

**Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana**

César Samuel Morales Ordóñez.

Dra. Rosvani Margine Morales Irecta.

“Historia Clínica”.

Propedeutica, Semiología y Diagnóstico Físico.

Grado: 4

Grupo: “A”

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de Marzo del 2024.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

FECHA: 14 /03 / 2004 /

Nombre: Jorge Morales Rodríguez.

Edad: 19 años

Sexo/Genéro: Masculino

Fecha de Nacimiento: 11 de noviembre del 2004

Estado Civil: Soltero

Escolaridad: Preparatoria terminada

Ocupación: Estudiante

Nacionalidad: Mexicano.

Religión: Católico

Grupo/Etnia: No pertenece.

Lugar de Residencia: AV 5A Oriente Sur S/N, Barrio Yalchivol, Comitán de Domínguez Chiapas.

Lugar de Origen: Chicomuselo, Chiapas.

No. Telefónico: 963 189 1773

Correo Electrónico: Jorgemoralesrodriguez@455gmail.com

Tipo de Interrogatorio: Directo.

Caso Nuevo o Seguimiento: Caso Nuevo.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Abuelo Paterno.

¿Vivé Actualmente?

Sí

Edad: 65 años

¿Algún Padecimiento Actual? Triglicéridos

No

¿De qué Falleció?

¿Hace Cuanto Falleció?

Abuela Paterna.

¿Vivé Actualmente?

Sí

Edad: 63 años

¿Algún Padecimiento Actual? Hipertensión

No

¿De qué Falleció?

¿Hace Cuanto Falleció?

Abuelo Materno.

¿Vivé Actualmente?

Sí

Edad: 67 años

¿Algún Padecimiento Actual? Obesidad

No

¿De qué Falleció?

¿Hace Cuanto Falleció?

Abuela Materna.

¿Vivé Actualmente?

Sí

Edad:

¿Algún Padecimiento Actual?

No

¿De qué Falleció?

Hemorragia cerebral

¿Hace Cuanto Falleció?

Hace 26 años

Padre del Paciente.

¿Vivé Actualmente?

Sí

Edad: 43 años

¿Algún Padecimiento Actual? Aparentemente sano

No

¿De qué Falleció?

¿Hace Cuanto Falleció?

Madre del Paciente.

¿Vivé Actualmente?

Sí

Edad: 40 años

¿Algún Padecimiento Actual? Alergias

No

¿De qué Falleció?

¿Hace Cuanto Falleció?

Hermanos.

1. No. De Hermanos: 1 solo hermano.

¿Vivén Actualmente?

Sí

No

Hermano No. 1:

Edad: 18 años.

Padecimiento Actual:
Aparentemente sano.

Causa de Muerte:

Hermano No. 1:

Edad:

Padecimiento Actual:

Causa de Muerte:

Hermano No. 2:

Edad:

Padecimiento Actual:

Causa de Muerte:

Hermano No. 1:

Edad:

Padecimiento Actual:

Causa de Muerte:

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

¿Viví en Casa Propia?

Sí No

¿Vive Solo?

Sí No

¿Con quién Vive?: Con sus padres

No. De Habitaciones con las que cuenta: 3 habitaciones

¿de qué materiales están hechas?: muro y loza de concreto

Ocupantes por Habitación: 1

¿Cuenta con Sala para estar?

Sí No

¿Con que cocina los alimentos?: Aceite de oliva

¿Cuenta con Baño Ingles/Letrina?: Ingles

¿Es Baño Completo?

Sí No

¿Dentro o Fuera de Casa?: Dentro

¿Cuenta con los Servicios Básicos? (Electricidad, Agua, Drenaje, Basura). Sí No

HÁBITOS HIGIÉNICOS

¿Duerme Bien? Regularmente.

¿Cuántas Horas duerme al día?: 5 a 6 horas

¿con qué frecuencia se Baña?: Diario Ocasional

¿Con que Frecuencia se lava los dientes? Despues de cada comida

¿Utiliza Cepillo/ Pasta dental?: Sí No

¿Se lava las manos antes de comer y después de ir al Baño?: Sí
No

¿Se Corta las Uñas Frecuentemente?: Sí No

¿Cuántas veces come al día? 1 2 3 Ninguna

¿Qué tipo de Alimentos Consume?: Carnes rojas y blancas, verduras, frutas, frutos secos, quesos, leguminosas,

¿Consume algún tipo de Bebida Alcohólica? Sí No
¿Cuál?:

¿Consume Tabaco? (fumar). Sí No No. de Cigarros al día:

¿Consume algún Tipo de Estupefaciente? Sí No
¿Qué Tipo?:

¿Práctica Actividade Física? Sí No Sedentario(a)
¿Qué Clase de Actividad física?: Baloncesto

¿Cuáles son sus pasatiempos diarios?: Ir a la universidad, practicar baloncesto, hacer tareas, sacar a caminar mis caninos.

¿cuenta con Cartilla de Vacunación Completa y vigente? Sí No

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

¿Con qué frecuencia de administra Desparasitantes?

1 vez al Año 2 Veces al año 3 veces al Año Ninguno

¿Presentó Enfermedades en la Infancia? Sí No

¿Cuáles?: Alergias.

¿Ha tenido Secuelas? Sí No

Hospitalizaciones Previas. Sí No

Especificar:

Estado:

Jurisdicción:

Unidad de Salud:

Antecedentes Quirúrgicos. Sí No

Especificar:

Transfuciones Previas. Sí No

Especificar:

¿Fracturas?. Sí No

Especificar:

Traumatismos. Sí No

Especificar:

Otras Enfermedades: Sí No

Especificar: