

ODALIS GUADALUPE GARCIA LOPEZ

**DRA. ROSVANI MARGINE MORALES
IRECTA**

**PROPEDEUTICA, SEMIOLOGIA Y
DIAGNOSTICO FISICO.**

HISTORIA DE TU VIDA

GRADO: 4

GRUPO: A

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE VALORACIÓN:

Nombre del médico encargado: Odalis Guadalupe García López.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

N° de expediente 140503

- Nombre:** Cesar Felipe Morales Solís
- Edad.:** 20 años
- Sexo:** Masculino
- Fecha de nacimiento :** 14 de mayo del 2003
- Escolaridad:** Universidad
- Ocupación:** Estudiante
- Lugar de origen:** Venustiano Carranza
- Lugar de residencia:** Avenida 4 oriente sur, núm. 33. Barrio San angustin. Comitán de Domínguez CHIS.
- Número telefónico:** 963 194 50 55
- Estado civil:** En relación
- Religión:** católica

TIPO DE INTERROGATORIO: Directo

PADECIMIENTO ACTUAL.

Paciente masculino de 20 años de edad acude a consulta externa por presentar cefalea en el área frontotemporal desde hace dos semanas atribuida al estrés académico, de predominio matutino presentándose tres veces en 24 horas. Disminuye con reposo, auto medicándose una tableta de paracetamol de 800 mg, sin cambios en su evolución. En el momento de la consulta presenta mareo.

ANTECEDENTES HERDO-FAMILIARES.

■ Paternos

- Abuelo:** **Vivo:** Si **Fallecido:**

Causas: Abuelo paterno de 82 años aparentemente sano.

- Abuela:** **Vivo:** Si **Fallecido:**

Causas: Abuela paterna de 69 años con diagnóstico de Síndrome de Párkinson con tratamiento.

■ Maternos

- Abuelo:** **Vivo:** Si **Fallecido:**

Causas: Abuelo materno de 69 años aparentemente sano.

- Abuela:** **Vivo:** Si **Fallecido:**

Causas: Abuela materna de 60 años aparentemente sana.

■ Padres

- Padre:** **Vivo:** Si **Fallecido:**

Causas: Padre de 51 años aparentemente sano.

- Madre:** **Vivo:** Si **Fallecido:**

Causas: Madre de 40 años con diagnóstico de artritis reumatoide con tratamiento.

- Hermanos:** **¿Cuántos?:** El paciente tiene dos hermanos, ocupando el primer lugar.

Vivos: Si **Fallecidos:**

Hermano de 17 años aparentemente sano.

Hermano de 14 años aparentemente sano

- Hijos:** Niega **¿Cuántos?:** **Vivos:** **Fallecidos:**

- Familiares cercanos:**

Tia materna de 38 años con diagnóstico de cáncer de tiroides con tratamiento quirúrgico.

Tia materno de 49 años con diagnóstico con hipertensión arterial sin tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

- **Tabaquismo:**
El paciente niega tabaquismo.

- **Alcoholismo:**
El paciente niega alcoholismo

- **Drogadicción:**
El paciente niega drogadicción

- **Antecedentes quirúrgicos:**
El paciente niega antecedentes quirúrgicos

- **Antecedentes alérgicos:**
El paciente presenta hipersensibilidad al polvo

- **Antecedentes traumatológicos:**
El paciente niega antecedentes traumatológicos

- **Antecedentes transfusiones:**
El paciente niega antecedentes de transfusiones.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

HABITACIÓN.

Casa propia: (●)

Casa renta: ()

Casa prestada: ()

- **Materiales de construcción:** Material duradero

Techo: De losa

Paredes: De concreto

Piso: Firme de loseta

- **Número de recámaras:** (4)

- **Número de habitantes:** (7)

- **¿Cuáles son los otros tipos de habitaciones que tiene la casa?**

Cuarto de costura, una bodega para almacenamiento de telas, cuarto de lavado, sala, cocina, y dos baños

- **¿El baño está dentro o fuera de la casa?**

Se ubican dentro de la casa

- **¿Si es completo o medio baño?**

Baño Completo

- **¿Como se distribuyen para dormir?**

En cada habitación duerme una persona, a excepción de la recamara de los padres.

- **Iluminación de la casa:** (Si)

- **¿La casa y los cuartos se encuentran bien iluminados?**

La casa y cada cuarto se encuentra bien iluminados.

