

HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN GINECOLÓGICAS

ANAMNESIS GINECOLÓGICA:

ANTECEDENTES:

Datos generales:

Nombre. Mariana Huel Hernández Aguilar

Edad. 19 años

Profesión. Estudiante

Estado civil. Soltera

Religión. Cristiana

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:

Generales: Grupo y Rh. NA

Antecedentes médicos y quirúrgicos. Ninguno

Alergias. Penicilina

Transfusiones. NA

Medicaciones habituales y hábitos. NA

Ginecológicos:

Menarquia. 12 años

Menopausia. NA

Fórmula menstrual; caracteres menstruales. $4 \times 30 = 120$ (irregular)

Anticoncepción. NA

Ginecopatías e intervenciones ginecológicas. NA

Obstétricos: NA

-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:

Hipogastrio (\Rightarrow uterino).

[Handwritten signature]
Mariana Huel Hernández Aguilar
Lunes 06/11/23

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES

Entrevista

Nombre: Mario Aguilar
 Prefiere lo llamen: Mario Fecha: 08/11/23
 Información otorgada por: EL PACIENTE Mariana Hazel Hernández Aguilar (nieta)
 Edad: 62 Estado Civil: Viudo Domicilio actual (Calle, Núm., Colonia):
Barrio La Cueva, Municipio de Comitan de Dominguez
Chiapas C.P.: 3333 Teléfono: 963133 4902
 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? DM2, Hipertensión arterial
- ¿Qué medida ha tomado respecto a la salud para mantenerse sano? Mantener una dieta sana

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 type="checkbox"/> <u>NA</u>
Otros MEDICO		
Consumo De Alcohol	SI <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Consumo de Tabaco	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <u>NA</u>
Consumo de Drogas	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <u>NA</u>

[Handwritten Signature]
Revisado

En caso de ser afirmativo especifique frecuencia y cantidad