

**Universidad del Sureste  
Licenciatura en Medicina Humana**

**César Samuel Morales Ordóñez.**

**Dra. Rosvani Margine Morales Irecta.**

**“El Inicio de la HC”.**

**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: / /

**Nombre:**

**Edad:**

**Sexo/Genéro:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Estado Civil:**

**Escolaridad:**

**Ocupación:**

**Nacionalidad:**

**Religión:**

**Grupo/Etnia:**

**Lugar de Residencia:**

**Lugar de Origen:**

**No. Telefónico:**

**Correo Eléctrico:**

**Tipo de Interrogatorio:**

**Caso Nuevo o Seguimiento:**

# ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

## Abuelo Paterno.

¿Vivé Actualmente?

Sí

Edad:

¿Algún Padecimiento Actual?

No

¿De qué Falleció?

¿Hace Cuanto Falleció?

## Abuela Paterna.

¿Vivé Actualmente?

Sí

Edad:

¿Algún Padecimiento Actual?

No

¿De qué Falleció?

¿Hace Cuanto Falleció?

## Abuelo Materno.

¿Vivé Actualmente?

Sí

Edad:

¿Algún Padecimiento Actual?

No

¿De qué Falleció?

¿Hace Cuanto Falleció?

## Abuela Materna.

¿Vivé Actualmente?

Sí

Edad:

¿Algún Padecimiento Actual?

No

¿De qué Falleció?

¿Hace Cuanto Falleció?

## Padre del Paciente.

¿Vivé Actualmente?

Sí

Edad:

¿Algún Padecimiento Actual?

No

¿De qué Falleció?

¿Hace Cuanto Falleció?

## Madre del Paciente.

¿Vivé Actualmente?

Sí

Edad:

¿Algún Padecimiento Actual?

No

¿De qué Falleció?

¿Hace Cuanto Falleció?

## Hermanos.

### 1. No. De Hermanos:

¿Vivén Actualmente?

Sí

No

**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:**

**Hermano No. 1:**

**Edad:**

**Padecimiento Actual:**

**Causa de Muerte:**

## **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.**

¿Vivé en Casa Propia?

Sí

No

¿Vive Solo?

Sí

No

¿Con quién Vive?:

No. De Habitaciones con las que cuenta:

¿de qué materiales están hechas?:

Ocupantes por Habitación:

¿Cuenta con Sala para estar?

Sí

No

¿Con que cocina los alimentos?:

¿Cuenta con Baño Ingles/Letrina?:

¿Es Baño Completo?

Sí

No

¿Dentro o Fuera de Casa?:

¿Cuenta con los Servicios Básicos? (Electricidad, Agua, Drenaje, Basura). Sí

No

# HÁBITOS HIGIÉNICOS

¿Duerme Bien?

¿Cuántas Horas duerme al día?:

¿con qué frecuencia se Baña?: Diario  Ocasinal

¿Con que Frecuencia se lava los dientes?

¿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?:

¿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?:

¿Cuáles son sus pasatiempos diarios?:

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

¿Con qué frecuencia de administra Desparasitantes?

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

# ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

¿Presentó Enfermedades en la Infancia? Sí  No

¿Cuáles?:

¿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:

# “GLOSARIO”

| <b>APETITO</b>        |  |
|-----------------------|--|
| <b>TERMINOLOGÍA</b>   | <b>SIGNIFICADO</b>   |
| Hiporexia/Anorexia.   | Disminución Parcial del Apetito.   |
| Polifagia.            | Aumento Exagerado del Apetito.   |
| Hipofagia.            | Disminución del Apetito.   |
| <b>SED</b>            |  |
| Hipodipsia.           | Ausencia o disminución de la Sed.  |
| Polidipsia.           | Sed Excesiva.  |
| <b>OJOS</b>           |  |
| Diplopía.             | Visión doble.  |
| Fosfenos.             | Percepción de Destellos Luminosos.   |
| Escotomas.            | Zonas del campo Visual en las que no hay visión.   |
| Miodesopsia.          | Percepción de pequeñas formas oscuras que flotan a través del campo visual.                        |
| Presbicia.            | Vista cansada/Agotada.   |
| Astenopia.            | Esfuerzo Ocular que causa Fatiga ocular.   |
| Nictalopía.           | Ceguera Nocturna.  |
| Amaurosis.            | pérdida temporal de la visión en un ojo debido a la ausencia de circulación de sangre a la retina. |
| Xeroftalmia.          | Resequedad de la zona Conjuntiva.  |
| Fotofobia.            | Sensibilidad a la Exposición de la Luz.  |
| Exoftalmos.           | Salida del Globo Ocular de manera Uni o Bilateral.   |
| <b>NARIZ</b>          |  |
| Anosmia.              | Ausencia del Olfato.   |
| Disosmia.             | Afectación del Olfato por causa Neurológica.   |
| Hiposmia.             | Disminución de la Capacidad olfativa.  |
| Hiperosmia.           | Aumento de la capacidad olfativa.  |
| Parosmia.             | Distorción de el Olfato.   |
| Cacosmia.             | Percepción de que todo huele desagradable/mal olor.  |
| Fatasmía.             | Alucinación Olfativa.  |
| Epistaxis.            | Sangrado Nasal.  |
| Rinorrea.             | Salida excesiva de líquido u moco de la Naríz.   |
| Congestión Nasal.     | Sensación de Taponamiento de las Fosas Nasaes.   |
| Coriza.               | Inflamación de la Mucosa nasal por origen vírico o Bacteriano.                                     |
| <b>LARINGOFARINGE</b> |  |
| Odinofagia.           | Dolor al Tragar/Deglutir.  |
| Disfonía.             | Disminución del Tono de Voz.   |
| Afonía.               | Ausencia de la Voz/Habla.  |
| <b>GUSTO</b>          |  |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| Ageusia.                     | Ausencia del Gusto.   |
| Disgeusia.                   | Distorción del Gusto.   |
| <b>CARDIORESPIRATORIO</b>    |   |
| Disnea.                      | Dificultad para Respirar.   |
| Ortopnea.                    | Dificultad para respirar estando en posición de Cúbito.                                   |
| Tretopnea.                   | Dificultad para respirar estando en posición de Cúbito Supino.                            |
| Platipnea.                   | Dificultad para respirar estando en Bipedestación(parado).                                |
| Disnea Paroxística Nocturna. | Dificultad para respirar mientras duerme.(de Noche)                                       |
| Espujo.                      | Secreción Mucosa producida por pulmones.  |
| Expectoración.               | Arrojar esputos por la Boca.  |
| Hemoptisis.                  | Presencia de Sangre en la Expectoración.  |
| Bronquitis.                  | Inflamación de Bronquios.   |
| Estertores.                  | Presencia de Sonidos Burbujeantes en las Respiraciones.                                   |
| Sibilancias.                 | Presencia de Sonidos Silvantes en las Respiraciones.                                      |
| Palpitación.                 | Sensación de salida del Corazón.  |
| Cianosis.                    | Coloración Purpura /Morada cuando no hay buena oxigenación.                               |
| Síncope.                     | Pérdida de Conciencia.  |
| Lipotimías.                  | Sensación de Pérdida de Conciencia.   |
| Singultus.                   | Hipo  |
| <b>VASCULAR</b>              |   |
| Ortostatismo.                | Disminución de la Presión Arterial estando de Pie luego de haber estado sentado/acostado. |

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>ARTERIAL</b> |   |
| Hipertensión.   | Aumento de la Presión Arterial.   |
| Hipotensión.    | Disminución de la Presión Arterial.   |
| Claudicación.   | Dolor Causado por la disminución del Flujo Sanguíneo que llegan a los Músculos durante elejercicio. |
| Hipotermía.     | Disminución de la temperatura.  |
| <b>VENOSA</b>   |   |
| Tortuosidad.    | Condición la cual hace que las venas tengan vueltas y rodeos de manera anómala.                     |
| Hipertermía.    | Aumento de la Temperatura.  |
| Plétora.        | Exceso de Sangre o Líquidos orgánicos en las venas.   |
| <b>URINARIO</b> |   |
| Micción.        | Orinar/Mear.  |
| Disuría.        | Dolor al Micceonar.   |
| Poliuría.       | Micción Excesiva.   |



