

**UNIVERCIDAD DEL SURESTE**

MATERIA

MEDICINA INTERNA

DOCENTE

DRA. FABIOLA ARGUELLO MELO

TEMA

EXPEDIENTE CLINICO

ALUMNA

YESICA DE JESUS GOMEZ LOPEZ

**EXPEDIENTE CLINICO**

**NOMBRE DEL PACIENTE**

**No. DE EXPEDIENTE**

**/2023**

FICHA DE IDENTIFICACION

+

Delegación o municipio Estado Localidad

+

Calle y numero colonia Código postal

CURP:

Escolaridad:

V

Dirección:

SI/NO

Ocupación:

RFC:

Motivo de consulta:

No:

Derechohabiencia (IMSS, ISSTE).

Lugar de nacimiento fecha de nacimiento Edad Grupo Sanguíneo

¿Habla o endiente alguna lengua indígena? Indique cual:

¿Ha vivido fuera del país por más de 6 meses? (migrante):

+

Sexo (F, M)

Estado Civil

Religión

No. De expediente

J

J

Apellido materno

Apellido paterno

Nombre(s)

Referido por:

V

V

Teléfono:

Teléfono:



(Casa, celular, oficina etc.)

(Casa, celular, oficina etc.)

Tipo:

Tipo:

Lada. No. De teléfono

Lada No. De teléfono

**HISTORIA CLINICA**

Nombre y apellido completo:

Numero de Historia clínica:

Fecha y hora de la atención:

Fecha de apertura de la Historia clínica:

Sexo: Edad: Lugar de Nacimiento: fecha de nacimiento

Grado Instrucción Raza:

Ocupación: Religión: Estado Civil:

Lugar de procedencia

Domicilio actual

Nombre y apellido del acompañante

**ENFERMEDAD ACTUAL**

Datos de informante

Motivo de consulta

Tiempo de enfermedad

Signos y síntomas principales

Relatos cronológicos

Funciones biológicas

**ATECENDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patología | si | No |
| cardiovasculares |  |  |
| pulmonares |  |  |
| Digestivos |  |  |
| Renales |  |  |
| Quirúrgicos |  |  |
| Alérgicos |  |  |
| Transfusionales |  |  |
| Óseo |  |  |

**ANTECENDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No patológicos | si | No | Ocasional |
| Alcohol |  |  |  |
| Tabaquismo |  |  |  |
| Drogas |  |  |  |
| Inmunizaciones |  |  |  |
| Otros |  |  |  |

**ANTECEDENTES FAMILIARES.**

**Padre:**

EXPLORACION FISICA

Signos Vitales. P.A Pulso Temp. F.C

Frec. Resp

Examen Clínico General

|  |
| --- |
| NOTA DE EVULUCION |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Centro  Medico | Nombre del paciente | | | | | sexo | | Numero  De Hoja | | Expediente |
|  | | | | |
| Edad | | Estatura | | | Peso | Temperatura | | | F.Cardiaca | |
| Fecha DD/MM/AA | | | HORA : hrs. | | | | No. De cama | | | |
| Subjetivo | | | | | | | | | | |
| objetivo | | | | | | | | | | |
| Análisis | | | | | | | | | | |
| Plan | | | | | | | | | | |
| Nombre del Doctor | | | | Firma del Doctor | | | | | | |