

HISTORIA CLÍNICA
Interrogatorio indirecto

Fecha valoración: 13/10/2023

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Guillermo Agustín Oca Solís

Fecha de nacimiento 15/07/1979

Edad: 45 años

Entidad de nacimiento: Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas Sexo: M F No. Expediente 0123456789

Estado civil: Casado

Religión: Católica

Escolaridad: Licenciatura terminada

Ocupación: Abogado

Derechohabencia No

Caso nuevo o seguimiento: Caso nuevo

Grupo étnico: Ninguno

Responsable del paciente: Karla Lua Maza

II. Antecedentes Heredofamiliares

1. Madre hipertensa y asmática

2. Hermana menor con HTA

III. Antecedentes Personales No Patológicos

Tabaquismo Sí No, ¿Cuántos? 7 Exfumador Sí No, Fumador Pasivo Sí No, Alcohol Sí No, Ex - alcohólico y/o Ocasional Sí No, Alergias Sí No, Especificar _____

Tipo Sanguíneo O Rh + Se Desconoce , Vivienda con Servicios Básicos: Sí No, _____

Otros: _____ Farmacodependencia, Sí No, desconocido _____, Años de Consumo 2

IV. Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarca _____ años de edad, Ciclos Regulares Sí No, Ritmo x

Fecha Última Menstruación ___/___/___, Polimenorrea Sí No, Hipermenorrea Sí No,

Dismenorrea, Sí No, Incapacitante, Sí No, IVSA _____ años No. Parejas Sexuales _____, Fecha

de Última Citología (PAP) _____ x/ x/ x, Resultado _____, Método de

Planificación Actual _____

V. Antecedentes Personales Patológicos

1. Presento covid-19 hace 3 años

2. Cefalea migrañosa

Antecedentes Quirúrgicos Si No , **Especificar** Interrogado y negado

Transfusiones Previas, Si No , **Especificar** Interrogado y negado

Fracturas, Si No , **Especificar** Interrogado y negado

Traumatismo, Si No , **Especificar** Interrogado y negado

Otra Enfermedad, Si No , **Especificar** Hipertensión

VI. Motivo de Ingreso

1. No puede respirar bien y dolor constante en el pecho al toser

2. _____

VII. Padecimiento Actual

1. Presenta disnea aprox de 8 días de evolución tipo acompañe de pequeños silbidos en la espiracion

2. Tos seca que aumenta al inclinarse o realizar actividad fisica

VIII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

Respiratorio /Cardiovascular: Refiere dificultad respiratoria y tos seca

Digestivo: Interrogado y negado

Endocrino: Interrogado y negado

Musculo-Esquelético: Presenta debilidad muscular

Genito-Urinario Interrogado y negado

Hematopoyético - Linfático Interrogado y negado

Piel y Anexos: Interrogado y negado

Neurológico y Psiquiátrico Interrogado y negado

IX. Ficha Clínica

TA. 120/80 mmHg. FC/Pulso 97 Imp x min. FR 16 rp x min. Temp. 36.5 °C Peso 73 Kg. Talla 1.75 mts.

Habitus Exterior: Px encamado

Piel y Anexos: Piel palida y seca

Cabeza y Cuello Normocefalo, sin dolor a la palapacion, nodepresiones, cuero cabelludo normocoloreado y buena implantación, presenta escloritida ictérica.

Tórax: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

Abdomen: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

Genitales: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

Extremidades: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

Sistema Nervioso: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

X. Estudio de Imagen/ Exámenes de Laboratorio Previos a su Ingreso

Hemograma

XI. Análisis, Integración y Terapéutica

Probables Diagnósticos:

1. EPOC con relación a px fumador

2. _____

Plan de Estudio:

1. Prueba de urea, creatinina, glicemima y bilirrubina

2. _____

3. _____

Terapéutica Inicial:

1. Broncodilatador

2. Anticolinergico

XII. Observaciones y/o Comentarios Finales

Ninguno

Condición:

Reservado

Pronóstico:

Reservado

HISTORIA CLÍNICA
Interrogatorio indirecto

Fecha valoración: 13/10/2023

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Victor Manuel Ramos Aguilar

Fecha de nacimiento 15/07/1979

Edad: 45 años

Entidad de nacimiento: Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas Sexo: M F No. Expediente 0123456789

Estado civil: Casado

Religión: Catolica

Escolaridad: Licenciatura termiada

Ocupación: Abogado

Derechohabencia No

Caso nuevo o seguimiento: Caso nuevo

Grupo étnico: Ninguno

Responsable del paciente: Sonia Adriana Lua Peña

II. Antecedentes Heredofamiliares

1. Abuelo paterno fallecido por paro cardiorespiratorio

2. Hermana menor con asma y DM2

III. Antecedentes Personales No Patológicos

Tabaquismo Si No , ¿Cuántos? 7 Exfumador Si No , Fumador Pasivo Si No No x , Alcohol Si No No x ,
Ex - alcohólico y/o Ocasional Si No No x Alergias Si No No x , Especificar _____

Tipo Sanguíneo O Rh + Se Desconoce , Vivienda con Servicios Básicos: Si No , _____

Otros: _____ Farmacodependencia, Si No , _____ desconocido _____, Años de Consumo 2

IV. Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarca _____ años de edad, Ciclos Regulares Si No , Ritmo _____ x _____ ,

Fecha Ultima Menstruación _____/_____/_____, Polimenorrea Si No , Hipermenorrea Si No ,

Dismenorrea, Si No , Incapacitante, Si No , IVSA _____ años No. Parejas Sexuales _____, Fecha

de Ultima Citología (PAP) _____ x/_____/_____, Resultado _____, Método de

Planificación Actual _____

V. Antecedentes Personales Patológicos

1. Presento covid-19 hace 3 años

2. HTA de 5 años de evolución con tx metropolol sin complicaciones

Antecedentes Quirúrgicos Si No , **Especificar** Interrogado y negado

Transfusiones Previas, Si No , **Especificar** Interrogado y negado

Fracturas, Si No , **Especificar** Interrogado y negado

Traumatismo, Si No , **Especificar** Interrogado y negado

Otra Enfermedad, Si No , **Especificar** Hipertensión

VI. Motivo de Ingreso

1. No puede respirar bien y dolor constante en el pecho al inspirar

2. _____

VII. Padecimiento Actual

1. Presenta tos aprox de 14 días de evolución predominio matutino, evoluciona tos con expectoración al 3 día, tos sin mejoría con paracetaol y ambroxol

2. Tos seca que aumenta al inclinarse o realizar actividad física

VIII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

Respiratorio /Cardiovascular: Refiere dificultad respiratoria y tos seca

Digestivo: Interrogado y negado

Endocrino: Interrogado y negado

Musculo-Esquelético: Presenta debilidad muscular

Genito-Urinario Interrogado y negado

Hematopoyético - Linfático Interrogado y negado

Piel y Anexos: Interrogado y negado

Neurológico y Psiquiátrico Interrogado y negado

IX. Ficha Clínica

TA. 120/80 mmHg. FC/Pulso 97 lmp x min. FR 16 rp x min. Temp. 36.5 °C Peso 73 Kg. Talla 1.75 mts.

Habitus Exterior: Px encamado

Piel y Anexos: Piel palida y seca

Cabeza y Cuello Normocefalo, sin dolor a la palapacion, nodepresiones, cuero cabelludo normocoloreado y buena implantación.

Tórax: A la auscultación campos pulmonares de hemitórax bilateral anterior con rudeza respiratoria, campo pulmonar basal izquierdo con estertores gruesos y subcrepitantes

Abdomen: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

Genitales: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

Extremidades: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

Sistema Nervioso: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

X. Estudio de Imagen/ Exámenes de Laboratorio Previos a su Ingreso

Hemograma

XI. Análisis, Integración y Terapéutica

Probables Diagnósticos:

1. Neumonía

2. _____

Plan de Estudio:

1. Cultivo de expectoracion

2. Tele de torax

3. _____

Terapéutica Inicial:

1. Broncodilatador

2. Levofloxacino iv 500 mg por 7 días

XII. Observaciones y/o Comentarios Finales

Ninguno

Condición:

Reservado

Pronóstico:

Reservado

HISTORIA CLÍNICA
Interrogatorio indirecto

Fecha valoración: 13/10/2023

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Marco Gutierrez Lopez

Fecha de nacimiento 15/07/1979

Edad: 45 años

Entidad de nacimiento: Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas Sexo: M () F () No. Expediente 0123456789

Estado civil: Casado

Religión: Catolica

Escolaridad: Tecnico

Ocupación: Mantenimiento industrial

Derechohabencia No

Caso nuevo o seguimiento: Caso nuevo

Grupo étnico: Ninguno

Responsable del paciente: Karla Lua Maza

II. Antecedentes Heredofamiliares

1. Madre hipertensa y asmatica

2. Hermana menor con HTA

III. Antecedentes Personales No Patológicos

Tabaquismo Si No , ¿Cuántos? 4 Exfumador Si No , Fumador Pasivo Si No No x , Alcohol Si No No x ,
Ex - alcohólico y/o Ocasional Si No No x Alergias Si No No x , Especificar _____

Tipo Sanguíneo O Rh + Se Desconoce , Vivienda con Servicios Básicos: Si No No , _____

Otros: _____ Farmacodependencia, Si No , _____ desconocido _____ , Años de Consumo 2 _____

IV. Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarca _____ años de edad, Ciclos Regulares Si No , Ritmo x _____ ,

Fecha Ultima Menstruación _____/_____/_____, Polimenorrea Si No , Hipermenorrea Si No ,

Dismenorrea, Si No , Incapacitante, Si No , IVSA _____ años No. Parejas Sexuales _____ , Fecha

de Ultima Citología (PAP) _____ x/_____/_____, Resultado _____ , Método de

Planificación Actual _____

V. Antecedentes Personales Patológicos

1. Refiere presentar asma en la infancia pero no recuerda cuando

2. HTA con 5 años de diagnostico con mal apego al tratamiento

3. Alérgico a pelo de gato

Antecedentes Quirúrgicos Si No , **Especificar** Interrogado y negado

Transfusiones Previas, Si No , **Especificar** Interrogado y negado

Fracturas, Si No , **Especificar** Interrogado y negado

Traumatismo, Si No , **Especificar** Interrogado y negado

Otra Enfermedad, Si No , **Especificar** Hipertensión

VI. Motivo de Ingreso

1. No puede respirar bien

2. _____

VII. Padecimiento Actual

1. Presenta disnea aprox de 8 hrs de evolución tipo paroxístico nocturno acompañe de pequeños silbidos en la espiracion.

2. Tos seca

VIII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

Respiratorio /Cardiovascular: Refiere dificultad respiratoria _____

Digestivo: Interrogado y negado

Endocrino: Interrogado y negado

Musculo-Esquelético: Presenta debilidad muscular

Genito-Urinario Interrogado y negado

Hematopoyético - Linfático Interrogado y negado

Piel y Anexos: Interrogado y negado

Neurológico y Psiquiátrico Interrogado y negado

IX. Ficha Clínica

TA. 130/90 mmHg. FC/Pulso 70 lmp x min. FR 24 rp x min. Temp. 38 °C Peso 64 Kg. Talla 1.65 mts.

Habitus Exterior: Px encamado

Piel y Anexos: Presenta ligera edematización en extremidades

Cabeza y Cuello Normocefalo, sin dolor a la palpacion, nodepresiones, cuero cabelludo normocoloreado y buena implantacion

Tórax: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

Abdomen: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

Genitales: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

Extremidades: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

Sistema Nervioso: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

X. Estudio de Imagen/ Exámenes de Laboratorio Previos a su Ingreso

Ninguno

XI. Análisis, Integración y Terapéutica

Probables Diagnósticos:

1. Asma bronquial

2. _____

Plan de Estudio:

1. Espirometria

2. _____

3. _____

Terapéutica Inicial:

1. Budeonida 320/9 ug cada 12 hrs

2. _____

XII. Observaciones y/o Comentarios Finales

Ninguno

Condición:

Reservado

Pronóstico:

Reservado