|                         |   |
|-------------------------|---|
| Oliguria.               | Disminución en la Producción de Orina.  |
| Anuria.                 | Ausencia total de la Orina o en cuantía inferior a 50 ml en 24 horas.                       |
| Nicturia.               | Miccionar durante las noches.   |
| Opsiuria.               | Retraso en la eliminación de Líquido ingerido.  |
| Enuresis.               | Miccionar inconscientemente durante los períodos de sueño(mientras duerme).                 |
| Litiasis.               | Presencia de Calculos.  |
| Hematuria.              | Presencia de Sangre en la Orina.  |
| Hemoglobinuria.         | Presencia de hemoglobina en Orina.  |
| Proteinuria.            | Presencia de Proteínas Plásmaticas en la Orina.   |
| Coluria.                | La orina se torna de otros colores.   |
| Bacteriuria.            | Presencia de Bacterias en la Orina.   |
| Piuria.                 | Presencia de Pus en la Orina por algún proceso infeccioso.                                  |
| Bilirrubinuria.         | Presencia de Bilirrubina en la orina.   |
| Pneumaturia.            | Presencia de gases al momento de Miccionar.   |
| Nictamero.              |   |
| Nictamero.              | Número de Micciones durante el día.   |
| Incontinencia Urinaria. | Pérdida del Control de la Vejiga que causa salida inconciente de Orina.                     |
| Polaquiuria.            | Necesidad de Miccionar Muchas veces durante el día o la noche.                              |
| Estranguria.            | Micción Dificultosa que causa que no salga bien la orina.                                   |
| Prostatorea.            | Secreción que sale de la uretra el cual no tiene nada que ver con la Orina.                 |
| <b>GENITALES</b>        |   |
| Priapismo.              | Erección del Pene de manera Involuntaria.   |
| Criptorquidea.          | No hay descenso de un Testículo.  |
| Varicocele.             | Formación de Nódulos a través de las venas del cordón espermático y se remarcen en escroto. |
| Eyaculación Precoz.     | Salida Preatura del Contenido Espermático(semen) durante el coito.                          |
| Hemospermia.            | Aparición de Sangre en el semen o esperma.  |
| Espermatorrea.          | Salida de semen involuntaria/ sin estimulación previa.                                      |
| Anorgasmia.             | Ausencia de la percepción del Orgasmo.  |
| Esterilidad.            | Ausencia de la Producción de esperma.   |
| Eumenorrea.             | Menstruación con período Normal.  |
| Amenorrea.              | Ausencia de la Menstruación.  |
| Menarquía.              | Primera regla menstrual.  |
| Dismenorrea.            | Menstruación Dolorosa.  |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Opsomenorrea.         | Menstruación que se presenta en Periodos largos.   |
| Proimenorrea.         | Ciclos Menstruales que duran menos de 25 días .  |
| Hipermenorrea.        | Aumento de la cantidad de Sangre durante el período menstrual.                           |
| Hipomenorrea.         | Disminución de la cantidad de sangre durante el período menstrual.                       |
| Polimenorrea.         | Aumento del Volumen de Sangre en Períodos Menstruales cortos (21 días Aprox).            |
| Metrorragia.          | Sangrado anómalo durante la menopausia.  |
| Leucorrea.            | Secreción Blanquecina en la zona genital con presencia de leucocitos.                    |
| Hidrorrea.            | Secreción profusa de consistencia acuosa en los genitales.                               |
| Xantorrea.            | Secreción de Color amarillenta.  |
| Colorrea.             | Secreciones que se tonan de color verde.   |
| Prurito.              | Sensación de Comezón y ardor.  |
| Dispaneuria.          | Presencia de Dolor al Momento del Coito.   |
| <b>MAMAS</b>          |  |
| Mastodnia/Mastalgia.  | Presencia de dolor en las mamas.   |
| Pensantes.            | Perepción del aumento del peso de las mamas.   |
| Telorrea/Galactorrea. | Secreción lactea de las mamas.   |
| <b>DIGESTIVO</b>      |  |
| Gingivorragia.        | Sangrado de las encias.  |
| Glosodinia.           | Sensación Constante o Recurrente en la Boca(lengua).                                     |
| Sialorrea.            | Producción Profusa de saliva.  |
| Asialia.              | Ausencia de la producción de saliva.   |
| Xerostomía.           | Sensación de tener la Lengua Seca.   |
| Halitosis.            | Mal Aliento.   |
| Disfagia.             | Dolor al tragar.   |
| Odinofagia.           | Dolor al deglutir.   |
| Dispepsia.            | Sensación de llenura.  |
| Pirosis.              | Sensación de quemazón en la zona esofágica.  |
| Mericismo.            | Expulsión de comida no masticada desde el estómago y la vuelve a masticar y a tragar.    |
| Regurgitación.        | Expulsión de comida proedente del Esófago u estómago sin necesidad de que hayan náuseas. |
| Rumiación.            | Expulsión del contenido alimenticio masticado y vuelto a tragar.                         |
| Agruras.              | Percepción de Acidez Estomacal.  |
| Silguntus.            | Hipo.  |
| Anorexia.             | Disminución del apetito.   |

