



Mi Universidad

Actividad

Alexander Solórzano Monzón

Historia Clínica

Parcial I

Propedéutica, Semiología y Diagnóstico Físico

Dr. Alan de Jesús Morales Domínguez

Medicina Humana

Semestre IV

Comitán de Domínguez Chiapas a 3 de marzo de 2025

Nº. De expediente: _____

I.- IDENTIFICACIÓN.

Nombre(S): Esmeralda López Pérez FN: 28 de febrero de 1995

Edad: 30 años Sexo: Femenino Estado Civil: Soltera

Domicilio: Av. Diamante M1 Lte26 #112 Joyas del pedregal Municipio: Comitán de Domínguez

Familiar responsable: Alberto López Méndez (padre) Religión: catolicismo

Nº de Teléfono: 9631885245

INTERROGATORIO.

II.- ANTECEDENTES.

A). Hereditarios Familiares.

Paciente refiere padre de 50 años de edad, que padece hipertensión arterial, diagnosticada hace 15 años tratada con telmisartan y amlodipino, Abuelo paterno finado a los 75 años de edad, de aparentes causas relacionadas a la diabetes mellitus; Abuela paterna finada a los 50 años, de aparente cáncer. Además, menciona abuelo materno de 83 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, de hace 20 años, tratada con metformina y abuela materna de 80 años de edad, que padece hipertensión arterial, diagnosticada hace 17 años en tratamiento con telmisartan y amlodipino. Niega otros antecedentes de importancia.

B). Personales no Patológicos.

Paciente habita domicilio propio, en zona urbana, de material duradero, donde cuenta con 3 baños, 4 habitaciones, servicio de agua, alcantarillado, gas y energía eléctrica, cohabitan 5 personas sin hacinamiento, convivencia con animales negativa. Menciona bañarse una vez al día, cambios de ropa una vez al día, cepillarse los dientes 3 veces al día y lavarse las manos 3 veces por día. Refiere 3 comidas al día, consumo de frutas y verduras 3/7, de carnes y huevos 7/7, derivados de la leche 4/7 y cereales 7/7. Como única actividad física dice que camina por las tardes. Refiere beber alcohol desde hace 10 años, una vez a la semana sin llegar a la embriaguez, niega consumir tabaco, niega otras toxicomanías. Esquema de vacunación de 0-9 años aparente completo.

C). Personales Patológicos.

Niega enfermedades crónico-degenerativas, niega hospitalizaciones, niega procedimientos quirúrgicos o traumáticos, Refiere ser alérgica a las penicilinas, niega ser alérgica a cualquier otro medicamento o alimento.

D) Gineco-obstétricos/androgénicos

Menarca: 12 años, FUM: 27.01.2025, Ciclos menstruales: irregulares, IVSA: 19 años, NPS: 4, G:0, P:0, A:0, MPF: DIU de cobre.

III. PADECIMIENTO ACTUAL.

A). Fecha de Iniciación

24.02.2025

B). Principales Síntomas de Iniciación.

Cefalea, acompañada de mareos, náuseas y acufenos

C). Evolución.

Paciente femenina de 30 años de edad, que acude a consulta médica, refiriendo cefalea intensa, de hace aproximadamente 5 días, que se intensifica al realizar actividad física demandante, acompañada de mareos y náuseas. Posteriormente se agregan los acufenos, Niega emesis, Niega fosfenos, Niega dolor torácico, Niega palpitaciones.

D). Sintomatología Actual.

Actualmente cursa con cefalea 7/10 en la escala de ENA, mareos, náuseas y acufenos.

E). Terapéutica empleada anteriormente.

Menciona auto medicarse, aparentemente con paracetamol. Comenta mejoría referente al dolor.

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