



Historia Clínica

Nombre del Alumno: *Martín Mar Calderón*

Nombre del tema: *Historia Clínica*

Parcial: *Primer parcial*

Nombre de la Materia: *Propedéutica, Semiología y Diagnostico físico*

Nombre del profesor: *Osmar Emmanuelle Vázquez Mijangos*

Nombre de la Licenciatura: *Medicina Humana*

Semestre: *4*

Introducción

En el presente trabajo de historia clínica se abordarán los aspectos más relevantes vistos con anterioridad en las clases recibidas, la historia clínica es la relación ordenada de los antecedentes clínicos de un paciente y de otros datos obtenidos mediante interrogatorio, observación y otros exámenes complementarios con el fin de conseguir un diagnóstico correcto y determinar un tratamiento de la enfermedad que padece.

La historia clínica consta de apartados con una serie de preguntas cada una, con el fin de obtener información acerca del estado de salud del paciente, cada pregunta es formulada con el fin de obtener datos relevantes que nos ayudarán a tener una noción acerca de la patología que está pasando el individuo enfermo.

Además de los datos clínicos relacionados con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, ese expediente no se limita a contener una simple narración o exposición de hechos, sino que incluye juicios, documentaciones, procedimientos, informaciones y consentimiento de la persona enferma, basados en el principio de autonomía, en su reconocimiento y aceptación del estado de salud o enfermedad que presenta y en su participación en las tomas de decisiones.

Debemos tomar en cuenta que la historia clínica es un documento súper importante, que tiene un valor legal, ya que esta toda la información personal y necesaria del paciente, además de estudios de laboratorio, y pruebas del estado de su salud, el cual según la Norma Oficial Mexicana 004, menciona que no debe tener tachaduras, enmendaduras, rayones, tachones, o corrector, ya que es un documento legal que nos puede servir para futuras declaraciones.

En la historia clínica es donde la destreza, los conocimientos y la experiencia del personal médico suelen ser puestas a prueba y con más rigor. La información contenida puede obtenerse por diferentes vías a través del método clínico y trabajo semiológico, en la historia clínica el personal de salud debe tener el conocimiento sobre anamnesis, exploración física, pruebas y exámenes de laboratorio, y como preguntar sobre aparatos y sistemas con el fin de dar un diagnóstico acertado sobre la enfermedad del paciente.

Estado: Chiapas
Jurisdicción Distrito 3
Unidad de salud: Clínica UDS

Nombre del profesional de salud que presenta: Martín Mar Calderón

HISTORIA CLÍNICA

Fecha valoración: 19/03/2023

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Número de identificación: 1234567890 Fecha de nacimiento 09/09/2002
Edad: 20 años
Entidad de nacimiento: Comitán de Dominguez Estado civil: Soltero
Escolaridad: Bachillerato Ocupación: Estudiante
Derechohabencia IMSS Caso nuevo o seguimiento: Caso nuevo
Religión: Cristiana

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

II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Diabetes, Si ¿Quién? Abuela materna Nefropatías, ¿Quién? Preguntados y negados
Hipertensión Arterial, Si ¿Quién? Abuela materna Malformaciones Preguntados y negados
Cáncer, ¿Quién? Preguntados y negados Tipo
Tipo:
Cardiopatías, ¿Quién? Preguntados y negados Otros Preguntados y negados

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Tabaquismo Sí No ¿Cuántos? Social x día, Años de Consumo ó Exposición 0, Exfumador Sí No
Fumador Pasivo Sí No Alcohol Sí No Social mLs x semana, Años de consumo 1 año
Ex - alcohólico y/o Ocasional Sí No , Alergias Sí No Especificar
Tipo Sanguíneo O Rh + Se Desconoce , Vivienda con Servicios Básicos: Sí No
Otros: Farmacodependencia, Sí No Años de Consumo 0

IV. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

Menarca NA años de edad, Ciclos Regulares Sí No Ritmo x
Fecha Ultima Menstruación /NA/, 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 Planificación Actual

Estado: _Chiapas _____
Jurisdicción _Distrito 3 _____
Unidad de salud: _Clínica UDS _____

V. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedades de la Infancia _____ Preguntados y negados _____

Secuelas _____ Preguntados y negados _____

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. Px refiere tener fiebre no cuantificada , dolor abdominal en el hipogastrio, tenesmo vesical, y polaquiuria __