- **¿Es necesario prender la luz durante el día?**

Si

- **Ventilación de la casa:** (Si)

- Fauna doméstica:** (Positivo)

¿De qué tipo? Par de aves domésticas

¿Tienen acceso al interior de la casa? Si

¿Están inmunizados? Sin inmunizaciones

- Fauna nociva:** ()
- Insectos:** (Positivo)
- Ratas:** (Negativo)
- Cucarachas:** (Positivo)
- Flora:** (Positivo)

Dentro de la casa: (Positivo)

Fuera de la casa: (Positivo)

- Servicios básicos municipales:**

Cuanta con todos los servicios públicos. (Agua potable, luz, drenaje).

- Recolección de basura:**

La basura se recolecta en bolsas negras cerradas, desechándola cada cuarto día.

- Con que frecuencia realiza el aseo de la casa:**

El aseo general se realiza diario y el aseo profundo de la casa cada 2 semanas.

HIGIENE

- Baño personal:** (Si, todos los días de la semana.)
- Cambio de ropa interior y exterior:** (Cada día de toda la semana)
- Aseo dental:** (En la mañana al levantarse, después de cada comida y en la noche antes de irse a dormir)
- Aseo de manos:** (Lavado de manos después de ir al baño, antes y después de cada comida)
- Corte de uñas:** (Cada dos semanas)

- Corte de cabello:** (Cada dos meses)

ALIMENTACIÓN.

- ¿Cuántas comidas realiza al día?**
Realiza cinco comidas en el día
- ¿Tiene horario fijo?** (No, varía cada día)
- Interrogatorio de 24 horas:**
- Desayuno:** Huevos cocidos con jamón acompañado de café con leche.
- Comida:** Espagueti con rollitos de pollo acompañado de 5 tortillas y agua de Jamaica.
- Cena:** Dos porciones de pizza acompañado de un jugo de mango.

HÁBITOS DE VIDA.

- ¿Realiza una actividad física?** (Negativo)
- Relaciones interpersonales:**
- Actividades que realiza los fines de semana:**

El paciente informa que cada fin de semana juega videojuegos en línea con amigos y los domingos sale a comer con su pareja y por la noche regresa a su casa a estudiar.

- Riesgos de su ocupación laboral:**
Niega algún riesgo laboral.

INMUNIZACIONES.

- Esquema de inmunizaciones:** (Positivo)
- Completo:** Esquema de vacunación
- Incompleto:**

ANTEDECENTES ANDROGENICOS

- Circunsión:** Niega circunsión
- Criptorquidia:** Niega criptorquidia
- Poluciones nocturnas:** Niega poluciones nocturnas
- Inicio de vida sexual activa:** 19 años
- Número de parejas sexuales:** 1
- Uso de método anticonceptivo:** Barrera
- Enfermedad de transmisión sexual:** Niega enfermedades de transmisión sexual
- Problemas en el acto sexual:** Negado
- Pene**

Lesiones: Niega lesiones

Úlceras: Niega úlceras

Secreción: Niega todo tipo secreción

- Testículos**

Dolor: Niega dolor

Masas: Niega todo tipo de masas

- Eyacuación**

Dolorosa: Niega dolor al eyacular

Precoz: Negado

Incapacidad: Negado

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

○ **Sistema músculo- esquelético:**

Niega mialgias, niega artralgias, niega rigidez, niega deformidad, niega disfunción, niega equimosis, niega dolor a la movilidad.

○ **Sistema nervioso:**

Presencia de somnolencia diurna, niega parestesia, niega atrofia, niega ataxia.

○ **Sistema endócrino:**

Niega polifagia, niega diaforesis, niega trastornos en el peso.

○ **Sistema tegumentario:**

Niega ampollas, niega vesículas, niega pústulas, niega urticaria.

○ **Aparato respiratorio:**

Presencia de epistaxis, niega rinorrea, niega obstrucción nasal, niega tos, niega expectoración

○ **Aparato cardiovascular:**

Niega disnea, niega dolor precordial, niega palpitaciones cardiacas, niega cianosis.

○ **Aparato digestivo:**

Niega anorexia, niega odinofagia, niega disfagia, niega pirosis, niega náuseas, niega vomito.

○ **Aparato urogenital:**

Orina con coloración color miel espumosa, niega hematuria, niega secreción en el pene y glande.

DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO PREVIOS.

El paciente niega tener diagnósticos previos y tratamientos.



HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE VALORACIÓN: _____

Nombre del médico encargado: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nº de expediente _____

- Nombre: _____
- Edad.: _____
- Sexo: _____
- Escolaridad: _____
- Ocupación: _____
- Lugar de origen: _____
- Lugar de residencia: _____
- Número telefónico: _____
- Estado civil: _____
- Religión: _____

TIPO DE INTERROGATORIO: _____

PASIÓN POR EDUCAR

PADECIMIENTO ACTUAL.

ANTECEDENTES HERDO-FAMILIARES.

■ Paternos

Abuelo: Vivo: Fallecido:
Causas:

Abuela: Vivo: Fallecido:
Causas:

■ Maternos

Abuelo: Vivo: Fallecido:
Causas:

Abuela: Vivo: Fallecido:
Causas:

■ Padres

Padre: Vivo: Fallecido:
Causas:

Madre: Vivo: Fallecido:
Causas:

Hermanos: ¿Cuántos?: Vivos: Fallecidos:

Hijos: ¿Cuántos?: Vivos: Fallecidos:

Familiares cercanos:



ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

- Tabaquismo:**

- Alcoholismo:**

- Drogadicción:**

- Antecedentes quirúrgicos:**

- Antecedentes alérgicos:**

- Antecedentes traumáticos:**

- Antecedentes transfusiones:**



 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

HABITACIÓN.

Casa propia: ()

Casa renta: ()

Casa prestada: ()

Materiales de construcción:

Techo:

Paredes:

Piso:

Número de recámaras: ()

Número de habitantes: ()

¿Cuáles son los otros tipos de habitaciones que tiene la casa?
(Sala, comedor y cocina).

¿El baño está dentro o fuera de la casa?

¿ Si es completo o medio baño?

¿Como se distribuyen para dormir?

Iluminación de la casa: ()

¿La casa y los cuartos se encuentran bien iluminados?

¿Es necesario prender la luz durante el día?

Ventilación de la casa: ()

Fauna doméstica: ()

¿De qué tipo?

¿Tienen acceso al interior de la casa?

¿Están inmunizados?

- Fauna nociva: ()
- Insectos: ()
- Ratas: ()
- Cucarachas: ()
- Flora: ()

Dentro de la casa: ()

Fuera de la casa: ()

Servicios básicos municipales:

- Recolección de basura:
- Con que frecuencia realiza el aseo de la casa:

HIGIENE

- Baño personal: ()
- Cambio de ropa interior y exterior: ()
- Aseo dental: ()
- Aseo de manos: ()
- Corte de uñas: ()
- Corte de cabello: ()

ALIMENTACIÓN.

- ¿Cuántas comidas realiza al día?
- ¿Tiene horario fijo? ()
- Interrogatorio de 24 horas:

- Desayuno:
- Comida:
- Cena:

HÁBITOS DE VIDA.

- ¿Realiza una actividad física? ()
- Relaciones interpersonales:
- Actividades que realiza los fines de semana:
- Riesgos de su ocupación laboral:

INMUNIZACIONES.

- Esquema de inmunizaciones: ()
- Completo: ()
- Incompleto:



ANTECEDENTES CLÍNICO-PEDIÁTRICOS.

- Escolaridad de la madre: _____ Edad de la madre: _____
- ¿Desde qué mes asistió al control prenatal? _____
- Frecuencia con que asistía a las consultas: _____
- Duración de la gestación: _____
- ¿Dónde fue atendido el parto? _____
- Parto eutócico o distócico: _____
- Duración del trabajo de parto _____
- ¿Uso o no de anestesia? _____
- ¿Alguna complicación? _____
- Datos de hipoxia neonatal _____

- Peso: _____ Estatura: _____
- Apgar: _____
- Lactancia:
Seno materno () Artificial: () Mixta: ()
- Destete: _____
- Ablactación: _____
- Desarrollo psicomotriz: _____
- Dentición: _____
- Control de esfínteres anal y vesical

ANTECEDENTES GÍNECO- OBSTÉTRICOS.

- Edad de la menarca:
- Ritmo menstrual
- ¿Qué manifestaciones clínicas presenta?
- Eumenorreica o dismenorreica:
- Inicio de vida sexual activa:
 - Número de parejas sexuales:
 - Uso de método anticonceptivos:
 - ¿Qué tipo de anticonceptivo?
 - ¿Cuánto tiempo lo uso?
 - ¿Complicaciones?
- Número de gestas o embarazos (G):
- Número de partos (P):
- Número de abortos (A):
- Número de cesáreas (C):
- Óbitos (O):
- FUP:
- FUA:
- FUC:
- FUO:
- FUM:
- Presencia de flujo transvaginal patológico:
 - Inicio:
 - Color:
 - Olor:
 - Consistencia:
 - Síntomas acompañados:
- Realización de papanicolaou:

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

- Sistema músculo- esquelético:**

- Sistema nervioso:**

- Sistema endócrino:**

- Piel:**

- Aparato respiratorio:**

- Aparato cardiovascular:**

- Aparato digestivo:**

- Aparto urogenital:**



- Aparato genital femenino:

- Aparato genital masculino:

 **DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO PREVIOS.**

