



CESAR FELIPE MORALES SOLIS

**DRA. ROSVANI MARGINE MORALES
IRECTA**

SEMIOLOGIA

PLATAFORMA

PASIÓN POR EDUCAR

GRADO: 4

GRUPO: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 16 de marzo de 2024

HISTORIA CLINICA

Medico encargado: Cesar Felipe Morales Solís

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:

Odalís Guadalupe García LópezEdad: 20 añosFechas de nacimiento: 13/11/03Sexo: Masculino FemeninoReligión: CatólicaEstado civil: En relación

Grupo/etnia: _____

Escolaridad: UniversidadCorreo: Odalisgacrialopez@icloud.comNacionalidad: Canadiense

Lugar de residencia actual:

Ranchería cash, calle 5ta sur poniente Comitán de Domínguez ChiapasLugar de origen: Paso hondo, municipio de frontera Comalapa ChiapasNúmero telefónico: 9671064108

1. MOTIVO DE LA CONSULTA

Paciente acude a consulta por chequeo de su estado de salud recurrente, además de presentar astenia y adinamia desde hace 5 días que fue auto tratada con paracetamol

3. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

¿Diabetes, Quien? Abuelo paterno con tx,Tia paterna con tx, ta paterna con tx,¿HTA, Quien? Tia paterna con txCáncer, ¿Quién? Tia paterno 35 años dx de epilepsiaCon tx quirúrgico

Tipo: _____

¿Nefropatías, Quien? Tia paterna fallecida a los38 años con dx de insuficiencia renal crónica

¿Malformaciones, Quien?

Otro: Tio paterno 35 años dx de epilepsia con txSobrino paterno de 8 años dx de epilepsia con txSobrino materna de 6 años dx de epilepsia con tx

HISTORIA CLINICA

4. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

-TIPO SANGUINEO

A RH: + DESCONOCIDO

-VIVIENDA

¿Servicios básicos? SI NO Casa: _____

-Material de su hogar? Material resistente, piso firme, techo de losa

-Numero de recamaras? 4 -Tipos de habitaciones? Baños, 3 habitaciones, sala y cocina

HIGIENE

-Baño personal? Todos los días

-Cambio de ropa interior y exterior? Todos los días

-Aseo dental? Todos los días, 3 veces al día

-Aseo de manos? Después de cada comida y de ir al baño

-Corte de uñas? Cada 3 semanas

-Corte de cabello? Cada 6 meses

ALIMENTACIÓN

-Comidas al día? 6 comidas al día

-Que comió el día de ayer? Spagetti con rollos de pollo
4 quesadillas

-Alimentación saludable o no saludable?
saludable

HABITOS DE VIDA

-Practica algún deporte? No

-Ocupación? Estudiante

-Actividades cotidianas? Ir a la escuela y salida habituales

INMUNIZACIONES

-Cuenta con todas sus inmunizaciones? si

- De no ser así, ¿cuáles tiene? _____

FAUNA DOMESTICA

-Convivencia con animales? si

-Tipo de animal? 2 perros y 1 gato -Vive al interior o al exterior de su hogar? Exterior de la casa

-Inmunizados? todas

FAUNA NOSCIVA

-Convive con este tipo de fauna? (Ejem: Ratas, cucarachas, hormigas) hormigas

FLORA DOMESTICA

-Tipo de plantas? Flores, árbol de limón, savila -En el interior o exterior? Exterior

HISTORIA CLINICA

5. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

ADICCIONES

Tabaquismo: SI NO Cuantos por día? _____ Exfumador? _____

Alcohol: SI NO Años de consumó? _____ Ex - alcohólico? _____

Estupefacientes: SI NO Cuáles? _____

ALERGIAS

SI NO NO SE ¿Cuál? _____
Cortisona

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

- ¿Tipo de cirugía? _____ Extracción de los terceros molares - ¿Complicaciones? _____

- ¿Causa? _____ Impactación _____

ANTECEDENTES TRAUMATOLOGICOS

-Tipo de traumatismo? _____ - Secuelas? _____

-Tratamiento? _____ _____

ANTECEDENTES TRANSFUCIONALES

-Ha donado? _____ -Ha sido transfundido? _____

ENFERMEDADES

-Ha padecido con anterioridad alguna enfermedad de importancia? _____ si

-Cual/Cuales? _____
Epilepsia

-Tratamiento: _____ Valproato de magnesio

HISTORIA CLINICA

6. ANTECEDENTES GÍNECO-OBSTÉTRICOS.

-Edad de la menarca? 11 años -Ritmo menstrual? Regular -IVSA? 19 años

-Uso de método anticonceptivo? De barrera

-Número de:

Gestas/Embarazos: 0 Partos: 0 Abortos: 0 Cesáreas: 0

-Fechas de:

FUP: _____ FUA: _____ FUC: _____ Fecha de ultima regla: 11/03/24

-Presencia de flujo vaginal patológico? no Características: _____

-Realización de Papanicolau? Agosto 2023

-Realización de mastografía? _____

7. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

-SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO:

