

HISTORIA CLÍNICA
Interrogatorio indirecto

Fecha valoración: 13/10/2023

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Froilan Arturo Hernandez Huerta

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: Karla Lua Maza

II. Antecedentes Heredofamiliares

1. Madre hipertensa y portador de falcemia

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. Falceia diagnosticada ala nacer

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

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: 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. Anemia falciforme

2. _____

Plan de Estudio:

1. Prueba de urea, creatinina, glicemima y bilirrubina

2. _____

3. _____

Terapéutica Inicial:

1. Hidroxiurea 20 mg por 8 semanas

2. _____

XII. Observaciones y/o Comentarios Finales

Ninguno

Condición:

Reservado

Pronóstico:

Reservado

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. Dolor en la parte baja de la espalda y cabeza

2. Vomitos

VII. Padecimiento Actual

1. Presenta dolor lumbar derecho e izquierdo 7/10 según la escala de dolor analoga

2. Presenta olor fuerte en orina, coluria y urgencia urinaria.

3. Presenta vomitos

VIII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

Respiratorio /Cardiovascular: Interrogado y negado

Digestivo: Presenya nauseas y vomito. Niega diarrea o estreñimiento

Endocrino: Interrogado y negado

Musculo-Esquelético: Presenta debilidad muscular

Genito-Urinario Presenta disuria, tenesmo vesical y coluria

Hematopoyético - Linfático Interrogado y negado

Piel y Anexos: Interrogado y negado

Neurológico y Psiquiátrico Interrogado y negado

IX. Ficha Clínica

TA. 125/80 mmHg. FC/Pulso 89 lmp x min. FR 24 rp x min. Temp. 37.8 °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 palapacion, 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. IRA
2. _____

Plan de Estudio:

1. Hemograma completo
2. Perfil lipidico
3. Glucosa, urea, creatinina

Terapéutica Inicial:

1. Dieta blanda
2. Examen de orina al dia del tx empirico
2. Norfloxacina 400 mg cada 12 hr por 7 dias

XII. Observaciones y/o Comentarios Finales

Ninguno

Condición:

Reservado

Pronóstico:

Reservado

HISTORIA CLÍNICA

Interrogatorio indirecto

Fecha valoración: 13/10/2024

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Pablo Gutierrez Constantino

Fecha de nacimiento 15/07/1978

Edad: 50 años

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

Estado civil: Casado

Religión: Catolica

Escolaridad: Licenciatura terminada

Ocupación: Cocinero

Derechohabencia No

Caso nuevo o seguimiento: Caso nuevo

Grupo étnico: Ninguno

Responsable del paciente: Karla Lua Maza

II. Antecedentes Heredofamiliares

1. Madre con sobrepeso

2. Padre con enfermedad coronaria

III. Antecedentes Personales No Patológicos

Tabaquismo Si No, ¿Cuántos? 10 Exfumador Si No No x, 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 No No, Vivienda con Servicios Básicos: Si No No, _____

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

IV. Antecedentes Ginecoobstétricos

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

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

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

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

Planificación Actual _____

V. Antecedentes Personales Patológicos

3. Hipertension sistólica de 10 años de evolución con tx desconocido

4. Ex en brazo izquierdo

5. Diabetes mellitus de 8 años de diagnóstico con mal apego al tratamiento

6. Gastritis sin tratamiento médico

7. Presento diarrea 1 semana antes de traumatismo

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 y DM2

VI. Motivo de Ingreso

1. Dolor en el epigastrio de 2 semanas de evolución, refiere visualización de sangre en heces en 3 deposiciones
2.

VII. Padecimiento Actual

1. Edema en miembros inferiores y dificultad para concentrarse.
2. Niveles TA y glucosa aumentados

VIII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

Respiratorio /Cardiovascular: Refiere dificultad a la respiración

Digestivo: Refiere dolor de alta intensidad de tipo progresivo

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. 160/100 mmHg. FC/Pulso 80 imp x min. FR 94 rp x min. Temp. 38.8 °C Peso 90 Kg. Talla 1.72 mts.

Habitus Exterior: Px encamado

Piel y Anexos: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

Cabeza y Cuello Se omite exploración por px encamado e inconsciente

Tórax: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos; crepitantes en bases pulmonares

Abdomen: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

Genitales: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

Extremidades: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos; crepitantes en bases pulmonares.

Sistema Nervioso: Se omite exploración por px encamado e inconsciente

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

Hemoglobina : 9,5 g/dL (anemia)

Glucosa en ayunas : 160 mg/dL

XI. Análisis, Integración y Terapéutica**Probables Diagnósticos:**

1. ERC estadio 4

2. _____

Plan de Estudio:

1. Perfil Lipídico

2. Química sanguínea

3. Tasa de Filtración Glomerular (TFG)

Terapéutica Inicial:

1. Uso de inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2

2. IECA o ARAII via oral (si no hay hiperpotasemia o compromiso de función renal)

2. _____

XII. Observaciones y/o Comentarios Finales

Explicar al paciente y a la familia la naturaleza progresiva de la enfermedad y las opciones de tratamiento de reemplazo renal, como hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal.

Condición:

Reservado

Pronóstico:

Reservado
