



Nombre del Alumno: Karen Lizeth Nájera Carpio

Nombre del tema: Anamnesis

Nombre de la Materia: Propedéutica, Semiología y diagnóstico físico

Nombre del profesor: Dra. Rosvani Margine Morales Irecta.

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Comitán de Domínguez 15/03/2024

## Ficha de Identificación

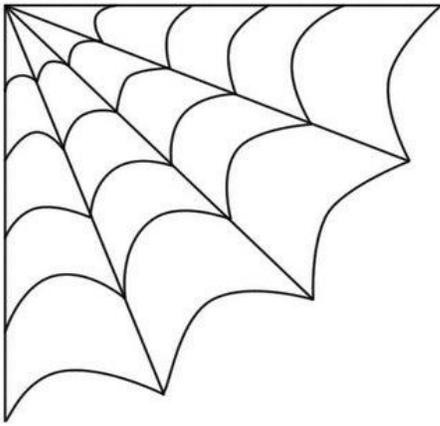
Nombre: Gabriel de Jesús Martínez Zea Edad: 20  
Residencia/Actual San Cristóbal de las Casas Q. Sexo: Masculino  
Lugar de nacimiento: San Cristóbal de las Casas C. Nacionalidad: Mx  
Idioma/Lenguas: (Negado) - ~~no habla ninguno~~  
ocupación: Estudiante Fecha y hora de Ingreso: 29-02-2024 1:58p  
Estado civil: Soltero  
# Teléfono: 967-151-46-95  
Responsable/Tutor: Gabriel Martínez S.  
Tipo de Interrogatorio: Directo Fecha y hora de Egreso:  
Escolaridad: Superior (Licenciatura Medicina Humana)  
Etnia/Grupo: Negado

### Antecedentes Heredo Familiares

- Abuelo paterno: vivo, con hipertensión con evolución de 6 años, con Tx.
- Abuelo Materno: Finado Diabetes mellitus, a los 70 años.
- Abuela paterna: viva, Diabetes e hipertensa con 76 años, con 12 años de evolución con Tx.
- Abuela materna: finada Secundaria a Infarto.

### Antecedentes no patológicos:

- Casa propia, a base de materiales duraderos, consta con 4 habitaciones, un baño con todos los servicios básicos de urbanización (agua, luz, drenaje), con 2 habitantes.
- Hábitos: Se baña 7 veces a la semana, Cambios de ropa: todos los días, Alimentación: 3 veces al día, completa, Variada, Sin actividad física, Sin convivencia con animales domésticos o de corral, Toxicomanías negadas. Completo esquema de vacunación, Pasatiempo: no cuenta con pasatiempos.



## HISTORIA CLÍNICA

Nº. De expediente: 29270

### I.- IDENTIFICACIÓN.

Nombre(S): Gabriel de Jesús Martínez Zea \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ 20 Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle Barcelona #71 Localidad: San Cristóbal

Municipio: \_\_\_\_\_ San Cristóbal Servicio: Consulta externa

Nº de Seguro Popular: 897654 Nº de Teléfono: 967-151-46-95

### INTERROGATORIO.

#### II.- ANTECEDENTES.

##### A). Hereditarios Familiares.

Abuelo paterno: vivo, con hipertensión con evolución de 6 años con tratamiento

Abuelo materno: finada con diabetes mellitus con 70 años de edad.

Abuela paterna: viva, diabetes e hipertensión. Con 76 años de edad, con 12 años de evolución con tratamiento

Abuela materna: finada secundaria a infarto

##### B). Personales no Patológicos.

Casa propia, en base de material duradero, consta con 4 habitaciones, un baño con todos los servicios básicos de urbanización (agua, drenaje, luz, internet), con 2 habitaciones.

Hábitos: Se baña 7 veces al día a la semana, cambios de ropa todos los días

Alimentación: 3 veces al día, completa, variada

Sin actividad física. No hay convivencia con animales domésticos o de corral.

Toxicomanías negadas y preguntadas, esquema completo de vacunación, no cuenta con pasatiempos.





C). Personales Patológicos.

Paciente refiere no haber padecido alguna patología durante la infancia.

Niega antecedentes hipertensivos, diabéticos, no quirúrgicos, accidentes, traumatismos, fracturas, transfusiones de sangre, alergias e incapacidades, enfermedades renales, infectocontagiosas, oncológicas, hospitalarias.

### III. PADECIMIENTO ACTUAL.

A). Fecha de Iniciación \_\_\_\_\_

B). Principales Síntomas de Iniciación.





C). Evolución.

D). Sintomatología Actual.

E).- Terapéutica empleada anteriormente.

#### IV. INTERROGATORIO POR APARATOS.

A).- Aparato Digestivo: Con apetito normal, sin odinifagia, disfagia halitosis, flatulencias ni regurgitaciones.

B).- aparato Respiratorio:

C).- Aparato Urinario.

D).- Aparato Genital.

E).- Aparato Cardiovascular.

F).- Sistema Nervioso.

G).- Sistema Endócrino Vegetativo.

H).- Sistema Locomotor.





I).- Síntomas Generales.

EXPLORACIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ T.A. \_\_\_\_\_

PULSO: \_\_\_\_\_ TEMP. \_\_\_\_\_ RESP. \_\_\_\_\_

A).- Inspección General.

B).- Cabeza.

C).- Cuello.

D).- Tórax.

E).- Abdomen.

F).- Sistema Locomotor.

DIAGNÓSTICOS:





A).- Diagnostico Principal.

B).- Otros Diagnósticos.

FECHA \_\_\_\_\_ NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

Tel: 9671673519

Domicilio: Calle Suterterm #2 Barrio de San Diego, 29270 San Cristóbal de las Casa Chiapas

Correo: Karennajera@gmail.com