|   |  |
|---|--|
| Emesis.   | Vómito(salida de Contenido alimenticio desde el estómago).   |
| Hematemeses.                                    | Vómito con presencia de sangre.  |
| Melanemesis.                                    | Vómito con presencia de sangre con aspecto de posos de Café.   |
| Fecaloide.                                      | Vómitos con presencia de contenido fecal.  |
| Epigastralgia.                                  | Dolor que se presenta en la zona epigástrica.  |
| Indigestión.                                    | Sensación de Malestar o pesades estomacal.   |
| Borborigmos.                                    | Ruidos intestinales por paso de gases.   |
| Meteorismo.                                     | Salida Excesiva de flatulencias.   |
| Flatulencias.                                   | Gases intestinales/pedos.  |
| Estreñimiento.                                  | Condición por la cual la evacuaciones intestinales son en períodos de tiempo largos.   |
| Encopresis/compactación.                        | Presencia excesiva de materia fecal en la salida intestinal(ano/sigmoides).  |
| Diarrea.  | Evacuaciones excesivas de consistencia acuosa.   |
| Hematoquecia/Rectorragía.                       | Presencia de Sangre por Lesiones en el recto.  |
| Melena.   | Materia Fecal con presencia de sangre.   |
| Defecación.                                     | Evacuación intestinal de materia Fecal.  |
| Geofagía.                                       | Práctica de consumir tierra.   |
| Amilofagía.                                     | Ingestión excesiva de Almidón.   |
| Pagofagía.                                      | Deseo u adicción de masticar Hielo.  |
| Tricofagía.                                     | Consumo Compulsivo de Cabello.   |
| <b>Hígado y Vías Biliares.</b>                  |  |
| Intolerancia a los agentes Colecistoquinéticos. | Reacción adversa al consumir alguna sustancia que cause colico Biliar.   |
| Ictericia.                                      | Coloramiento de la Piel y Mucosas que se tornan de un color Amarillento.   |
| Coluria.  | Presencia de Hiperbilirrubinemia Conjugada.  |
| Acolia/Hipocolia.                               | Color Blanco u amarillento de las evacuaciones intestinales(heces).  |
| <b>HEMOLINFÁTICO</b>                            |  |
| Petequias.                                      | Puntos redondos y pequeños que se presnetan en piel debido al sangrado interno.  |
| Púrpura.  | Salpullidos de puntos color púrpura por sangrado de capilares sanguíneos que se derraman en piel, articulaciones u intestinos. |
| Equimosis.                                      | Mancha lívida que resulta de la sufución de la sangre a consecuencia de un golpe.  |

|                      |   |
|----------------------|---|
| Hematoma.            | Parte de la piel que se decolora a causa de la ruptura de vasos sanguíneos.               |
| Adenomegalia.        | Crecimiento anómalo de los Nódulos Linfáticos a casusa de un proceso infeccioso.          |
| Fenómeno de Raynaud. | Bloqueo de la irrigación sanguínea periférica que causa cianosis distal y decoloramiento. |
| <b>ENDOCRINO</b>     |   |
| Bocio.               | Crecimiento anómalo de la Glándula Tiroides.  |
| Letargía.            | Sensación de cansancio/fatiga.  |
| Bradilalia.          | Relentización del Hablá.  |
| Hiperquinesis.       | Movimiento excesivo de todos los músculos corporales.                                     |