2. _____

VII. PRINCIPIO Y EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO ACTUAL

___Px refiere haber comenzado con fiebre no cuantificada hace una semana, dolor abdominal en hipogastrio, tenesmo vesical y polaquiuria, con un mes de evolución, y hace 2 días comenzó con disuria _____

VIII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Respiratorio /Cardiovascular: _Presenta disnea, tos con expectoración, y congestión nasal, dolor precordial negado, ruidos cardiacos presentes sin alteraciones. ___

Digestivo: _Vómitos, Diarrea, tenesmo negados, presencia de dolor abdominal a nivel suprapubico, presenta odinofagia, y hemorroides _____

Endocrino: _Intolerancia al frio negado, presenta parestesias en miembros inferiores, y aumento de peso___

Musculo-Esquelético: _Presenta artralgiyas en manos, mialgiyas negadas, hipotonía negado, piel y tegumentos normales, y presenta dolor a nivel lumbar. __

Genito-Urinario: _Dolor a nivel púbico, colico renal, coluria, poliuria, disuria, y tenesmo vesical presente, hematuria y oliguria negados. __

Estado: _Chiapas_____
Jurisdicción _Distrito 3_____
Unidad de salud: _Clínica UDS_____

Hematopoyético - Linfático_Palidez y hemorragias negadas, fiebre presente, petequias ninguna, adenomegalias negadas____

Piel y Anexos: _Piel sin alteraciones, tegumentos y mucosas deshidratadas, cabello bien implantado _

Neurológico y Psiquiátrico_Memoria de corto plazo, presenta hormigueos en manos y pies, estrés constante, y síncope recurrente. _____

Medicamentos Actuales, Si No

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

IX. FICHA CLÍNICA

TA. _138_/_98_mmHg. FC/Pulso __86__ x min.FR __12__ x min. Temp.__38__°C Peso _89__Kg. Talla _1.70__mts.

Habitus Exterior: _____

Piel y Anexos: _ normocefalo, tamaño normal, simétrica, sin lesiones ni cicatrices en piel, en la palpación se confirma la inexistencia de alguna lesión o hundimiento. _____

Cabeza y Cuello ___ cilíndrico, simétrico, sin presencia de lesiones dérmicas, alargado _____

Tórax: _ Tórax simétrico, expansión pulmonar normal, costillas integra, sin lesiones aparentes __

Abdomen: __ Simétrico, ligeramente distensión, coloración normal, dolor al tacto en fosa iliaca derecha __

Genitales: ___ imétricos, concuerda con la escala de tanner estadio 5 _____

Extremidades: __ Presentes, sin alteraciones _____

Estado: Chiapas
Jurisdicción Distrito 3
Unidad de salud: Clínica UDS

Sistema Nervioso: G lasgow 15/15, con motilidad intacta, el px realiza actividades sin ayuda, 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

Condición:

Pronóstico:

Conclusión

Como vimos en este trabajo sobre la historia clínica, pudimos observar que es un documento el cual contiene toda la información personal, y familiar de un paciente, es por eso que se considera un formato de suma importancia, porque los datos contenidos dentro deben de manejarse con responsabilidad, debemos de ser éticos con el manejo de la información de cada paciente.

La historia clínica es un documento que nos va ayudar a saber con rapidez cuales son las afecciones, enfermedades que están afectando al paciente, de una forma rápida, además de eso, con ayuda de la historia clínica, podemos saber cuáles son las enfermedades hereditarias que podrían afectar al paciente en un futuro, o que ya lo hacen.

El documento fue elaborado con el fin de sistematizar la información más relevante de un paciente, y conocer con rapidez los datos que más nos interesan como personales de salud.

Como vimos en este trabajo, la historia clínica engloba preguntas por aparatos y sistemas, además de una exploración minuciosa sobre el estado de salud y de conciencia del paciente; gracias a este documento el diagnóstico sobre el estado de salud de las personas ha sido más efectivo, practico, y eficaz.

Bibliografías

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).

Alcaraz Agüero, Maritza, Nápoles Román, Yaimí, Chaveco Guerra, Isbel, Martínez Rondón, Máximo, & Coello Agüero, Juan Mario. (2010). La historia clínica: un documento básico para el personal médico. *MEDISAN*, 14(7), 982-993. Recuperado en 19 de marzo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700018&lng=es&tlng=es.