

Estado: \_\_\_\_\_  
Jurisdicción \_\_\_\_\_  
Unidad de salud: \_\_\_\_\_



Nombre del profesional de salud que presenta: \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA

Fecha valoración: dd/mm/aaaa

### I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Número de identificación ECHO: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa  
Edad: 00 años  
Entidad de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Derechohabencia \_\_\_\_\_ Caso nuevo o seguimiento: \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_  
¿Pertenece a algun pueblo indígena? \_\_\_ ¿Habla lengua indígena? \_\_\_ ¿Cual lengua indígena habla? \_\_\_\_\_

### II. Antecedentes Heredofamiliares

Diabetes, ¿Quien? _____ _____	Nefropatas, ¿Quien? _____ _____
Hipertensión Arterial, ¿Quién? _____ _____	Malformaciones _____ _____
Cáncer, ¿Quién? _____ Tipo: _____	Tipo _____ _____
Cardiopatas, ¿Quién? _____ _____	Otros _____ _____

### III. Antecedentes Personales No Patológicos

Tabaquismo Si  No , ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ x día, Años de Consumo ó Exposición \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tipo Sanguíneo \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
Secuelas \_\_\_\_\_  
Hospitalizaciones Previas Si  No  Especificar \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_  
Jurisdicción \_\_\_\_\_  
Unidad de salud: \_\_\_\_\_



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

## VII. Principio y Evolución del Padecimiento Actual

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## VIII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

Respiratorio /Cardiovascular: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Digestivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Endocrino: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Musculo-Esquelético: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Genito-Urinario \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hematopoyético - Linfático \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_  
Jurisdicción \_\_\_\_\_  
Unidad de salud: \_\_\_\_\_



Piel y Anexos: \_\_\_\_\_

Neurológico y Psiquiátrico \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg. FC/Pulso \_\_\_\_ x min. FR \_\_\_\_ x min. Temp. \_\_\_\_ °C Peso \_\_\_\_ Kg. Talla \_\_\_\_ mts.

Habitus Exterior: \_\_\_\_\_

Piel y Anexos: \_\_\_\_\_

Cabeza y Cuello \_\_\_\_\_

Tórax: \_\_\_\_\_

Abdomen: \_\_\_\_\_

Genitales: \_\_\_\_\_

Extremidades: \_\_\_\_\_

Sistema Nervioso: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_  
Jurisdicción \_\_\_\_\_  
Unidad de salud: \_\_\_\_\_



## 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:

---