



**Mi Universidad**

*Nombre del Alumno: Sonia Araceli Huacash Méndez*

*Nombre del tema: el inicio de la HC*

*Parcial 1*

*Nombre de la Materia: propedéutica, Semiología y Diagnóstico clínico*

*Nombre del Profesor: Dra. Rosvani Margine Morales Irecta*

*Nombre de la licenciatura: Medicina Humana*

## HISTORIA CLÍNICA

Nº. De expediente: 432

### I.- IDENTIFICACIÓN

Nombre(S): Zenaida Saragos Jiménez Edad: 19 años Sexo: femenino

Estado Civil: soltera Ocupación: estudiante Escolaridad: media superior

Lugar de procedencia: Comitán de Domínguez Lugar de nacimiento: San Cristóbal de las casas, Chiapas

Domicilio: Miguel Alemán, calle Belisario Domínguez # 15

Municipio: \_\_\_\_\_ Servicio: Consulta externa

Nº de Teléfono: 9673000539

### INTERROGATORIO.

#### II.- ANTECEDENTES.

##### A). Hereditarios Familiares.

Abuela paterna finada hace aproximadamente 10 años por causas naturales

Abuelo paterno finado hace 7 años por causas naturales

Abuela materna finada hace 5 años por causas naturales

Abuelo materno finado hace 7 años por cirrosis, refiere desconocer posibles tratamientos

Madre viva aparentemente sana

Padre vivo secundario a diabetes, tratamiento desconocido

Hermano vivo aparentemente sano

Hermana viva aparentemente sana

Datos cardiovasculares: paciente refiere no tener familiares con patología relacionada

Datos endocrinos: paciente refiere no tener familiares relacionados con la patología

##### B). Personales no Patológicos.

Vivienda: casa propia de material duradero, piso firme, refiere contar con todos los servicios de urbanización (luz, agua, drenaje), con buena ventilación e iluminación, habita con 4 personas, cuenta con 4 cuartos, 1 cocina, 2 baños y una regadera, convivencia con animales +perro.

Hábitos higiénicos: refiere bañarse 4 veces a la semana, refiere cepillarse 4 veces al día

Hábitos dietéticos: paciente refiere consumir 3 alimentos al día, consumo de carnes blancas 3-4 veces a la semana, 2 litros de agua al día, leguminosas 2 veces a la semana, frutas y verduras de 4 a la semana.

Hábitos tabáquicos: niega consumir o haber consumido

Hábitos alcohólicos: niega consumir o haber consumido

Otras toxicomanías: niega consumir o haber consumido

### C). Personales Patológicos.

Enfermedades cardiovasculares: preguntado y negado

Enfermedades endocrinas: preguntado y negado

Enfermedades gastrointestinales: preguntado y negado

Quirúrgicos: preguntado y negado

Hospitalizaciones: negado

Traumatismos: negado

Transfusiones: preguntado y negado

Alérgicos: refiere ser alérgica al tener contacto con el polvo, pero niega alergias a animales y a alimentos

Inmunizaciones: paciente refiere tener esquema de vacunación infantil y de adolescencia completa

### Antecedentes gineco-obstétricos

Menarca: 13 años      Ritmo menstrual: 28x3      IVSA: negado

No. De parejas: 0      Método anticonceptivo: ninguno      ITS: Ninguno

**FUM: 23/02/2024      G:0 P:0 C:0 A:0**

### III. PADECIMIENTO ACTUAL.

**Fecha de iniciación: refiere haber iniciado hace 7 días**

**fiebre, tos, malestar general, rinorrea, cefalea**

B). Principales Síntomas de Iniciación:

cefalea y malestar general

C). Evolución:

paciente refiere presentar cefalea intensa, rinorrea con cambio de coloración, refiere temblores

D). Sintomatología Actual

Rinorrea, cefalea, fiebre, dinofagia

E). - Terapéutica empleada

anteriormente. Paracetamol 650mg 1

cada 24 horas

### IV. INTERROGATORIO POR APARATOS.

A). - Aparato Digestivo.

