

HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN GINECOLÓGICASANAMNESIS GINECOLÓGICA:ANTECEDENTES:Datos generales:

Nombre. David Antonio Hernandez Meza

Edad. 20

Profesión. Estudiante

Estado civil. Soltero

Religión católica

Antecedentes familiares: De abuelos, padres, hermanos y eventualmente de la pareja (enfermedades crónicas y metabólicas; hipertensión; tumores malignos; ginecopatías y mastopatías benignas; gemelaridad; malformaciones y defectos congénitos y/o hereditarios; infertilidad, etc.).

Antecedentes personales: Diabetes**Generales:** Grupo y Rh. O⁺**Antecedentes médicos y quirúrgicos.** NA**Alergias.** Sinusitis**Transfusiones.** NA**Medicaciones habituales y hábitos.** NA**Ginecológicos:** NA**Menarquia.** NA**Menopausia.** NA**Fórmula menstrual; caracteres menstruales.****Anticoncepción.** NA**Ginecopatías e intervenciones ginecológicas.****Obstétricos:** NA**-gesta.** NA**-para (características del parto).** NA**Otros:** Aborto, embarazo ectópico, etc. NA**Características del RN.** NA**Puerperio y lactancia.** NAMOTIVOS ESPECÍFICOS DE CONSULTA: (datos que presente actualmente)**Dolor:** NA**Localización:** NA**Hipogastrio (⇒uterino).** NA

Karla Sofía Tovar Albores

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
POR PATRONES FUNCIONALES
Entrevista

Nombre: Minevar Susana Pomas Ballinas

Prefiere lo llamen: Susana Fecha: 8-noviembre-2023

Información otorgada por: EL PACIENTE

Edad: 58 Estado Civil: soltera Domicilio actual (Calle, Núm., Colonia.):

Tras los lajos av. Enrique

C.P.: 30040 Teléfono: 9631950539

Escolaridad: Licenciatura

Complete la información. Incluya las palabras del paciente, marque con una X según la respuesta del paciente. Y Escriba NA si no es aplicable.

- ¿Cómo ha sido su estado general de salud? Salud buena
- Últimamente ¿Qué enfermedades ha padecido? Diabetes
- ¿Qué medida ha tomado respecto a la salud para mantenerse sano?

Ejercicio	SI <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alimentación Balanceada	SI <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Remedios Caseros	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Otros MEDICO	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Consumo De Alcohol	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Consumo de Tabaco	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Consumo de Drogas	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>

ceel
Revisado

En caso de ser afirmativo especifique frecuencia y cantidad