piso de cerámica, paredes de concreto, techo de lámina, cuenta con dos habitaciones, viven 4 personas en la casa, un baño, refiere no contar con animales domésticos, no hay hacinamiento, presenta buena higiene. **Farmacodependencia,** Sí No
____ Años de Consumo: Ninguno

IV. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS: NO APLICA

Menarca ____ años de edad, Ciclos Regulares Sí No Ritmo ____ x ____
Fecha Ultima Menstruación __/__/__, Polimenorrea Sí No Hipermenorrea Sí No
Dismenorrea, Sí No Incapacitante, Sí No , IVSA ____ años No. Parejas Sexuales ____, G ____, P ____,
A ____, C ____, Fecha de Ultima Citología (PAP) __/__/__, Resultado ____, Método de

Estado: Chiapas
Jurisdicción # 3
Unidad de salud: Centro de Salud de Comitán

Planificación Actual _____

V. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedades de la Infancia: Paciente refiere haber padecido infecciones de la garganta e infecciones de las vías urinarias

Secuelas: Refiere que no tiene secuelas

Hospitalizaciones Previas Si No Especificar: Preguntados y negados _____

Antecedentes Quirúrgicos Si No , Especificar: Preguntados y negados _____

Transfusiones Previas, Si No , Especificar: Preguntados y negados _____

Fracturas, Si No Especificar: Preguntados y negados _____

Traumatismo, Si No , Especificar: Preguntados y negados _____

Basado en la NOM-004-SSA-2012

Otra Enfermedad, Si No Especificar: Preguntados y negados _____

VI. MOTIVO DE INGRESO

1. Paciente que acude al servicio de consulta externa por presentar fiebre de 38°, cefalea intensa, mareos, escalofríos persistentes que hacen que el paciente se encuentre en un mal estado general

VII. PRINCIPIO Y EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente refiere haber iniciado con una leve fiebre el primer día no cuantificada, seguida de cefalea leve sin tratamiento, náuseas, vómitos, dolor muscular al siguiente día refiere haber presentado fiebre intensa no cuantificada acompañado de cefalea intensa, escalofríos, dolor retroorbital, dolor articular y mareos, nos dice haber tomado paracetamol que alivio los síntomas esporádicamente, al tercer día refiere haber presentado, los mismos síntomas del segundo día

VIII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Respiratorio /Cardiovascular: Paciente que refiere astenia y adinamia, no presenta dificultad respiratoria, no presenta tos productiva y tampoco tos seca, también hay ausencia de sibilancias y cianosis, no presenta hemoptisis demás preguntados y negados.

Digestivo: Paciente no presenta signos de anorexia, refiere presentar náuseas y vómitos, refiere ausencia de disfagia a la igual ausencia de pirosis, no presenta diarrea, al igual que hay ausencia de melena, demás preguntados y negados

Endocrino: Paciente que presenta bajo peso, no presenta intolerancia al frío o al calor, no refiere hipotiroidismo ni hipertiroidismo, temblor fino negado, refiere somnolencia ocasional, ausencia de resequead en la piel demás

Estado: Chiapas
Jurisdicción # 3
Unidad de salud: Centro de Salud de Comitán

preguntados y negados

Musculo-Esquelético: Paciente refiere presencia de mialgias y artralgias debido a la patología actual, refiere no padecer artritis, osteoporosis, demás datos sin relevancia clínica preguntados y negados

Genito-Urinario: Refiere no presentar disuria, polaquiuria, nicturia, tenesmo vesical, poliuria, hematuria y coluria, demás datos sin relevancia clínica preguntados y negados.

Hematopoyético – Linfático: Palidez y hemorragias negadas, preseta fiebre, sin adenopatías presentes, refiere no tener antecedentes de ningún tipo de anemia, sin antecedentes de leucemias linfocíticas como mieloblásticas

Piel y Anexos: Paciente que no presenta maculas ni pápulas, sin ninguna alteración aparente, ausencia de alteraciones de tegumentos, mucosas hidratadas, uñas sin alteraciones, cabello bien implantado con el grosor adecuado.

Neurológico y Psiquiátrico: Paciente que presenta cefaleas intensas, sin problemas en la coordinación, leves mareos, sin presencia de síncope, disestesias y parestesias, refiere no convulsiones, sin afecciones neurológicas de gravedad, facies de dolor, demás datos sin relevancia clínica preguntados y negados.

Medicamentos Actuales, Si No

Nombre comercial	Principio activo	Presentación (mg,UI)	Dosis (mg)	Vía	Frecuencia	Fecha, última administración	Hora de última administración
Paracetamol	Paracetamol	Mg	500mg	oral	2 veces al día	18/03/2023	7 pm

IX. FICHA CLÍNICA

TA. 135 / 80 mmHg. FC/Pulso 100 x min. FR 22 x min. Temp. 38 °C Peso 55 Kg. Talla 1.73 mts.

Habitus Exterior: Se presenta a consulta externa, caminado con un mal estado general, se le ve con facies de dolor, de edad aparentemente un adulto joven, aproximadamente 20 años, presenta cabello en buen estado, peinado, uñas cortadas y limpias, el estado de su piel es buena no presenta ninguna mancha o signos de deshidratación, la vestimenta con la que llega es limpia de buen aspecto, zapatos en buen estado actitud voluntaria con aparente molestias de dolor.

Piel y Anexos: Px normocéfalo, tamaño normal, simétrica, sin lesiones ni cicatrices en la piel, al palpar se confirma ninguna lesión o hundimiento

Estado: Chiapas

Jurisdicción # 3

Unidad de salud: Centro de Salud de Comitán

Cabeza y Cuello: Cilindrico simetrico sin presencia de lesiones dérmicas, alargado.

Tórax: Simétrico, con expansión pulmonar normal, costillas integras sin lesiones aparentes.

Abdomen: Simétrico sin distención, con coloración normal, sin dolor al tacto.

Genitales: Simétricos concordancia a la escala de Tanner en estadio 5

Extremidades: Presentes y sin alteraciones

Sistema Nervioso: Presenta un Glasgow de 14/15, con motilidad intacta, el paciente realiza actividades sin ayuda, presenta leves mareos, reflejos intactos

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

XI. ANÁLISIS, INTEGRACIÓN Y TERAPÉUTICA

Probables Diagnósticos:

1. _____
2. _____

Plan de Estudio:

1. _____
2. _____

Terapéutica Inicial:

1. _____
2. _____
3. _____

XII. Observaciones y/o Comentarios Finales

Estado: Chiapas

Jurisdicción # 3

Unidad de salud: Centro de Salud de Comitán

Condición:

Pronóstico:

Basado en la NOM-004-SA-2012

CONCLUSION

En conclusión, la historia clínica es funcional para aclarar todo aquello que le ha pasado al paciente ya sea desde que acudió al servicio médico o con anterioridad y todos los datos relevantes que nos permitan brindarle una atención de calidad y que no se comentan errores en su tratamiento. En otras palabras, la historia clínica desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención médica y es vital en la interrelación entre los diferentes niveles de atención. La misma refleja el resultado del trabajo del médico, la ejecución de la fase cognoscitiva de la relación médico-paciente, el cual tendrá un análisis o síntesis, conocido como diagnóstico y tratamiento.

La historia clínica no se limita a contener una simple narración o exposición de hechos, en ella se expresan, además los datos clínicos relacionados con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, procedimientos, informaciones y consentimiento de la persona enferma. Dichos elementos se encuentran basados en el principio de autonomía, en el reconocimiento y aceptación del estado de salud por parte del paciente, así como en su participación, junto a familiares y equipo de salud, en las tomas de decisiones.

Para recalcar la historia clínica es única para cada paciente, por la importancia que declara y los beneficios que ocasiona. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, la cual comienza con el diagnóstico de su enfermedad. El diagnóstico es un proceso realizado a partir de un cuadro clínico destinado a definir la enfermedad

Estado: Chiapas

Jurisdicción # 3

Unidad de salud: Centro de Salud de Comitán

BIBLIOGRAFIA

Norma Oficial mexicana nom-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico (no date) DOF. Available at: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787 (Accessed: March 19, 2023).

González Rodríguez, Raidel, & Cardentey García, Juan. (2015). La historia clínica médica como documento médico legal. *Revista Médica Electrónica*, 37(6), 648-653. Recuperado en 19 de marzo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000600011&lng=es&tlng=es.