



Mi Universidad

Historia clínica

María Fernanda Pérez Guillén

Primer parcial

Propedéutica, semiología y diagnóstico físico

Dr. Alan de Jesús Morales Domínguez

Medicina humana

Cuarto semestre, grupo "C"

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 3 de marzo del 2025

HISTORIA CLÍNICA

Nº. De expediente: _____ 1 _____

I.- IDENTIFICACIÓN.

Nombre(S): _Valeria Martínez Soto_____ FN: _13 de octubre del 2004_____

Edad: _20 años_____ Sexo: _Femenino_____ Estado Civil: _Soltera_____

Domicilio (actual): _Barrio el Cedro, Comitán de Domínguez, Chiapas_____ Localidad de procedencia: _Ranchería Santiago el Vértice

Municipio de procedencia: _La Trinitaria, Chiapas_____ Servicio: _Consulta externa_____

Grupo Étnico: _Ninguno_____ Nº de Teléfono: _963 178 5432_____

INTERROGATORIO.

II.- ANTECEDENTES.

A). Hereditarios Familiares.

- No se reportan antecedentes familiares relevantes de enfermedades crónicas o hereditarias significativas.
- Familiares directos sin historial de hipertensión, diabetes o trastornos genéticos notables

B). Personales no Patológicos.

- La paciente reside en una casa de renta con acceso a servicios básicos como agua potable, drenaje, y electricidad. Casa de material duradero y resistente, piso firme y techo de losa. Vive sola sin hacinamiento, cuenta con dos habitaciones, baño inglés propio y cocina integral. Mantiene buenos hábitos de higiene: baño diario, cepillado dental tres veces al día y lavado frecuente de manos.
- Sigue una dieta balanceada con consumo regular de frutas, verduras, cereales y proteínas (carne, pollo y pescado), aunque menciona el consumo ocasional de alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas.
- Realiza actividad física moderada, como caminatas diarias y ejercicios ocasionales.
- Mantiene una rutina regular de estudio, con horarios definidos para el sueño y el descanso, lo que contribuye a su buen estado general.
- Consumo social ocasional de alcohol; niega uso de tabaco u otras sustancias psicoactivas.
- En el ámbito de vacunación, menciona tener su esquema básico completo.

C). Personales Patológicos.

- Niega haber padecido enfermedades infecciosas graves como tuberculosis, hepatitis, o infecciones de transmisión sexual.
- Refiere haber tenido varicela en la infancia, sin complicaciones posteriores.
- No presenta antecedentes de enfermedades crónicas como asma, hipertensión o diabetes.
- No ha requerido hospitalizaciones previas, ni ha tenido intervenciones quirúrgicas importantes.
- Niega alergias conocidas a medicamentos, alimentos o sustancias ambientales.
- No tiene antecedentes de consumo de sustancias tóxicas o adicciones.
- No ha recibido transfusiones sanguíneas.

D) Gineco-obstétricos/androgénicos

- La paciente refiere menarca a los 12 años, con ciclos menstruales regulares de 28 días, duración de 4 a 5 días, y flujo moderado sin presencia de dismenorrea severa significativa. Niega irregularidades menstruales, metrorragias o amenorreas. Vida sexual activa desde los 18 años con un total de números de pareja sexual de 1. Pareja estable actual, refiere uso regular de preservativo. No cuenta con actividades sexuales de riesgo y sin planificación familiar. Gesta:0. Partos:0. Cesáreas:0. Abortos:0. Hasta el momento, no se ha realizado papanicolaou ni exploración ginecológica debido a la falta de indicación médica previa.

III. REVISIÓN POR SISTEMAS

III. PADECIMIENTO ACTUAL.

La paciente se presenta a consulta en forma preventiva y de rutina, sin presentar síntomas activos ni alteraciones relevantes en su estado de salud. La evaluación integral se realiza en el marco de un control general, considerando su entorno universitario.

A). Fecha de Iniciación

La paciente refiere que, en el marco de su evaluación de rutina, no ha presentado síntomas específicos recientemente; sin embargo, menciona que desde hace aproximadamente 2 semanas ha sentido un leve incremento de ansiedad relacionado con su vida universitaria.

B). Principales Síntomas de Iniciación.

Inicialmente, el síntoma principal ha sido una sensación subjetiva de inquietud y nerviosismo en situaciones académicas, sin manifestaciones físicas significativas.

C). Evolución.

Durante este período, la paciente ha mantenido un buen estado de salud general. La ansiedad se ha manifestado de manera leve y esporádica, sin progresar hacia síntomas asociados a trastornos de ansiedad severos. No se han identificado alteraciones en otros sistemas del organismo.

D). Sintomatología Actual.

Actualmente, la paciente se encuentra asintomática en lo que respecta a procesos infecciosos o crónicos. El único hallazgo es un leve nivel de ansiedad, que no interfiere con sus actividades diarias ni con su rendimiento académico. Todos los demás sistemas se encuentran en condiciones normales.

E).- Terapéutica empleada anteriormente.

Hasta el momento, la paciente no ha requerido tratamiento médico específico. Ha implementado medidas de autocuidado, tales como técnicas de relajación y organización del tiempo, para manejar el leve nivel de ansiedad asociado a su entorno universitario. No ha utilizado medicación ni terapias farmacológicas, dado que su sintomatología es mínima y se encuentra dentro de parámetros normales para un proceso adaptativo.

IV. INTERROGATORIO POR APARATOS.

A).- Aparato Digestivo.

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: _____ F.C. _____ TEMP. _____ RESP. _____

A).- Inspección General.

B).- Cabeza.

C).- Cuello.

D).- Tórax.

E).- Abdomen.

F).- Sistema Locomotor.

G).- Resultados previos y actuales de estudio de laboratorio, gabinete y otros:

DIAGNÓSTICOS:

A).- Diagnostico Principal.

B).- Otros Diagnósticos.

C).- Pronóstico (para la vida y para la función)

D).- Indicaciones terapéuticas y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad, en su caso registrar terapia física, ocupacional, lenguaje u otras)

FECHA _____

NOMBRE Y FIRMA CEDULA DEL MEDICO