



Adriana Itzel Gallegos Gómez.

Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco.

Reporte de práctica.

Semiología.

4to semestre.

“B”.

HISTORIA CLÍNICA

Nº. De expediente: _____

I.- IDENTIFICACIÓN.

Nombre(S): Cielo Brissel Fernández Colín.

Edad: 20 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Domicilio: calle Hidalgo #4, colonia Miguel Alemán Localidad: Comitán de Domínguez, Chiapas.

Ocupación: Estudiante de universidad.

Municipio: Comitán de Domínguez, Chiapas.

Religión: católica

Lugar de nacimiento: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Nacionalidad: mexicana.

Tutor legal: no cuenta

Tipo de interrogatorio: directo

Nº de Seguro Popular: no cuenta

Nº de Teléfono: 963 148 40 37

INTERROGATORIO.

II.- ANTECEDENTES.

A). Hereditarios Familiares.

Paciente refiere abuelo paterno finado hace 10 años a causa de paro respiratorio, abuela paterna viva diagnosticada con HTA controlada con medicamentos (se desconoce), refiere haber tenido cirugía ocular causa desconocida, paciente refiere tener abuelo materno vivo diagnosticado con rinitis alérgica e hipertensión arterial controlada con medicamentos (se desconoce) , y problemas de circulación (controlados), paciente refiere abuela materna viva, diagnosticada con hipertensión arterial controlada con medicamentos (se desconocen), y refiere tener bacteria de tipo helicobacter pylori aparentemente controlada.

Paciente refiere tener papá vivo diagnosticado con hipertensión arterial controlada con medicamentos (se desconocen), paciente refiere tener mamá viva aparentemente sana, paciente refiere tener 3 hermanos aparentemente sanos.

Paciente refiere bisabuelo materno finado a causa de cáncer de estómago, paciente refiere tío paterno finado a causa de amiloidosis.

B). Personales no Patológicos.

Paciente vive en casa rentada, con 4 personas, con 2 habitaciones, 1 baño completo y 1 incompleto, casa hecha con materiales resistentes (cemento, ladrillos, piso de loseta, techo de loza), cuenta con 7 ventanas, 26 focos, cuenta con luz eléctrica, agua potable, drenaje, paciente tener un tinaco, refiere tener mascotas (zoonosis, un perro), convive con otros animales (3 gatos y un perro), baño diario, cambio de ropa interior y exterior diario, lavarse los dientes diario, come 3 veces al día, come fruta 4 veces a la semana, 4 veces a la semana, embutidos 2 veces a la semana (salchicha y jamón), carnes rojas (3 veces a la semana), carnes blancas (3 veces), cereales (2 veces a la semana), paciente refiere consumir agua todos los días, refrescos todos los días, lácteos todos los días, actividad física mínima.

Paciente refiere menarca; 13 años, ciclo menstrual regular, inicio de vida sexual negada, métodos anticonceptivos negados, paciente niega infecciones de transmisión sexual, refiere fecha de última menstruación; 15 de febrero, con duración de 5 días. Paciente niega abortos, partos negados, cesáreas negadas, hijos negados. Paciente niega enfermedades ginecológicas.

Paciente niega toxicomanías.

C). Personales Patológicos.

Paciente niega enfermedades, refiere alergias al pasto, piquetes de insectos, y al sol, paciente niega hospitalizaciones, paciente niega transfusiones, niega cirugías de cualquier tipo.

III. PADECIMIENTO ACTUAL.

A). Fecha de Iniciación

Paciente refiere acudir por fiebre hace 3 días (20 de mayo 2024) días sin medir, faringitis hace 4 días (19 de mayo 2024), refiere hiposmia hace 4 días (19 de mayo 2024).

B). Principales Síntomas de Iniciación.

- Fiebre.
- Faringitis.
- Hiposmia.

C). Evolución.

Paciente refiere sentirse mal cada día que pasa, sin mejor alguna, por lo que decide acudir al médico.

D). Sintomatología Actual.

Paciente refiere gastralgia, mialgias, e hiposmia.

E).- Terapéutica empleada anteriormente.

Paciente niega haber consumido medicamentos.

IV. INTERROGATORIO POR APARATOS.

A).- Aparato Digestivo.

