

HISTORIA CLÍNICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres: _____, _____

Cédula de Identidad: _____ ☐ Venezolan@ ☐ Extranjer@

Edad: _____ años Género: ☐ Femenino ☐ Masculino

Estado Civil: ☐ Solter@ ☐ Casad@ ☐ Divorciad@ ☐ Concubinato ☐ Viud@

Lugar de Nacimiento: _____ *

Fecha de Nacimiento: _____ día / _____ mes / _____ año

Procedencia: _____ *

Dirección: _____ * + nro de casa

Teléfono: _____ - _____

Datos de algún familiar: _____

_____ (Nombres y apellidos, parentesco, dirección, teléfono)

Profesión: _____ Ocupación: _____

Nivel Educativo: _____ Religión: _____

Raza: _____

MOTIVO DE CONSULTA

ENFERMEDAD ACTUAL (~~ALICIDAEC~~)

(Paciente / familiar refiere inicio de su enfermedad actual el día) _____

* Ciudad y Estado. (Parroquia y Municipio [Opcional])

ANTECEDENTES PERSONALES

- ✓ ANTECEDENTES INFECTO-CONTAGIOSOS: (Adenitis, Amigdalitis, Bronquitis, Resfriado Común [catarro], Difteria, Varicela [lechina], Sarampión, Rubeola, Parotiditis [paperas], Tos ferina, Fiebre tifoidea, TBC, Pleuresía, Neumonía, Otitis, Influenza [gripe], Tétanos.

En el caso de presentar alguna, anotar edad a la que ocurrió, centro de salud donde se lo diagnosticaron, tratamiento, complicaciones.

- ✓ ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS: (Paludismo, Dengue, Chagas, Lepra, Schistosomiasis).

En el caso de presentar alguna, anotar edad a la que ocurrió, centro de salud donde se lo diagnosticaron, tratamiento, complicaciones.

- ✓ ANTECEDENTES ALÉRGICOS: (Asma, Alergia).

En caso de presentar asma, anotar desde cuándo. En caso de alergia, anotar el alérgeno desencadenante, la forma de manifestación de la alergia y desde cuándo.

- ✓ ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS:

En caso de presentar alguno, anotar qué evento traumático, la descripción de la lesión, edad a la que ocurrió y si hubo complicaciones.

✓ ANTECEDENTES VENÉREOS: (Sífilis, Chancro blando, Gonorrea, VPH)

En el caso de presentar alguna, anotar edad a la que ocurrió, centro de salud donde se lo diagnosticaron, tratamiento, complicaciones.

✓ ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

En caso de presentar alguno, anotar qué evento quirúrgico, edad a la que ocurrió y si hubo complicaciones.

✓ ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

Menarquía a los _____ años. Ciclo menstrual ☐ / ☐. Dismenorréica? _____

✓ ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

Embarazos: _____. ☐ A término. ☐ Prematuros o Postmaduros

Partos: _____. ☐ Eutócicos. ☐ Distócicos. _____

Abortos: _____ de _____ semanas de gestación.

Cesáreas: _____. Complicaciones? _____

✓ INMUNIZACIONES:

☐ “Esquema Completo”

BCG, Antiamparilica, Trivalente viral (Sarampión, Rubeola, Parotiditis), Antiinfluenza, Rubeola, Poliomieltis, Triple Bacteriana (Difteria, Tos Ferina, Tétanos), Parotiditis, Cólera, Hepatitis (nro de dosis).

- ✓ OTROS ANTECEDENTES: (Endocrino-Metabólicos como diabetes. Renales como insuficiencia renal)
En caso de presentar alguno, anotar edad a la que fue diagnosticada, el centro de salud donde se diagnosticó. En caso de Diabetes, anotar si es controlada y con qué.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Abuelos **Maternos** Abuela: _____
 Abuelo: _____

Abuelos **Paternos** Abuela: _____
 Abuelo: _____

Madre: _____

Padre: _____

Herman@s	_____	Fallecid@s
	Hermanos	_____
	_____	Viv@s
	Hermanas	APS? _____

Pareja: _____

Hij@s	_____	Fallecid@s
	Hijos	_____
	_____	Viv@s
	Hijas	APS? _____

HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS

- ✓ ALIMENTACIÓN:

Comida de mayor frecuencia: _____

Número de comidas al día: _____. Horario de las comidas: _____

¿Intolerancia alimentaria? ☐ No ☐ Sí. ¿A qué? _____

✓ CATARSIS INTESTINAL:

Deposiciones por día: _____. ¿Ha habido cambios en el ritmo en los últimos días? ☐ No ☐ Sí.