Presencia de mialgias en las extremidades inferiores, niega artralgias, niega rigidez, niega deformidad, niega disfunción, niega equimosis, niega dolor a la movilidad o a ciertas posturas

-SISTEMA NERVIOSO:

-Niega parestesia, niega atrofia, niega ataxia

HISTORIA CLINICA

8. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

-SISTEMA ENDOCRINO

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

-SISTEMA TEGUMENTARIO

Niega vesículas, niega ampollas, niegas pústulas, niega ronchitas

-APARATO RESPIRATORIO

Niega rinorrea, Niega obstrucción nasal, niega epistaxis, niega tos, niega expectoración

-APARATO CARDIOVASCULAR

Niega disnea, niega dolor precordial, presenta palpitaciones cardiacas, niega cianosis, niega edema

9. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

-APARATO DIGESTIVO

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

-APARATO UROGENITAL

Orina con coloración miel, niega espuma, niega hematuria, niega amenorrea, niega dispareunia, niega prurito valvular, niega secreciones transvaginales patológicas,

-SINTOMAS GENERALES

Astenia, adinamia mejora con una postura decúbito supino

9. DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS PREVIOS:

HISTORIA CLINICA

Medico encargado: _____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino

Fechas de nacimiento: _____

Estado civil: _____

Religión: _____

Escolaridad: _____

Grupo/etnia: _____

Nacionalidad: _____

Correo: _____

Lugar de residencia actual: _____

Lugar de origen: _____

Número telefónico: _____

1. MOTIVO DE LA CONSULTA

2. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

¿Diabetes, Quien? _____

¿Nefropatías, Quien? _____

¿HTA, Quien? _____

¿Malformaciones, Quien? _____

Cáncer, ¿Quién? _____

Otro: _____

Tipo: _____

HISTORIA CLINICA

3. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

-TIPO SANGUINEO

_____ RH: _____ DESCONOCIDO

-VIVIENDA

¿Servicios básicos? SI NO Casa: _____

-Material de su hogar? _____

-Numero de recamaras? _____ -Tipos de habitaciones? _____

HIGIENE

-Baño personal? _____

-Cambio de ropa interior y exterior? _____

-Aseo dental? _____

-Aseo de manos? _____

-Corte de uñas? _____

-Corte de cabello? _____

ALIMENTACIÓN

-Comidas al día? _____

-Que comió el día de ayer? _____

-Alimentación saludable o no saludable?

HABITOS DE VIDA

-Practica algún deporte? _____

-Ocupación? _____

-Actividades cotidianas? _____

INMUNIZACIONES

-Cuenta con todas sus inmunizaciones? _____

- De no ser así, ¿cuáles tiene? _____

FAUNA DOMESTICA

-Convivencia con animales? _____

-Tipo de animal? _____ -Vive al interior o al exterior de su hogar? _____

-Inmunizados? _____

FAUNA NOSCIVA

-Convive con este tipo de fauna? (Ejem: Ratas, cucarachas, hormigas) _____

FLORA DOMESTICA

-Tipo de plantas? _____ -En el interior o exterior? _____

HISTORIA CLINICA

4. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

ADICCIONES

Tabaquismo: SI NO Cuantos por día? _____ Exfumador? _____

Alcohol: SI NO Años de consumó? _____ Ex - alcohólico? _____

Estupefacientes: SI NO Cuáles? _____

ALERGIAS

SI NO NO SE ¿Cuál? _____

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

- ¿Tipo de cirugía? _____ - ¿Complicaciones? _____

- ¿Causa? _____

ANTECEDENTES TRAUMATICOS

-Tipo de traumatismo? _____ - Secuelas? _____

-Tratamiento? _____

ANTECEDENTES TRANSFUCIONALES

-Ha donado? _____ -Ha sido transfundido? _____

ENFERMEDADES

-Ha padecido con anterioridad alguna enfermedad de importancia? _____

-Cual/Cuales? _____

-Tratamiento: _____

HISTORIA CLINICA

5. ANTECEDENTES GÍNECO-OBSTÉTRICOS.

-Edad de la menarca? _____ -Ritmo menstrual? _____ -IVSA? _____

-Uso de método anticonceptivo? _____

-Número de:

Gestas/Embarazos: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____

-Fechas de:

FUP: _____ FUA: _____ FUC: _____ Fecha de ultima regla: _____

-Presencia de flujo vaginal patológico? _____ Características: _____

-Realización de Papanicolau? _____

-Realización de mastografía? _____

6. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

-SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO:

-SISTEMA NERVIOSO:

HISTORIA CLINICA

7. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

-SISTEMA ENDOCRINO:

-SISTEMA TEGUMENTARIO:

-APARATO RESPIRATORIO:

-APARATO CARDIOVASCULAR:

HISTORIA CLINICA

7. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

-APARATO DIGESTIVO:

-APARATO UROGENITAL:

-SINTOMAS GENERALES:

8. DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS PREVIOS