



**Nombre del alumno: Rashel Citlali
Rincon Galindo**

**Nombre del profesor: Alexandro
Alberto Torres Guillen**

**Nombre del trabajo: Historia Clínica
Materia: Medicina Interna**

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 5°

Grupo: B



UNIVERSIDAD VERACRUZANA
FACULTAD DE MEDICINA – XALAPA
HISTORIA CLÍNICA GENERAL

FECHA: 5 de septiembre	HORA: 12:00	Servicio: Urgencias	
TIPO DE INTERROGATORIO	• DIRECTO	• INDIRECTO	
<u>1.FICHA DE IDENTIFICACIÓN:</u>		PONDERACIÓN	
Nombre: Diego Rodríguez Vera	Edad: 22 años	Sexo: Masculino	
Nacionalidad: Mexicana	Religión: Católico	Escolaridad: Preparatoria	Estado Civil: Soltero
Domicilio: Avenida central poniente, colonia centro	Lugar de origen: Comitán de Domínguez	lugar de residencia: Comitán de Domínguez	

<u>2. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES</u>	PONDERACIÓN
Madre: refiere presentar hipertensión arterial controlada Padre: refiere no presentar antecedentes patológicos Abuelos paternos: abuelo finado desde hace 30 años por causas naturales, abuela viva aparentemente sana. Abuelos maternos: abuelo vivo aparentemente sano, abuela hipertensa desde hace 10 años y insuficiencia renal desde hace 2 años	

<u>3A. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS</u>	PONDERACIÓN
Vivienda: paciente refiere vivir en casa propia, con 6 personas, cuenta con 4 habitaciones y 3 baños completos, refiere vivir con casa de materiales resistentes, cemento, losa y piso de loseta) cuenta con 10 ventanas, cuenta con servicios básicos, luz y agua potable. Hábitos higiénicos: refiere todos los hábitos higiénicos posibles Hábitos dietéticos: paciente refiere ser vegano y no consumir ningún tipo de carne, fumador activo desde los 15 años y refiere consumir otras sustancias, lleva una vida sedentaria Antecedentes andrológicos: refiere presentar acné severo desde la adolescencia, con pérdida de cabello, Niega uso de esteroides o anabólicos, Se puede observar caracteres sexuales sin anomalías. Antecedentes gineco-obstétricos: Menarca: Ritmo menstrual (F/D/C): Inicio de vida sexual activa: 13 años No de parejas:4 Método anticonceptivo: condon Infecciones de transmisión sexual (ITS): F.U.M.: D.O.C.: Climaterio: Menopausia: Gestas: Partos: Cesáreas: Abortos: Cirugías o enfermedades ginecológicas (especificar): Alcoholismo: refiere consumo una vez al mes Tabaquismo: refiere consumo de una cajetilla al día Otras toxicomanías: negado	

<u>4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</u> En orden cronológico	PONDERACIÓN
Padecimientos previos: Antecedentes traumáticos: negado	

Alergias: negado

Transfusiones: negado

5. PADECIMIENTO ACTUAL		PONDERACIÓN
Fatiga, palpitations, disnea y presencia de pica		
6. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS		PONDERACIÓN
Aparato digestivo:	Paciente refiere presentar úlceras y dolor frecuente en el abdomen. Con presencia de pica. Niega presentar pigmentación o caries, El paciente niega tener problemas de masticación y deglución. Tiene presencia de reflujo gastro esofágico y dispepsia, sin presencia de hematemesis ni fecaloide, con presencia de melena.	
Aparato cardiovascular:	Paciente presenta Disnea y ligero dolor, presenta palpitations y niega presencia de hipertensión arterial, soplos, edema o claudicación intermitente.	
Aparato respiratorio:	Paciente refiere presentar disnea, al tomar la frecuencia cardiaca presenta taquicardia con una frecuencia cardiaca de 130 LPM al estar de pie y fatiga al realizar esfuerzo físico, presenta taquicardia.	
Aparato genitourinario:	Paciente refiere tener una micción normal con un adecuado control sin ser fraccionado y sin esfuerzo y sin presencia de dolor, niega lesiones en prepucio o secreciones.	
Órgano de los sentidos:		
Músculo-esquelético:		
Piel y anexos:		
Sistema endócrino:	Paciente niega polidipsia, poliuria, polifasia, sin presencia de problemas para tolerar frío y calor.	
Sistema nervioso:	El paciente no presenta a debilidad, parálisis, mareos, vértigos, síncope o convulsiones	
Esfera psíquica:		

7. EXPLORACIÓN FÍSICA						PONDERACIÓN
Peso: 65	Talla: 1.78	Pc:	Fc:	Fr:	Temperatura:	36.5
Inspección general:						
Piel y faneras:						
Pelo:						
Uñas:						
Otros:						
Cabeza:	Al inspeccionar presenta una forma normal, sin deformidades ni lesiones.					

Cuello:	Al inspeccionar presenta una forma normal, sin deformidades ni lesiones visibles.
Tórax:	Se presenta una forma normal, sin deformidades, En la palpación no se detectan áreas de dolor ni crepitación. En la percusión es clara en todo el tórax sin áreas de opacidad. En la auscultación ruidos respiratorias normales en todo el tórax.
Abdomen:	En la inspección la pared abdominal es lisa y sin deformidades, no se observan cicatrices o lesiones.
Genitales:	
Ano-recto:	
Extremidades superiores:	
Extremidades inferiores:	
Columna vertebral:	
Aparato vascular periférico:	
Esfera psicológica:	
Fenómenos autonómicos	
Áreas de resequedad:	
Áreas de hipersudoración:	
Temperatura uniforme:	

8. EXÁMENES DE LABORATORIO	PONDERACIÓN	
Se solicitan análisis de sangre: VCM: 76FL CHCM: 29/dl Hemoglobina (Hb): 10,2 g/dL (normal: 13,5-17,5 g/dL) Ferritina: 10 ng/mL (normal: 30-400 ng/mL)		

9. TERAPÉUTICA EMPLEADA PREVIAMENTE Y RESULTADOS OBTENIDOS	PONDERACIÓN	

10. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLINICOS)

PONDERACIÓN

ANEMIA FERROPENICA

11. TRATAMIENTO

PONDERACIÓN

12. ANÁLISIS DEL CASO

PONDERACIÓN

Bibliografía:

EVALUACIÓN DEL PROFESOR

13 Análisis del caso guiado por preguntas		PONDERACIÓN	
14. Responsable de la elaboración: Nombre (s) de estudiante (s)	Firmas (s)	PONDERACIÓN	
15. Entrega de la historia clínica.		PONDERACIÓN	
16. Retroalimentación al estudiante		PONDERACIÓN	