Paciente refiere no haber tenido dispepsias, paciente refiere haber tenido anteriormente diarrea, paciente niega úlceras, paciente niega hematemesis.

B).- aparato Respiratorio.

Paciente niega haber presentado hipoxia, paciente niega epistaxis, paciente refiere tener hiposmia, paciente niega haber tenido afecciones en nariz.

C).- Aparato Urinario.

Paciente niega disuria, paciente hematuria, paciente niega incontinencia, paciente niega piuria, paciente niega nicturia, paciente niega litiasis.

D).- Aparato Genital.

Paciente niega haber presentado infecciones de transmisión sexual, paciente refiere eumenorrea, paciente niega vaginismo, paciente niega leucorrea.

E).- Aparato Cardiovascular.

Paciente niega haber tenido infartos agudos al miocardio, paciente niega afecciones circulatorias, paciente niega padecer hipertensión arterial.

F).- Sistema Nervioso.

Paciente refiere síncope, paciente no haber tenido hiporexia, paciente refiere haber tenido una jaqueca.

G).- Sistema Endócrino Vegetativo.

Paciente niega diaforesis, paciente niega hipertiroidismos e hipertiroidismo, paciente niega galactorrea.

H).- Sistema Locomotor.

Paciente refiere haber tenido oftalmalgia, paciente niega cuadriplegias, paciente niega abasia, paciente niega ataxia.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

PESO: 57 kg

TALLA: 155 cm

T.A.100/70 mmHG

PULSO: 90 lpm

TEMP. 36.5°C

RESP. 20 rpm

A).- Inspección General.

Se observa paciente activo – reactivo, consciente, alerta, orientado en tiempo, espacio y persona (3 esferas), sin alteraciones esqueléticas, cooperador al interrogatorio, piel color adecuado, bien perfundida, hidratada, tiene una turgencia elástica y rápidamente vuelve a su forma original. Paciente no presenta cambios en la coloración, pigmentación, dolor, prurito, alteraciones en las uñas.

B).- Cabeza.

Normocéfalo, tamaño normal, simétrica, sin lesiones ni cicatrices en piel y cuero cabelludo. La palpación de la cabeza nos confirma que no existe lesión alguna, no se palpan nodulaciones, ni hundimientos craneales, pupilas isocóricas normo reactivas, nariz sin desviación de tabique, sin presencia de alergias, pabellón auricular bien implantado, mucosa oral bien hidratada, sin presencia de halitosis, labios húmedos, sin lesiones, coloración normal, piezas dentales completas, sin presencia de caries.

C).- Cuello.

A la exploración física encontramos cuello cilíndrico, simétrico, corto, sin lesiones dérmicas, sin hundimientos, no se palpan nodulaciones, tráquea central, no se palpan ganglios, tráquea y cartílagos laríngeos sin dolor a la palpación, desplazable, tiroides no palpable.

D).- Tórax.

A la inspección se observa tórax simétrico, sin deformaciones, sin lesiones ni cicatrices, uso de musculatura accesoria, expansión buena y correcta, movimientos respiratorios aumentados. A la palpación se revela vibraciones vocales normales, movimientos de amplexión y amplexación, sin presencia de masas. No se palpa cadena ganglionar axilar, se percute matidez rígida, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, no se escuchan soplos ni ruidos agregados.

E).- Abdomen.

A la inspección, se observa abdomen simétrico, aspecto ligeramente globoso, sin presencia de cicatrices, movimientos peristálticos adecuados, sin ruidos, a la palpación superficial, no hay signos de hipersensibilidad cutánea, normo temperatura, blando, depresible, sin signos de visceromegalias, no doloroso.

F).- Sistema Locomotor.

Se observa paciente activo-reactivo, motilidad sin limitaciones, se observa tono normal, sin pérdida del relieve muscular, ni hipo o hipertonías, la paciente es capaz de coordinar los movimientos, así como de realizarlos de forma alternada, la marcha no presenta ninguna alteración en la marcha, no se observan ningún tipo de movimiento anormales, no presenta mioclonías, temblores, convulsiones, balismo, corea, distonía, tics, atetosis, distonías, entre otros.

DIAGNÓSTICOS:

A).- Diagnostico Principal.

B).- Otros Diagnósticos.

FECHA _____ **NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO** _____