

HISTORIA MÉDICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha _____ No. de Expediente _____
 Nombre _____
 Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)
 Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Edo. civil _____
 Ocupación _____ Grado Máximo de Estudios _____
 Dirección: _____
 Calle No. y No. interior Colonia
 Ciudad: _____ Estado _____ C.P. _____
 Delegación o Municipio _____ Teléfono Domicilio : _____
 Teléfono oficina : _____
 Nombre de un pariente cercano : _____ Teléfono : _____ Persona o
 institución que lo recomienda: _____ Teléfono : _____
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS . Esta lista se refiere a ENFERMEDADES QUE HAYA PADECIDO EN EL PASADO. En el espacio en blanco anote la edad o el año en el que la padeció. DEJE EN BLANCO LAS QUE NO HAYA PADECIDO. Las dudas márkelas con un signo de interrogación (?) .

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Insuficiencia coronaria | <input type="checkbox"/> Pericarditis | <input type="checkbox"/> Enfs. venéreas |
| <input type="checkbox"/> Varicela (Viruela loca) | | <input type="checkbox"/> Glomerulonefritis | <input type="checkbox"/> Infección del riñón |
| <input type="checkbox"/> Rubeola | | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Infecciones de orina |
| <input type="checkbox"/> Tosferina | | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Quiste de riñón |
| <input type="checkbox"/> Escarlatina | | <input type="checkbox"/> Enf. del corazón | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> Difteria | | <input type="checkbox"/> Flebitis | <input type="checkbox"/> Enf. del riñón |
| <input type="checkbox"/> Paperas | | <input type="checkbox"/> Enf. de la boca | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Anginas frecuentes | | <input type="checkbox"/> Enf. del esófago | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Mal de San Vito | | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Reumas |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | | <input type="checkbox"/> Úlcera del estómago | |
| <input type="checkbox"/> Polio | | <input type="checkbox"/> Úlcera del duodeno | <input type="checkbox"/> Fracturas |
| <input type="checkbox"/> Alergias | | <input type="checkbox"/> Vómito con sangre | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Mononucleosis | | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Leucemia | | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enf. de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Anemia | | <input type="checkbox"/> Enfs. de la vesícula | <input type="checkbox"/> Bocio |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones | | <input type="checkbox"/> Abceso del hígado | <input type="checkbox"/> Enf. suprarrenales |
| <input type="checkbox"/> Ganglios | | <input type="checkbox"/> Enf. del páncreas | <input type="checkbox"/> Enf. testículos |
| <input type="checkbox"/> Sangrado fácil | | <input type="checkbox"/> Amibas | <input type="checkbox"/> Enf. ovarios |
| <input type="checkbox"/> Moretones fáciles | | <input type="checkbox"/> Disenteria | <input type="checkbox"/> Enf. otras glándulas |
| <input type="checkbox"/> Asma | | <input type="checkbox"/> Lombrices | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Pulmonía | | <input type="checkbox"/> Otros parásitos | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Pleuresía | | <input type="checkbox"/> Colon irritable | <input type="checkbox"/> Alts. de la conciencia |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | | <input type="checkbox"/> Tumor del colon | <input type="checkbox"/> Enf. de la piel |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | | <input type="checkbox"/> Pólipos del colon | <input type="checkbox"/> Enf. de los oídos |
| <input type="checkbox"/> Enf. del pulmón | | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Enf. mentales |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Embolias pulmonares | <input type="checkbox"/> Enf. digestivas | | <input type="checkbox"/> Angustia |
| <input type="checkbox"/> Infarto del corazón | | <input type="checkbox"/> Tifoidea | <input type="checkbox"/> Deseo de morir |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | | <input type="checkbox"/> Fiebre de Malta | <input type="checkbox"/> Ideas extrañas |
| <input type="checkbox"/> Abuso del alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> Paludismo | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades | <input type="checkbox"/> Sensaciones extrañas |
| | | | <input type="checkbox"/> Ideas extrañas |

ESCRIBA LAS OPERACIONES que le han sido practicadas, indique Hospital, fecha y Médico que las practicó :

OPERACION	HOSPITAL	FECHA	MEDICO

ESCRIBA LOS MEDICAMENTOS que está tomando ACTUALMENTE, con dosis diaria y desde cuando los toma (incluyendo anticonceptivos, laxantes, analgésicos, cortisona, etc.) :

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS DIARIA	LO TOMA DESDE HACE:

ESCRIBA LOS MEDICAMENTOS que ha tomado en los ULTIMOS 6 MESES, con dosis diaria y desde cuando los toma (incluyendo anticonceptivos, laxantes, analgésicos, cortisona, etc.) :

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DURANTE CUÁNTO TIEMPO LO TOMO

ESCRIBA LOS MEDICAMENTOS a los que es ALÉRGICO (incluyendo sueros y vacunas) :
NOMBRE DEL MEDICAMENTO CUÁNDO SUPO DE LA ALERGIA

ANTECEDENTES FAMILIARES.

