

HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN GINECOLÓGICAS

ANAMNESIS GINECOLÓGICA:

ANTECEDENTES:

Datos generales:

Nombre. Diana Paola Perez Briones

Edad. 18 años

Profesión. Estudiante

Estado civil. En una relación

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: abuelo paterno con diabetes hereditaria a la pap

Generales: Grupo y Rh. O+

Antecedentes médicos y quirúrgicos. N/A

Alergias. al polvo y cambio de clima

Transfusiones. NO

Medicaciones habituales y hábitos. N/A

Ginecológicos:

Menarquia. 12 años

Menopausia. N/A

Fórmula menstrual; caracteres menstruales. 7x30=210 irregular

Anticoncepción. Métodos de barrera

Ginecopatías e intervenciones ginecológicas. N/A

Obstétricos: N/A

-gesta. N/A

-para (características del parto).

Otros: Aborto, embarazo ectópico, etc. N/A

Características del RN. N/A

Puerperio y lactancia. N/A

MOTIVOS ESPECÍFICOS DE CONSULTA: (datos que presente actualmente)

Dolor: Si

Localización: muñeca

Hipogastrio (⇒uterino).

**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
POR PATRONES FUNCIONALES
Entrevista**

Nombre: Virgilia Jazquez Sanchez
Prefiere lo llamen: Vivi Fecha: 08/11/23
Información otorgada por: Diana Paola Briones
Edad: 60 Estado Civil: Casada Domicilio actual (Calle, Núm., Colonia.): Niños herues
C.P.: _____ Teléfono: _____

Escolaridad: Primaria completa

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? actualmente se encuentra bien
- Últimamente ¿Qué enfermedades ha padecido? hipertension
- ¿Qué medida ha tomado respecto a la salud para mantenerse sano?

Ejercicio	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Alimentación Balanceada	SI <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Remedios Caseros	SI <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros MEDICO		
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"/>

[Handwritten signature]
Balsado

En caso de ser afirmativo especifique frecuencia y cantidad