

**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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CentroMedico  | 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 |