ESCRIBA junto a la enfermedad el parentesco de los familiares que la sufrieron (incluyendo a los difuntos). Si tiene duda ponga un signo de interrogación (?).

Enfs. del corazón _____	Tiroides _____	Hipertensión arterial _____
Embolias _____		Asma _____
Enfisema _____		Tuberculosis _____
Anemia _____		Úlcera _____
Sangrado fácil _____		Reumatismo _____
Ictericia _____		Leucemia _____
Fiebre reumática _____		Gota _____
Artritis _____		Diabetes _____
Enfs. psiquiátricas _____		Convulsiones _____
Enfs. Sistema Nervioso _____		Alergias _____
Enfs. del riñón _____		Obesidad _____
Cálculos renales _____		Cáncer _____
Alcoholismo _____		Otras enfermedades _____
Farmacodependencia _____		

FAMILIA DIRECTA.

PADRE. Vive: Si ___ No ___. Edad _____. Si falleció anote la causa de la muerte _____

MADRE. Vive: Si ___ No ___. Edad _____. Si falleció anote la causa de la muerte _____

HERMANOS: Escriba su nombre, edad y edo. de salud. Anótelos de mayor a menor.

NOMBRE	EDAD	EDO. CIVIL	EDO. DE SALUD
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HIJOS: Escriba su nombre, edad y estado de salud. Anótelos de mayor a menor.

NOMBRE	EDAD	EDO. CIVIL	EDO. DE SALUD
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CÓNYUGE: Escriba su nombre, edad y estado de salud.

NOMBRE	EDAD	EDO. DE SALUD
_____	_____	_____

Si es o ha sido casado anote las fechas y duración de su(s) matrimonio(s) :

1er. MATRIMONIO : DE _____ A _____ . DURACIÓN _____

2do. MATRIMONIO : DE _____ A _____ . DURACIÓN _____

3er. MATRIMONIO : DE _____ A _____ . DURACIÓN _____

HABITOS Y DATOS PERSONALES.

Enseguida se enuncian una serie de actividades cotidianas COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS :

Horas diarias de trabajo _____ Horas diarias de sueño _____ Exposición a sust. químicas _____.
¿Cuáles? _____

BEBIDAS ALCOHÓLICAS: Promedio de copas por semana _____. ¿Qué tipo de bebida acostumbra ingerir?
_____. Edad de inicio _____ Edad en que dejó de beber _____

TABAQUISMO: Cigarrillos por día _____. Edad de inicio _____ Edad en que dejó de fumar _____.
Puros o pipa por día _____. Edad de inicio _____ Edad en que dejó de fumar _____

VACACIONES: Semanas por año _____. EJERCICIO: Horas por semana _____ ¿Qué deporte practica?

ESCRIBA: Peso máximo _____ a qué edad _____. Peso mínimo _____ a qué edad _____.
Peso actual _____ Estatura _____

PADECIMIENTO ACTUAL.

Enseguida se enumeran síntomas y órganos. Marque con una "X" aquellos en los que presenta molestias en el MOMENTO ACTUAL . NO EXPLIQUE sus síntomas. Si tiene DUDA marque con un signo de interrogación (?).

CABEZA

- Dolor
- Mareos o vértigo
- Caída anormal del cabello
- Pérdida de la conciencia
- Visión alterada
- Dolor en los ojos
- Ojos irritados
- Utiliza anteojos
- Ve "luces" o " moscas"
- Congestión nasal
- Secreción nasal
- Sinusitis
- Alergias (rinitis)
- Tabique desviado
- Sangrado nasal frecuente
- Mal estado dental
- Sangrado de encías
- Mal sabor de boca
- Enf. de la lengua
- Ardor en la garganta
- Ronquera
- Dolor al tragar
- Anginas

CUELLO

- Dolor
- Torticolis
- Tumores
- "Bolas"
- Ganglios
- Bocio

URINARIO

- Dificultad para orinar
- Ardor al orinar
- "Pierde" orina
- Orina frecuentemente
- Orina con sangre
- Orina café o negro
- Piedras o cálculos en la orina
- Arenillas en la orina
- Orina fétida

GINECOLÓGICO

- Edad de la primera regla _____
- Frecuencia de la regla _____
- Duración de la regla _____
- Fecha de la última regla _____
- Dolor con la regla
- Coágulos o regla abundante
- Sangrados entre periodo y periodo
- Cambios en su regla
- Cambios en el estado de ánimo antes de la regla
- Flujo vaginal
- Comezón genital
- Menopausia
- Bochornos
- Disminución del deseo sexual
- Dificultad para excitarse sexualmente
- Dificultad para alcanzar el orgasmo
- Toma hormonas
- Utiliza anticonceptivos
- Nombre _____
- Orales
- Locales (óvulos o condón)
- Dolor en las relaciones sexuales
- Pérdida del vello del pubis
- Esterilidad
- No. de embarazos _____
- No. de partos a término _____
- No. de cesáreas _____
- No. de hijos con más de 4kg al nacer _____
- No. de partos prematuros _____
- No. de abortos _____

CARDIORESPIRATORIO

- Dolor en el tórax
- Tos
- Flemas
- Flemas con sangre
- Dolor en el corazón
- Falta de aire
- Con el ejercicio
- Al acostarse
- Lo despierta en la noche
- Labios morados
- Uñas moradas
- Palpitaciones
- Opresión en el pecho
- Constante
- Con el ejercicio
- Dolor en el brazo izquierdo
- Piernas hinchadas

DIGESTIVO

- Falta de apetito
- Exceso de apetito
- Dolor
 - al tragar
 - en la boca del estómago
 - en el abdomen
 - en todo el vientre
 - mejora al comer
 - aumenta al comer
 - Inflamación del abdomen
 - Mala digestión
 - Náuseas
 - Agruras
 - Vómito
 - Vómito con sangres
 - Gas excesivo
 - Eructos
 - Diarrea
 - con moco
 - con sangre
 - con dolor
 - evacuación color negro
 - Cólicos
 - Estreñimiento
 - Comezón en el ano
 - Hemorroides

SISTEMA NERVIOSO

- Debilidad muscular
- de brazos
- de piernas
- Adormecimiento de:
 - piernas o pies
 - brazos o manos
 - Movimientos anormales
- () cabeza () cara
- () brazos () piernas
- Temblor
- Convulsiones
- Pérdida de la conciencia
- "Ataques"
- Visión doble
- Zumbido de oídos
- Inestabilidad al caminar
- Parálisis
- Calambres
- "Tics"
- Angustia
- Irritabilidad
- Fobias
- Temores
- Miedo
- Tensión nerviosa
- Insomnio
- Exceso de sueño
- Depresión
- Llanto fácil
- Tristeza
- Deseo de morir
- Pensamiento de muerte
- Planes de muerte
- Ideas anormales
- Percepciones anormales

OSEOMUSCULAR

- Dolor en la espalda
- Ciática
- Dolor en las articulaciones
- Rigidez por las mañanas
- Dolor en las pantorrillas
- consante
- al caminar
- Hinchazón en las piernas
- Várices
- Úlceras en las piernas
- Pie plano
- Deformidades

GENITAL MASCULINO

- Disminución del deseo sexual
- Dificultades para alcanzar la erección
- Dificultades para mantener la erección
- Eyacula antes de lo que usted desearía
- No puede eyacular
- Dolor al eyacular
- Sangre al eyacular
- Pérdida del vello del pubis
- Secreción uretral
- Esterilidad
- Dolor en los testículos
- Problemas en los testículos

VARIOS

- Pérdida de interés por las cosas (apatía)
- Falta de concentración
- Fatiga fácil
- Escalofríos
- Pérdida de la memoria
- Pesimismo
- Sudoración excesiva
- Decaimiento
- Se levanta cansado
- Pérdida de peso
- Aumento de peso
- Le molesta excesivamente el frío
- Le molesta excesivamente el calor
- Fiebre
- Mucha sed
- Orina mucho

Esponáneos _____
Provocados _____
Edad (es) al momento del aborto _____ Alteraciones en el pelo
____ Problemas durante los embarazos
del riñón
____ "azúcar" en la orina
____ anemia
____ otras complicaciones
____ Dolor en los senos
____ Secreción mamaria
____ "Bolitas" en lo senos
____ Fecha del último Papanicolau
Resultado _____

____ Manchas en la piel
____ Alteraciones en las uñas
____ Comezón

OTROS SÍNTOMAS (anotar)

MOTIVOS DE LA CONSULTA _____

PREGUNTAS DEL PACIENTE _____

