



Pérez Pérez Karla Guadalupe
Alexa Martínez Martínez

DRA. Arely Aguilar

Historia clínica

**Propedeutica semiología y
diagnostico físico**

4C

Nombre: Alexa Martínez Martínez.

Edad: 21 años.

Fecha de nacimiento: 17/marzo/2003

Sexo: Femenino.

Estado civil: Soltera

Ocupación: Estudiante.

Domicilio: 1ra Ave. Ote Nte. #430.

Lugar de origen: La Trinitaria, Chiapas.

Nacionalidad: Mexicana.

No. De teléfono: 963-44-7035.

Correo: alexa03mm2@gmail.com

Tutor/ familiar/responsable: Liliana del Carmen Martínez López

Fecha: 16/Marzo/2024.

Hora:3:35 pm

Motivo de consulta: Dolor abdominal

ANTECEDENTES HEREDOMFAMILIARES

¿alguno de sus familiares ha presentado o tiene alguna enfermedad crónico degenerativa?

Abuelo paterno

La px refiere abuelo paterno finado por secuelas de COVID 19

Abuela paterna

La px refiere abuela paterna hipertensa, tratada con losartán

Abuelo materno

Abuelo materno con Diabetes Mellitus tipo 2, tratado y controlado con Metformina 500mg. También menciona haber tenido una operación hace más de diez años, el procedimiento quirúrgico fue una colecistectomía.

Abuela materna

Abuela materna con Diabetes Mellitus tipo II, tratado y controlado con metformina 500mg y linagliptina 5mg. Menciona también haber tenido una intervención quirúrgica apendicectomía.

Padre

Padre aparentemente sano. Con 43 años de edad.

Madre

Madre aparentemente sana. Con 43 años de edad.

Hermana

Hermana con hipotiroidismo controlado con levotiroxina de 25mg, con 12 años de edad.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Hogar: Proío

¿con que tipo de materiales está construida?

Construida de materiales resistentes (losa, block, loseta).

Num. de ventanas # 11 ventanas Puertas: 11 ¿Cuenta con cocina? Sí

Num. de baños # 3 ¿es completo? 2 completos. ¿Dónde está ubicado? 1 en el cuarto principal, 1 en la sala y 1 en el estudio.

¿Cuenta con los servicios básicos (agua potable, luz y drenaje)? La px refiere contar con todos los servicios básicos.

¿Convive con animales? La px refiere tener mascotas. ¿Están vacunados? Sí ¿Cuántos son? 5

¿Cuántas personas viven en su casa? 4

¿Practica algún deporte? sedentarismo ¿Cuál? No refiere. ¿Cuánto tiempo? No refiere.

¿Consume carne? Sí ¿Con que frecuencia la consume? La px refiere comer carne 4 veces por semana.

¿Consume verduras? Sí ¿Con que frecuencia? Px refiere consumir verduras 3 o 4 veces por semana.

¿Qué tipo de verduras consume? Zanahoria, chayote, papa, calabaza

¿Consume frutas? Sí ¿Qué tipo de frutas consume? Fresas, manzanas, plátanos, peras, melón, sandía

¿Consume cereales? ¿Con que frecuencia?

¿Consume tubérculos? ¿Qué tubérculos consume?

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

GENARAL

APETITO ¿alguna vez ha presentado los siguientes síntomas? La px no refiere haber presentado algunos de estos síntomas.

Hiporexia

Posfagia

Hipofagia

SED La refiere no haber tenido alguno de estos síntomas.

Hipodipsia

Polidipsia

FIEBRE : No ha presentado fiebre

Axilar

¿Ha presentado escalofríos? No refiere

¿Ha presentado diaforesis? No refiere

¿Ha presentado astenia? No refiere

¿Ha presentado adinamia? No refiere

¿Ha presentado lasitud? No refiere

¿Ha presentado fatiga? No refiere

¿Se ha sentido cansado? No refiere

¿Ha presentado prurito? No refiere

¿Ha tenido malestar general? No refiere

Normalmente ¿Cuántas horas duerme? Paciente refiere dormir de 6 a 7 hrs entre semana y en fin de semana de 8 a 10 hrs.

¿ha sufrido de insomnio? La paciente refiere haber sufrido de insomnio, más frecuente cuando toma mucho café

ASEO PERSONAL

¿Cuántas veces se baña? Paciente refiere bañarse 1 vez al día toda la semana.

¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día? 3 veces al día, después de cada comida

¿Usualmente cuantas veces se cambia las calcetas y su ropa interior? Paciente refiere cambiarse las calcetas después de regresar de la escuela y cuando va a salir. La ropa interior cada que se baña.

¿Cuántas veces se lava las manos y cada cuánto? Después de ir al baño y antes y después de comer.

¿Consume bebidas alcohólicas? Paciente refiere consumir alcohol ¿Con que frecuencia? 1 vez cada 3 o 6 meses.

¿Qué tipo de bebida toma? Tequila

¿Toma hasta llegar a la embriagues? La paciente refiere no siempre llegar al estado de embriaguez.

¿Es fumador activo? Niega ¿Qué fuma? No refiere

¿Con que frecuencia lo hace? No refiere

¿Sufre de estrés? Sí ¿es frecuente? En semana de exámenes y entrega de tareas.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Ojos

¿Ha presentado lo siguiente?

Agudeza visual

Visión borrosa

Diplopia

Escotomas

Miodespsia

Presbicio Astenopia

Nictalopia

¿Ha presentado dolor?

¿Ha presentado lagrimeo?

¿Ha presentado fotofobia?

Seco:

Prurito

Quemazón

Sensación arenosa:

¿Ha presentado Exoftalmos?

¿De qué tipo (unilateral o bilateral)?

La paciente niega haber presentado alguno de estos síntomas.

OIDOS ¿Ha presentado los siguientes síntomas?

Exoftalmo

Otalgia

Otorragia

Otorrea

Hipoacusia

Presbiacusia

Sordera

Tinnitus o acúfenos

Paciente niega haber presentado algunos de estos síntomas.

NARIZ

Olfato ¿ha presentado lo siguiente?

Anosmia

Disosmia

Hiposmia

Hiperosmia

Paresmia

Cacosmia

Epistaxis

Focal o sistémica

Congestión: Paciente refiere haber tenido congestión nasal hace 3 días aproximadamente.

Secreción

Obstrucción

A demás de presentar congestión nasal, niega haber presentado otros síntomas.

LARINGOFARINGE

¿Ha presentado lo siguiente?

Dolor. Paciente refiere haber presentado dolor hace 2 días

Ardor

Disfonía

Afonía

A demás de presentar dolor, niega haber presentado otros síntomas.

GUSTO

Gúscis

Ageusia

Disgeusia

La paciente niega haber presentado alguno de estos síntomas.

SABOR

¿puede percibir con facilidad los siguientes sabores?

Amargo

Salado

Agrio

Dulce

Umami

Paciente refiere percibir los sabores con facilidad.

TOS ¿De qué tipo (laríngeo o traqueal)?

Seco o producida

Única o en accesos

Intensidad ¿Con que frecuencia es la

tos?

¿Es emetizante?

Espujo y expectoración

Cantidad

Sabor

Viscosidad

Color

Olor

Pus

Paciente niega presentar signos de tos.

HEMOPTISIS

¿Presentaba lo siguiente?

Estrías

Sangre

Espuma

¿Contenía alimentos?

Paciente niega presentar algunos de estos síntomas.

BRONQUITIS

¿Con que frecuencia?

Paciente niega presentar bronquitis.

PRECORDALGIA

¿Presenta dolor anginoso?

¿Era opresivo?

Paciente niega presentar dolor

EDEMA

¿Es simétrica?

Paciente niega presentar edema.

HIPO

¿Es central o periférico?

Paciente niega presentar hipo.

PALPITACIONES

ORTOSTOLISMO

Arterial ¿ha presentado lo siguiente?: No refiere

Claudicación: No refiere

Hipotennia: No refiere

Cianosis distal: No refiere

Palidez: No refiere

Dolor ¿en reposo y a la exposición de frio? No refiere

Trastorno alterado: No refiere

Sensibilidad: No refiere

Ulceraciones: No refiere

Pigmentación: No refiere

Venosa: No refiere

Tortuosidad: No refiere

Varices :No refiere

Edema: No refiere

Hipertermia: No refiere

Dolo: No refiere

Paciente niega presentar algunos de estos síntomas.

DIGESTIVO

Boca ¿ha presentado lo siguiente?

Ulceras: No refiere

Pigmentación: No refiere

Caries : Paciente refiere haber tenido caries pero cuando era niña, aproximadamente a los 7 u 8 años de edad.

Gingivorragia: No refiere

Glosodinia: No refiere

Sialorrea: No refiere

Asiala: No refiere

¿ha presentado halitosis? No refiere

Paciente niega presentar algun sintoma.

