



Mi Universidad

Actividades

Nombre del Alumno: Mariana Itzel Hernández Aguilar

Nombre del tema: Actividades

Parcial: Unidad 3

Nombre de la Materia: Epidemiología

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano Rodríguez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 4to cuatrimestre

JDS

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN EN GINECOLOGÍA
ELABORADO POR CECILIA ZAMORANO RODRIGUEZ

UDS

HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN GINECOLÓGICAS

ANAMNESIS GINECOLÓGICA:

ANTECEDENTES:

Datos generales:

Nombre. Yeyry Arlen Ramirez Roblero

Edad. 19 años.

Profesión.

Estado civil. soltera

Religión Adventista

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.). Madre (gemelandad)

Antecedentes personales:

Generales: Grupo y Rh. O+

Antecedentes médicos y quirúrgicos. Ninguno

Alergias. Polvo

Transfusiones. No

Medicaciones habituales y hábitos. NA

Ginecológicos:

Menarquia] 10 años

Menopausia. NA

Fórmula menstrual; caracteres menstruales. 4x30 = 120 (irregular)

Anticoncepción. No

Ginecopatías e intervenciones ginecológicas. No

Obstétricos:

-gesta. NA

-para (características del parto). NA

Otros: Aborto, embarazo ectópico, etc. NA

Características del RN. NA

Puerperio y lactancia. NA

MOTIVOS ESPECÍFICOS DE CONSULTA: (datos que presente actualmente)

Dolor: NA

Localización: NA

Hipogastrio (⇨uterino).

Yeyry

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
POR PATRONES FUNCIONALES
Entrevista

Nombre: Mariano Roblero Roblero
Prefiere lo llamen: Mari Fecha: 03/11/2023
Información otorgada por: EL PACIENTE Yeyry Arlen Ramírez Roblero
Edad: 82 años Estado Civil: Casado Domicilio actual (Calle, Núm., Colonia.): Bano Villa Flores Ejido Llano grande
C.P.: 16206 Teléfono: 962 258 7149
Escolaridad: Ninguna

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? Con presencia de algunas patologías
- Últimamente ¿Qué enfermedades ha padecido? Ansiedad
- ¿Qué medida ha tomado respecto a la salud para mantenerse sano?

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

Revisado

En caso de ser afirmativo especifique frecuencia y cantidad

