



**INSTITUTO DE SALUD  
DEL ESTADO DE CHIAPAS  
HISTORIA CLÍNICA**



Nº. De expediente: 2347

**I.- IDENTIFICACIÓN.**

Nombre(S): Francisco Javier Méndez López

FN: 12/28/1998

Edad: 26 años

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero

Domicilio: C carretera al cuartel S/N COL chichima concepción. Localidad: Comitán de Domínguez

Municipio: Comitán de Domínguez, Chiapas

Servicio: Consulta externa

Grupo Étnico: Ninguno Religión: Ninguna

Nº de Teléfono: 963 120 5657

**INTERROGATORIO.**

**II.- ANTECEDENTES.**

**A). Hereditarios Familiares.**

La paciente refiere antecedentes familiares de enfermedades comunes, sin impacto significativo en su estado de salud actual. Abuelo paterno sin antecedente, murió de causas naturales a los 75, abuela paterna con antecedentes de hipertensión que fue detectada a los 58 años, con tratamiento farmacológico, aún con vida, Padre sin antecedentes de importancia, aún con vida. Tío paterno con antecedentes de neoplasia maligna, detectado a los 40 años, sin tratamiento

Abuelo materno con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1, tratado con cambios de estilo de vida y constante revisión médica constante, detectada a los 50 años de edad, aún con vida, Abuela materna sin antecedentes de importancia, aún con vida. Madre con pre-diabetes- diagnosticada a los 43 años, tratada con cambios de estilo de vidas. Tío sin antecedentes de importancia.

Niega antecedentes de enfermedades hereditarias de importancia en la familia, tales como cardiopatías congénitas, síndromes de predisposición al cáncer, enfermedades autoinmunes sistémicas, trastornos hematológicos hereditarios o enfermedades neurodegenerativas

**B). Personales no Patológicos.**

El paciente reside en un entorno urbano, no cuenta con acceso a todos los servicios básicos, incluyendo agua potable, drenaje, su vivienda refiere estar hecha de concreto así como el piso, el techo siendo así una casa de paredes de block, contando con 7 cuartos con ventilación adecuada y 5 baños dentro de dicha vivienda, el paciente comenta que en su casa habitan 5 personas incluyendo su estancia, refiere contar con 10 perros como mascota el cual cuenta con sus vacunas correspondientes, niega vivir en hacinamiento, no ha estado expuesto a factores de riesgo ambientales, como contaminación extrema, exposición a metales pesados, solventes industriales o agentes químicos nocivos, mantiene hábitos higiénico-dietéticos adecuados, con una alimentación balanceada, variada y suficiente.

Su dieta incluye un consumo adecuado de proteínas de alto valor, carbohidratos, grasas insaturadas, fibra dietética, micronutrientes esenciales y antioxidantes. Refiere una ingesta hídrica promedio de 1.5 a 2.5 litros diarios, niega

consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas o fármacos sin prescripción médica, no refiere exposición a humo de segunda mano, realiza actividad física de manera irregular, consistente en ejercicio aeróbico moderado al menos 60 minutos por semana, mantiene un índice de masa corporal dentro de los parámetros normales.

Presenta higiene del sueño adecuada, con un patrón de descanso regular de 6 a 8 horas diarias, sin presencia de insomnio o alteraciones en el ciclo circadiano. Esquema de vacunación completo conforme a las recomendaciones del calendario nacional, incluyendo inmunización contra tétanos, difteria, hepatitis B, influenza y COVID-19

#### C). Personales Patológicos.

Paciente aparentemente sana, sin antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas o infecciosas de relevancia. Niega diagnóstico previo de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad, enfermedades tiroideas o trastornos metabólicos. Niega antecedentes de hospitalización, cirugías previas, procedimientos invasivos, transfusiones sanguíneas o traumatismos de consideración. No ha sido diagnosticada con enfermedades del aparato respiratorio, niega enfermedades hematológicas, no refiere antecedentes de enfermedades gastrointestinales, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca o síndrome de intestino irritable, niega enfermedades del sistema nervioso central o periférico, tales como migraña crónica, epilepsia, neuropatías hereditarias, enfermedades desmielinizantes o trastornos neurodegenerativos

#### D) Gineco-obstétricos/androgénicos

### III. PADECIMIENTO ACTUAL.

#### A). Fecha de Iniciación

Paciente acude a consulta médica de revisión general rutinaria, sin motivo de enfermedad actual. No refiere síntomas previos a motivado la valoración

#### B). Principales Síntomas de Iniciación.

La paciente no refiere cefalea, fiebre, escalofríos, astenia, adinamia, mialgias, artralgias, dolor torácico, disnea, palpitaciones, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, disuria, hematuria, edema, alteraciones en el estado de conciencia o cualquier otro síntoma sugestivo de enfermedad sistémica

#### C). Evolución.

No presenta cambios en su estado de salud, hasta el momento actual se presenta en buen estado de salud.

#### D). Sintomatología Actual.

Paciente con signos normales al momento de la valoración médica, sin afección sistémica, no refiere dolor, fiebre, síntomas gastrointestinales, urinarios, neurológicos ni respiratorios

#### E).- Terapéutica empleada anteriormente.

### 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**