MASTICACIÓN Y DEGLUCIÓN

Disfagia: No refiere

Odinofagia. No refiere

Aerofagia: No refiere

Reflujo gastroesofágico: Paciente refiere haber presentado reflujo por las noches.

Regurgitaciones: No refiere

Rumiación: No refiere

Mericismo : No refiere

Dispepsia: No refiere

Pirosis: Paciente refiere presentar pirosis por las mañanas.

Agruras: No refiere

Singultus: No refiere

Anorexia: Paciente refiere

haber presentado anorexia

toda la semana.

VOMITO

Cantidad: No refiere

Olor: No refiere

Sabor: No refiere

Hematemesis: No refiere

Melónemesis: No refiere

Fecaloide: No refiere

ABDOMEN

Distensión: Paciente refiere haber tenido distensión abdominal hoy en la mañana.

Dolor: No refiere

Epigastralgia Indigestión. No
refiere

Gorgoritos: No refiere

Meteorismo: No refiere

GENITALES

Ritmo actual

Eumenorrea

Amenorrea

Menstruación ¿ha presentado lo siguiente?

Opsomenorrea

Proyomenorrea

Hipermenorrea

Hipomenorrea

Polimenorrea

Orgomonorrea

Menorragia

Metrorragia

Niega haber presentado alguno de estos síntomas.

SECRECION Y FLUJO

Leucorrea

Hidrorrea

Xantorrea

Colorrea

¿Cuándo tiene relaciones sexuales ha presentado lo siguiente?

Dolor

Prurito

Prolapso

Libido

Dispareuria

Vaginismo

Anorgasmo

Menopausia

Niega haber presentado alguno de estos síntomas

MAMAS

Mastodinia

Pesantes

Lesiones

Úlceras

Retracción del pezón

Telorrea

Sangrado

Niega presentar alguna de estas sintomatología.

FRATULENCIA E INCAPACIDAD PARA PASAE GASES

Defecación

Variaciones

Constipación o estreñimiento

Obstipación

Encopresis

Diarrea

Hematoquecia

Rectorragia

Melena

¿Ha presentado dolor al defecar?

¿Presenta flujo?

¿Ha presentado tenesmo?

Niega presentar alguno de estos síntomas

ANO

Dolor

Ardor

Prurito

Lesiones

Incontinencia

Niega haber presentado alguno de estos síntomas

HECES

Cantidad

Olor

Color

Consistencia

¿En el contenido ha presentado lo siguiente?

Sangre

Moco

Purulento

Parasito

Esteolorrea

Alimentario

Lienteria

Niega presentar alguno de estos síntomas
HIGADO Y VIAS BILIARES

Intolerancia a colecistoquineticos

Ictericia

Coliuria

Prurito

Acolia

Hipocolia

Dolor

Niega presentar alguno de estos síntomas

NEUROLINFATICO

¿Ha presentado pica?

Palidez

Geofagia

Amilofagia

Pogofagia Tricofagia

Petequias

Purpura

Esquemesis

Hematomas

¿Ha presentado sangrado?

Espontaneo

Traumatismo

Gingivorragia

Dolor ¿en que áreas lo presento (cuello, axilas, ingle)

Adenomagalias

Fenómeno de Raynaud

Niega haber presentado alguno de estos síntomas.

URINARIO

¿Ha presentado dolor lumbar?

¿Presenta dolor al miccionar o a la distensión?

¿Ha presentado disuria?

Dolor

Ardor

Urgencia

Poliuria

Oliguria

Aniuria

¿Cuántas veces va al baño al día?

CONTENIDO

Lifiasis

Sedimento

Hematuria

Hemoglobinuria

Proteinuria

Coliuria

Bacteriuria

Piuria ¿Qué aspecto tiene?

¿Cómo es la coloración?

¿Tiene algún olor?

¿Contiene espuma?

Hipostenuria Isostenuria

Osmolaridad

Hipostenuria

Isostenuria

¿Cuándo inicia?

¿Tiene control a la hora de orinar?

¿Es fraccionado?

¿Al orinar hace esfuerzo?

¿Ha presentado penumatoria?

Niega presentar alguno de estos síntomas.

CHORRO

Bífido

Regadera

Espiral

¿Tiene interrupción?

Niega presentar unos de estos síntomas.

NICTOMERO

¿Cuántas veces va al baño en las mañanas y en las noches?

¿Ha sufrido incontinencia?

Polioquiuria ¿de que tipo (diurna o nocturna)?

Niega haber presentado alguno de estos síntomas