Niega distensión abdominal, pirosis, vomito, náuseas, diarrea, tenesmo, prurito anal, polifagia, anorexia, sitofobia, melenas,

B). - aparato Respiratorio.

Refiere tos seca, con predominio nocturno, niega disnea inspiratoria y espiratoria, bradipnea, taquipnea, polipnea, expectoración, hemoptisis

C). - Aparato Urinario.

Niega disuria, nicturia, coluria, estranguria, poliuria, anuria, hematuria, tenesmo, dolor, incontinencia urinaria, cambios de color y olor de la orina

D). - Aparato Genital.

Niega presencia de secreción, prurito, ardor, presencia de hogo, de olor anormal, ITS

E). - Aparato Cardiovascular.

Niega disnea, edema en miembros inferiores, palpitaciones, disnea paroxística nocturna, taquicardia, bradicardia, cianosis, calambres, varices, frialdad cutánea

F). - Sistema Nervioso.

Niega parestesias, irritabilidad, insomnio, temblor, convulsiones, tics nerviosos, desmayos, alteración en el estado de animo

G). - Sistema Endócrino Vegetativo.

Niega perdida de vello, infertilidad, piel seca, piel fría, intolerancia al frio o al calor, edemas duros, dolor óseo, desarrollo sexual precoz o tardío, cambios en la voz

H). - Sistema Locomotor.

Niega presencia de hipotonía, hipertonia, resistencia a los movimientos, refiere realizar movimientos de los diferentes segmentos corporales con presencia de sensibilidad profunda y superficial

I). - Síntomas Generales.

Tos seca, cefalea, rinorrea



EXPLORACIÓN FÍSICA: Paciente bien conformado, con integridad del cuerpo, consiente, con Glasgow de 15, cooperador en todos los procedimientos

PESO: 74kg TALLA: 1.54 cm T.A. 110/80 mmHg

PULSO: 90lpm TEMP. 37.6°c RESP. 22rpm

A). - Inspección General.

Paciente consiente, alerta, orientado en tiempo, espacio y persona, sin alteración en el estado musculo-nutricional y esquelético, con lenguaje coherente y fluido, facies compuesta, ropa limpia y fresca y sin presencia de olores desagradables

B). - Cabeza.

A la inspección se observa normocefalica, simétrico, sin presencia de lesión en piel y cuero cabelludo, cabello abundante. Sin signos de alopecia

C). - Cuello.

Cuello cilíndrico, simétrico, alargado, sin presencia de lesiones en piel, hundimiento, nodulaciones, tráquea central. No se palpa ganglios, tráquea y laringe palpables sin dolor a la palpación, presenta buena forma muscular, tiroides no palpables

D). - Tórax.

Tórax simétrico con expansión pulmonar normal, expansión de las bases y vértices conservadas, vibraciones vocales normales, respiración normal, sonoridad pulmonar normal en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos anormales

E). - Abdomen.

Blando, simétrico, piel con coloración normal, reflejos abdominales presentes, sin presencia de cicatrices, sin presencia de masas ni hernias, peristaltismo normal, matidez a la percusión

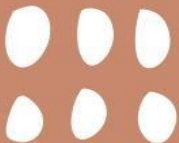
F). - Sistema Locomotor.

La paciente realiza los movimientos que se solicita sin ayuda, presenta movilización de los diferentes segmentos corporales, apreciando resistencia normal que el musculo le oponga, no presenta hipotonía ni hipertonía, sin presencia de resistencia a los movimientos, reflejos conservados con presencia de sensibilidad profunda y superficial

**DIAGNÓSTICOS:**

A). - Diagnostico Principal.

Resfriado común





## Escala de 3 esferas

Nos sirve para identificar el grado de conciencia del paciente, ya que es de suma importancia para saber en qué situación está el paciente, esto se realiza para saber si el paciente esta consiente, si sabe en qué lugar, tiempo y espacio se encuentra y de este modo verificar el que está pasando

## Escalas de Glasgow

Esta al igual que la anterior nos sirve para evaluar al paciente, para ver si no presenta un nivel de conciencia anormal

