

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 márkuelas con un signo de interrogación (?) .

- ___ Sarampión
- ___ Varicela (Viruela loca)
- ___ Rubeola
- ___ Tosferina
- ___ Escarlatina
- ___ Difteria
- ___ Paperas
- ___ Anginas frecuentes
- ___ Mal de San Vito
- ___ Fiebre reumática
- ___ Polio
- ___ Alergias
- ___ Mononucleosis
- ___ Leucemia
- ___ Anemia
- ___ Transfusiones
- ___ Ganglios
- ___ Sangrado fácil
- ___ Moretones fáciles
- ___ Asma
- ___ Pulmonía
- ___ Pleuresia
- ___ Tuberculosis
- ___ Bronquitis
- ___ Enf. del pulmón
- ___ Enfisema
- ___ Embolias pulmonares
- ___ Infarto del corazón
- ___ Angina de pecho
- ___ Abuso del alcohol o drogas

- ___ Pericarditis
- ___ Insuficiencia coronaria
- ___ Insuficiencia cardíaca
- ___ Hipertensión arterial
- ___ Enf. del corazón
- ___ Flebitis
- ___ Enf. de la boca
- ___ Enf. del esófago
- ___ Gastritis
- ___ Úlcera del estómago
- ___ Úlcera del duodeno
- ___ Vómito con sangre
- ___ Ictericia
- ___ Hepatitis
- ___ Enfs. de la vesícula
- ___ Absceso del hígado
- ___ Enf. del páncreas
- ___ Amibas
- ___ Disenteria
- ___ Lombrices
- ___ Otros parásitos
- ___ Colon irritable
- ___ Tumor del colon
- ___ Pólipos del colon
- ___ Colitis
- ___ Hemorroides
- ___ Enf. digestivas
- ___ Tifoidea
- ___ Fiebre de Malta
- ___ Paludismo
- ___ Otras enfermedades

- ___ Enfs. venéreas
- ___ Glomerulonefritis
- ___ Infección del riñón
- ___ Infecciones de orina
- ___ Cálculos renales
- ___ Quiste de riñón
- ___ Enf. del riñón
- ___ Gota
- ___ Artritis
- ___ Reumas
- ___ Fracturas
- ___ Cáncer
- ___ Diabetes
- ___ Enf. de tiroides
- ___ Bocio
- ___ Enf. suprarrenales
- ___ Enf. testículos
- ___ Enf. ovarios
- ___ Enf. otras glándulas
- ___ Convulsiones
- ___ Parálisis
- ___ Alts. de la conciencia
- ___ Enf. de la piel
- ___ Enf. de los oídos
- ___ Enf. mentales
- ___ Depresión
- ___ Angustia
- ___ Deseo de morir
- ___ Ideas extrañas
- ___ Sensaciones 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 ÚLTIMOS 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 _____
Embolias _____	Hipertensión arterial _____
Enfisema _____	Asma _____
Anemia _____	Tuberculosis _____
Sangrado fácil _____	Úlcera _____
Ictericia _____	Reumatismo _____
Fiebre reumática _____	Leucemia _____
Artritis _____	Gota _____
Enfs. psiquiátricas _____	Diabetes _____
Enfs. Sistema Nervioso _____	Convulsiones _____
Enfs. del riñón _____	Alergias _____
Cálculos renales _____	Obesidad _____
Alcoholismo _____	Cáncer _____
Farmacodependencia _____	Otras enfermedades _____

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
- Secresión 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
- Tortícolis
- 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

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

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

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
- Pérdida de la memoria
- Pesimismo
- Fatiga fácil
- Sudoración excesiva
- Decaimiento
- Se levanta cansado
- Pérdida de peso
- Aumento de peso
- Le molesta excesivamente el frío
- Le molesta excesivamente el calor
- Fiebre
- Escalofríos
- Mucha sed
- Orina mucho
- Manchas en la piel
- Alteraciones en las uñas
- Alteraciones en el pelo
- Comezón

OTROS SÍNTOMAS (anotar)

MOTIVOS DE LA CONSULTA

PREGUNTAS DEL PACIENTE
