



Materia: Metodos, Instrumentos y herramientas de técnicas de diagnostico veterinario

Docente: MVZ. María Magdalena Rojas Sánchez

Alumno: EMVZ. Jared Abdiel Santos Osorio

Carrera: Medicina Veterinaria y Zootecnia

Trabajo: historia clínica

Fecha: 16/05/2023

**Médico responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre del Propietario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento o edad: \_\_\_\_\_

Color: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Especie: \_\_\_\_\_

Vacunas:

Triple canina: \_\_\_\_\_ Leucemia viral felina: \_\_\_\_\_ Parvovirus: \_\_\_\_\_ Triple felina: \_\_\_\_\_

Rabia: \_\_\_\_\_ Moquillo: \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

Desparasitado \_\_\_\_\_

Motivo por el que se presenta a consulta: \_\_\_\_\_

Desde cuando tiene a su mascota: \_\_\_\_\_

Existe algún otro animal en casa: \_\_\_\_\_

Dieta y frecuencia: \_\_\_\_\_

En donde adquirió a su mascota: \_\_\_\_\_

¿Qué enfermedades? y en qué fecha ha padecido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha estado expuesto recientemente a enfermedades infecto contagiosa?:

\_\_\_\_\_

Se le ha administrado algún tratamiento para la enfermedad actual: NO \_\_\_ SI \_\_\_

Cual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sabe si su mascota ha presentado alguna reacción adversa a algún medicamento o vacuna:

SI \_\_\_ NO \_\_\_

Cual: \_\_\_\_\_

Ha notado lesiones en la piel: SI ( ) NO ( )

Cuales:

\_\_\_\_\_

Localización:

\_\_\_\_\_

Presenta prurito: SI ( ) NO ( )

Desaparece en determinadas épocas del año: SI ( ) NO ( )

Presenta anormalidades al caminar: SI ( ) NO ( )

Miembro afectado: \_\_\_\_\_

Es intermitente: SI ( ) NO ( )

Se incrementa con el ejercicio: SI ( ) NO ( )

Desaparece con el ejercicio: SI ( ) NO ( )

Ha empeorado desde que comenzó el problema: SI ( ) NO ( )

Ha mejorado desde que comenzó el problema: SI ( ) NO ( )

Se mejora con medicamentos: SI ( ) NO ( )

Sabe si Presenta tos: SI ( ) NO ( )

La tos es productiva: SI ( ) NO ( )

La tos es frecuente SI ( ) NO ( ) o Infrecuente SI ( ) NO ( )

Duración: \_\_\_\_\_

Presenta estornudos: SI ( ) NO ( )

Estornudos frecuentes SI NO ( )

Duración: \_\_\_\_\_

Descarga nasal: SI ( ) NO ( )

Tipo de descarga nasal: \_\_\_\_\_

Presenta disnea: SI ( ) NO ( ) Parientes: SI ( ) NO ( )

Sabe si se fatiga fácilmente: SI ( ) NO ( )

Presenta cianosis: SI ( ) NO ( )

Presenta debilidad: SI ( ) NO ( )

Presenta debilidad: SI ( ) NO ( ) Parientes: SI ( ) NO ( )

Apetito: Normal ( ) Selectivo ( ) Inapetente ( )

Ingestión de agua: Normal ( ) Selectivo ( ) Inapetente ( )

Presenta vomito: ( ) ( )

Características del vomito:

\_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Relacionado con las comidas: Si ( ) No ( )

Tiempo: \_\_\_\_\_

Evacuaciones: Normal ( ) Incrementada: ( ) Disminuida ( )

Consistencia: \_\_\_\_\_

Color: \_\_\_\_\_

Presenta estreñimiento: SI ( ) NO ( )

Presenta flatulencia: SI ( ) NO ( )

Deglución: Normal ( ) Con dolor ( ) Parientes: ( )

Presenta hematuria: SI ( ) NO ( )

Presenta nocturia: SI ( ) NO ( )

Presenta poliuria: SI ( ) NO ( )

Presenta disuria: SI ( ) NO ( )

Presenta oliguria: SI ( ) NO ( )

Presenta anuria: SI ( ) NO ( )

OVH ( ) castrado: ( )

Criptorquidio: SI ( ) NO ( )

Se apareo: SI ( ) NO ( )

Gestante: SI ( ) NO ( )

Ha estado gestante antes: SI ( ) NO ( )

Presenta descarga vaginal: SI ( ) NO ( )

Tipo de descarga: \_\_\_\_\_

Ha presentado pseudociesis: SI ( ) NO ( )

Presenta comportamiento normal: SI ( ) NO ( )

Presenta ataxia: SI ( ) NO ( )

Presenta disimetría: SI ( ) NO ( )

Presenta corea: SI ( ) NO ( )

Presenta paresis: SI ( ) SI ( )

Presenta convulsiones: SI ( ) NO ( )

Tics: SI ( ) NO ( )

Parientes: SI ( ) NO ( )

Presenta descarga en el ojo: SI ( ) NO ( )

Característica de la descarga:

—

Presenta blefaroespasmos: SI ( ) NO ( )

Presenta opacidad en la córnea: SI ( ) NO ( )

Presenta cataratas: SI ( ) NO ( )

Presenta ceguera: SI ( ) NO ( )

Parientes: SI ( ) NO ( )

Presenta descarga ótica: SI ( ) NO ( )

Características de la descarga:

---

Presenta prurito: SI ( ) NO ( )

Presenta algún olor anormal: SI ( ) NO ( )

Presenta sordera: SI ( ) NO ( )

### EXAMEN FÍSICO

Temp.: \_\_\_\_\_

Frec. Del pulso: \_\_\_\_\_

Carct. Del pulso: \_\_\_\_\_

Frec. Cardiaca: \_\_\_\_\_

Frec. Respiratoria: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Actitud: ( ) N = Normal. A = Anormal.

Conformación: ( )

Hidratación: ( )

Sist. Endocr. ( )

Edo. Nutricional: ( )

Mucosas: ( )

Sist. Cardiovascular: ( )

Piel y oídos: ( )

Ojos: ( )

Sist. Musc. Esquelético:( )

Sist. Urinario: ( )

Sist. Resp. ( )

Sist. Digestivo: ( )

Sist. Genital: ( )

Sist. Nervioso: ( )

Reflejo tusígeno: ( )

Reflejo deglut. ( )

Campos pulm.( )

Palp. Abdominal. ( )

Tiemp. Llen. Cap. ( )

## ANAMNESIS

Motivo por el cual se presentó a la consulta:

---

---

---

---

---

---

---

Lista de problemas:

---

---

---

---

---

---

---

Diagnostico diferencial para cada problema:

---

---

---

---

---

---

---

Pruebas diagnósticas recomendadas:

---

---

---

---

---

---

---

Tratamiento:

---

---

---

---

---

---

Dieta: \_\_\_\_\_

---

---

Próxima cita: \_\_\_\_\_