

HISTORIA CLINICA GENERAL

N° DE HISTORIA CLINICA

FECHA DE NACIMIENTO

AP. PATERNO

AP. MATERNO

NOMBRES

EDAD

FECHA DE INTERNACION

LOCALIDAD DE PROCEDENCIA

PROVINCIA

DPTO.

ESTADO CIVIL

HORA DE INTERNACION

RESIDENCIAL ACTUAL

OCUPACION LABORAL

N° C.I.

SERVICIOS

ANAMNESIS:

Paciente ()

Padre ()

Otros ()

Datos obtenidos:

Madre ()

Familiares ()

Son confiable los datos: Si () No ()

MOTIVO DE CONSULTA:

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: (inicio, evolución y estado actual)

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: (enfermedades previas, tratamientos médicos quirúrgicos realizados)

TRATAMIENTO ACTUAL: (con indicación médica, automedicación/ remedios naturales o caseros)

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

HABITOS: (Alimenticios / dietéticos / crecimiento y desarrollo)

Higiénicos: (incluir diuresis y catarsis)

Violencia física: Si () No ()

HABITOS

Tabaquismo: SI () NO () Consumo promedio / día Tiempo de uso: años.
 Alcoholismo: SI () NO () Bebida: Tipo Alcoholismo:
 Estupefaciente: SI () NO () Drogas: con dependencia: SI () NO ()
 Hábitos Sexuales:
 Otros:

ANTECEDENTES SOCIO ECONOMICOS / AMBIENTALES:

Nación en Vivió en área rural: SI () No () Residencia actual en:
 Tipo de Vivienda: Cuenta con servicios básicos: Agua potable () Eliminación de excretas () Electricidad ()
 Actividades Física: Activo () Sedentario () Mediana () STRESS: SI () No () Laboral: SI () No ()
 Práctica deporte SI () NO () ¿Cuál?
 Actividad Laboral: Riesgo laboral:
 Antecedente epidemiológico: Endémica () Epidémica () Palúdica () Chagásica () Dengue () F. Amarilla ()
 Otras ()

ANTECEDENTES FAMILIARES: En la familia existen factores de predisposición () o herencia () de:

- a) Enf. Musculares () d) Enf. Pisiuátricas () g) Enf. Cardiacas o Vasculares () j) Enf. Endócrinas ()
- b) Enf. Esqueléticas () e) Enf. Hematológicas () h) Enf. Gastrointestinales () k) Enf. Renales ()
- c) Enf. Neurológicas () f) Enf. Neoplásicas () i) Enf. Respiratorias () l) Enf. Alérgicas ()

Indique que tipo de enfermedad:

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRA: Menarquía: a los años. Menstruación SI () NO () Características:
 (PARA MUJERES) Fecha de la última menstruación (FUM): / / embarazo () menopausia ()
 Gestacional: Gesta Para Aborto Parto Vaginal Cesáreas
 Refiera las causas que motiva el aborto / cesárea:
 Otros datos relevantes:

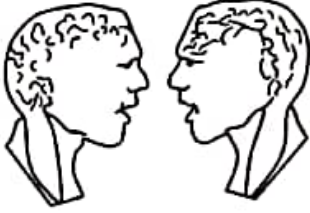


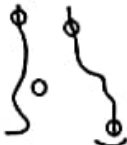
ANTECEDENTES PEDIÁTRICOS: Paternos: Edad de la madre: años, del padre: años	REGISTRO DE INMUNIZACIONES	
Antecedentes gestacionales	VACUNAS	DOSIS
Nº hijo(a) Edad gestacional semanas. Peso al nacer: gramos. Talla cm.	B.C.G.	
APGAR 1: 2: Tipo de parto: lugar donde se atendió: Hospital ()	POLIO	
Centro de Salud () Domicilio () Complicaciones de parto o del recién nacido:	S.R.P.	
Lactancia: Materna () duración: Lactancia artificial () Mixta () Otros:	PENTAVALENTE	
Prueba de P.P.D. SI () NO () Valor: cm.	F. AMARILLA	
Enfermedades Eruptivas:	D.T.	

ANTECEDENTES HEMATOLÓGICOS: (Colocar últimos estudios de referencia)

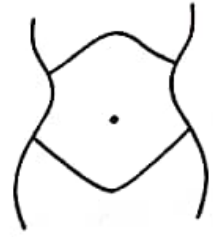
Estudios realizados	Resultados	Estudios realizados	Resultados	Estudios realizados	Resultados
Grupo Sang. ABO		Factor Rh		T. de Protrombina	
Hemoglobina		Plaquetas		TTPA	
Hematocrito		Leucocitos		Fibrinógeno	

ANTECEDENTES TRANSFUSIONAL:

Transfusiones previas	SI	NO	DESCONOCE
Reacciones Transfusiones	SI	NO	DESCONOCE
Número de Embarazada	SI	NO	Embarazo actual SI NO
Antesedente de EHRN	SI	NO	Embarazo actual SI NO

EXAMEN FÍSICO			
ESTADO GENERAL Bueno () Regular () Malo ()	CONCIENCIA Normal () Alterado () Glasgow: /		ESTADO NUTRICIONAL Bueno () Regular () Malo ()
CONSTITUCION FISICA	PESO	TALLA	IMC
POSICION o ACTITUD	FACIES	PIEL Y MUCOSAS	SUPERFICIE CORPORAL
SIGNOS VITALES			
FRECUCENCIA DE PULSO _____ pulsaciones / minutos	FRECUCENCIA CARDIACA _____ latidos / minutos	RITMO CARDIACO Regular () Irregular () Normofonético SI NO	
PRESION ARTERIAL _____ / _____ mmHg	FRECUCENCIA RESPIRATORIA _____ respiraciones / minutos	TEMPERATURA	
EXAMEN FÍSICO GENERAL			
CABEZA: (cráneo, cara, ojos, nariz, boca, garganta, otros.)			
CUELLO: (Columna cervical, laringe, tiroides, vasos, otros.)			
TORAX: (configuración externa, movilidad, corazón, pulmones, otros.)			
MAMAS: (morfología, nodulaciones, adenomegalias.)			

ABDOMEN: (morfología, cicatrices, sensibilidad, visceromegalias. otros.)



MIEMBROS: (superiores / inferiores: morfología, funcionalidad, otros.)

NEUROLOGICO / MUSCULO ESQUELETICO:

GENITO URINARIO:

ABDOMEN: (morfología, cicatrices, sensibilidad, visceromegalias. otros.)

DIAGNÓSTICOS: (etiopatogénico / anatómico / fisiopatológico.)

Elaboró la Historia Clínica:

Nombre Completo

Firma

Supervisión / médico tratante

NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO

Nº MAT. PROF.

FIRMA Y SELLO

Santa Cruz, ____ / ____ / ____

Vº Bº Comité de Historia Clínica: