



Nombre del Alumno: Clara Elisa Encino Vázquez

Nombre del tema: Expediente clínico

Parcial: I

Nombre de la Materia: Medicina Interna

Nombre del profesor: Dra. Fabiola Arguello Melo

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Cuatrimestre-Semestre

San Cristóbal de las Casas. 11 de septiembre del 2023

CURP

O

NUMERO DE AFILIACION

FICHA DE IDENTIFICACION

Expediente:

Fecha:

Hora:

Nombre:

Edad :

Sexo:

Tipo de sangre:

Religión:

Estado civil:

Lugar de nacimiento

Ocupación:

Domicilio:

Institución:

Escolaridad:

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

MADRE

SI	NO
----	----

	SI	NO
Vive		
Edad		
Escolaridad		
Ocupación		
Edo. civil		
Tatuajes		
Alcoholismo		
Tabaquismo		
Drogas		

PADRE:

SI	NO
----	----

	SI	NO
Vive		
Edad		
Escolaridad		
Ocupación		
Edo. civil		
Tatuajes		
Alcoholismo		
Tabaquismo		
Drogas		

Hermanos (numero):

Edades:

Vivos:

Sanos:

Enfermos:

Diabéticos: Cardiopatías: Oncológicos: Nefrópatas:

Hipertensos: Hematológicos: Alérgicos: Retraso psicom:

Neurológicos Malform. Congénitas: Infecciosos:

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Vivienda: Rural: Urbana:

Techo: N° de cuartos: Co- habitantes: Agua:

Eliminación de excretas:

Higiene corporal:

Alimentación actual:

Inmunizaciones:

Esquema completa: SI: NO:

Escolaridad:

Deporte: :

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Infecciones propias de la infancia:

Rubeola: Varicela: Sarampión: Fiebre reumática: Otros:

Enfermedades crónico degenerativas: SI: NO: ¿Cuáles?

Intervenciones quirúrgicas: SI: NO: ¿Cuáles?

Traumáticos SI: NO: ¿Cuáles?

Transfusiones sanguíneas: SI: NO: ¿Cuáles?

Alergias: SI: NO: ¿Cuáles?

Intoxicaciones: SI: NO: ¿Cuáles?

Hospitalizaciones previas: SI: NO: ¿Cuáles?

PADECIMIENTO ACTUAL

- Motivo de consulta:
- Factores:
- Síntomas (Orden cronológico y tiempo de evolución:
- Diagnóstico previo:
- Exámenes de laboratorio y gabinete previos:
- Tratamiento previo:

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Síntomas generales:

Órganos de los sentidos (ojos , oídos, nariz, boca, garganta):

Cardiovascular Normal: SI: NO: Hallazgos:

Respiratorio Normal SI: NO: Hallazgos:

Endocrinológico Normal SI: NO: Hallazgos:

Gastrointestinal Normal SI: NO: Hallazgos:

Genitourinario: SI: NO: Hallazgos:

Hemato-oncológico Normal: SI: NO: Hallazgos:

Musculo-esquelético Normal SI: NO: Hallazgos:

Neurológico Normal SI: NO: Hallazgos:

Psiquiátrico Normal SI: NO: Hallazgos:

Piel y anexos Normal SI: NO: Hallazgos:

EXPLORACION FISICA

Peso: Talla: P. Cefálico: P. Braquial:

Fc: Fr: TA: Temp: IMC:

Esfera somática: Esfera psíquica: Esfera sociocultural:

Piel y anexos:

Cabeza

Ojos

Nariz:

Oídos

Boca y faringe

Cuello

Tórax

Abdomen:

Extremidades:

Genitales:

Neurológico:

Columna vertebral:

Exploraciones especiales (Fondo ocular, neurológica, dermatológica, pulsos, apéndice):

Estudios de laboratorio:

Estudios de gabinete e imagen:

Diagnóstico principal

Otros diagnósticos

Tratamiento

NOTA DE EVOLUCION

Nombre completo:

Edad:

Sexo

SIGNOS VITALES, DIAGNOSTICO, PRESCRIPCION Y EVOLUCION:

Peso actual (Kg):		
Estatura:		
Pulso:		
Tensión arterial	Sistólica	
	Diastólica	
Temperatura (°C)		

Día	Mes	Año
Hora:		

Peso actual (Kg):		
Estatura:		
Pulso:		
Tensión arterial	Sistólica	
	Diastólica	
Temperatura (°C)		

Día	Mes	Año
Hora:		

Peso actual (Kg):		
Estatura:		
Pulso:		
Tensión arterial	Sistólica	
	Diastólica	
Temperatura (°C)		

Día	Mes	Año
Hora:		

HOJA DE EVOLUCION

Nombre:

Fecha:

NOTA MEDICA

Nombre:

Fecha:

Edad:

Sexo:

Signos vitales (Peso, Talla, TA, Fc, Fr, Temperatura):

Resumen de interrogatorio:

Exploración física:

Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico:

Tratamiento:

Diagnóstico(s) o problemas clínicos:

Plan de estudio y/o Tratamiento (indicaciones médicas, vía, dosis, periodicidad):

Pronóstico:

NOTA DE EGRESO

Nombre:

Fecha:

Edad:

Sexo:

Peso:

Talla:

Fc:

Fr:

TA:

Temp:

Fecha y hora del ingreso/egreso hospitalario:

Días de estancia en la unidad:

Se identifica si es reingreso por la misma afección en el año:

Diagnóstico(s) de ingreso. (Principal y secundarios):

Resumen de la evolución y el estado actual:

Manejo durante la estancia hospitalaria:

Diagnóstico(s) final(es):

Fecha y hora de procedimientos realizados (Si se hicieron)

Motivo de egreso (máximo beneficio, por mejoría, alta voluntaria, éxitos):

Problemas clínicos pendientes:

Plan de manejo y tratamiento:

Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria:

Nombre completo, cédula profesional y firma del médico: