



Mi Universidad

Historia clínica

Carlos Javier Velasco Sarquiz

Historia clínica

Primer Parcial

Propedéutica, semiología y Diagnostico Físico

Dr. Alan de Jesús Morales Domínguez

Medicina Humana

Cuarto semestre

Comitán de Domínguez Chiapas a 3 de Marzo del 2025

Historia clínica

Nº. De expediente: _____

I.- IDENTIFICACIÓN.

Nombre(S): Guadalupe Sarquiz Garcia

FN: 28/sep./1999

Edad: 25 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Domicilio: 10Av oriente sur

Localidad: Comitán

Municipio: Comitán

Servicio: _____

Grupo Étnico: Ninguno Nº de Teléfono: 9631034593

INTERROGATORIO.

II.- ANTECEDENTES.

A). Hereditarios Familiares. Abuelo paterno no presenta ninguna enfermedad, abuela materna presenta diabetes e hipertensión, abuelo materno no presenta ninguna enfermedad crónica degenerativa, abuela presenta hipertensión, el padre no presenta ninguna enfermedad crónica degenerativa y la madre tampoco presenta ninguna enfermedad crónica degenerativa, la paciente tiene dos hermanas y ninguna de las dos hermanas presentan enfermedades crónicas degenerativas, hermanos por parte de los abuelos paternos no presentan ninguna enfermedad crónica degenerativa, hermanos maternos no presentan ninguna enfermedad crónica degenerativa

B). Personales no Patológicos. Cuenta con una vivienda de material, cuenta con tres cuartos, dos baños cuenta con todos los servicios básicos, conviven con una mascota que es un perro que tiene en su patio trasero también cuenta con una buena higiene se baña una vez al día y en el cepillado son tres veces al día se muda la ropa una vez al día también en su alimentación es una alimentación balanceada como sus tres comidas tres veces al día y en su casa y cuando preparan los alimentos tienen una buena higiene al preparar los alimentos, tiene un buen Haceo de la casa la mascota que tiene cuenta con todas sus vacunas y todos sus desparasitantes y lo bañan cada 20 días

C). Personales Patológicos. No presenta diabetes ni hipertensión ni ninguna otra enfermedad crónica degenerativa, pero la paciente ha presentado una hospitalización por una cirugía de luxación congénita de cadera, no es alérgica a ningún tipo de medicamento, tiene reacción alérgica a la hiedra y la paciente presenta una hinchazón extrema y presenta dolor de huesos y le salen muchos granitos no ninguna toxicomanía, tiene vacuna completa de todas sus vacunas.

D) Gineceo-obstétricos/androgénicos. Su menarca fue a los 12 años y su última de fecha de menstruación fue el 28 de enero no tiene ciclos irregulares, no tiene vida sexual activa, número de parejas sexuales ninguna, no ha tenido ningún parto ni ninguna cesárea y tampoco ningún aborto no ha tenido ninguna enfermedad e infección en la zona íntima,

III. PADECIMIENTO ACTUAL.

A). Fecha de Iniciación

Inicio con los síntomas el 28 de febrero del 2025

B). Principales Síntomas de Iniciación.

Dolor de garganta, escurrimiento nasal, cefalea, mialgias y fiebre

C). Evolución.

La paciente entro al consultorio tuvo dolor al caminar al igual que se miraba muy cansada y pálida presenta mialgias y más cuando se sentó

D). Sintomatología Actual.

En estos momentos la paciente presenta una fiebre de 38°C al igual que mucha tos seca y cefalea y mialgia

E).- Terapéutica empleada anteriormente.

Té de manzanilla con miel, también tomo medicamento paracetamol para aliviar la fiebre

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