¿Cómo? _____

Características: *Color*: _____. *Consistencia*: _____. *Forma*: _____

✓ ALCOHOLISMO:

Inicio: _____ Tipo: _____

Frecuencia: _____ Cantidad (ml): _____

¿Solo o acompañado? _____ Hasta llegar a la embriaguez: ☐ No ☐ Sí

¿Abandono? (Edad y razón): _____

✓ CAFÉICOS, TÉ, HIERBAS:

Inicio: _____ Tipo: _____

Frecuencia: _____ Cantidad (ml): _____

¿Abandono? (Edad y razón): _____

✓ TABÁQUICOS:

Inicio: _____ Tipo: _____ Cantidad por día: _____

¿Abandono? (Edad y razón): _____

✓ DROGAS:

Inicio: _____ Tipo: _____ Frecuencia: _____

Razón de consumo: _____

✓ CONSUMO DE MEDICAMENTOS:

Inicio: _____ Tipo: _____ ☐ Indicado ☐ Se
automedica

Razón de consumo: _____

✓ SUEÑO:

Duración: _____ Horario: _____

Calidad: _____ ¿Siesta? ☐ No ☐ Sí. Duración y horario:

✓ SEXUALES:

Fecha de la última relación: _____. Tipo: ☐ Hetero ☐ Homo ☐ Humano ☐
Animal

Grado de satisfacción: _____. Frecuencia (veces por semana): _____

Pareja Fija: ☐ No ☐ Sí.

EXAMEN FUNCIONAL GENERAL

✓ PÉRDIDA O AUMENTO DE PESO: ☐ Pérdida ☐ Aumento

(Fecha de comienzo o tiempo de duración, cuantificación del aumento o pérdida de peso, voluntaria o involuntaria, en caso de ser voluntaria anotar el por qué).

✓ FIEBRE: (Fecha de aparición, cuantificación [°C], horario, duración, periodicidad, síntoma que la precede, concomitante, atenuante, agravante).

✓ CAMBIOS DEL APETITO: ☐ Pérdida ☐ Aumento
(Fecha de aparición, circunstancia de aparición, concomitante).

✓ ASTENIA: (Fecha de aparición, circunstancia de aparición, horario, concomitante, atenuante, agravante).

✓ DIAFORESIS: (Fecha de aparición, circunstancia de aparición, horario, concomitante).

✓ ESCALOFRÍOS: (Fecha de aparición, horario, duración, atenuante, agravante).

EXAMEN FUNCIONAL DE CABEZA Y CUELLO
(Cefalea, síncope, vértigo, coma, mareo, lipotimia, síntomas de oído, nariz y boca).

EXAMEN FUNCIONAL DE PIEL Y ANEXOS
(Prurito, erupciones, petequias, equimosis, lesiones primarias y secundarias).

EXAMEN FUNCIONAL DE OJO

(Fotofobia, epifora [lagrimeo], amaurosis, diplopía, blefarospasmo, disminución de la agudeza visual, escotomas, xantopsia, eritropsia, ardor, prurito ocular, ambliopía).

EXAMEN FUNCIONAL RESPIRATORIO

(Tos, expectoración, hemoptisis, vómica, disnea, hipo, dolor pleurítico, cianosis).

EXAMEN FUNCIONAL CARDIOVASCULAR

(Palpitaciones, infarto; dolor de origen coronario: angina estable e inestable; dolor de origen aórtico, dolor de origen pericárdico, disnea de origen cardíaco, cianosis de origen cardíaco, síncope, edema de origen cardíaco).

EXAMEN FUNCIONAL GASTROINTESTINAL

(Náuseas, vómito, hematemesis, pirosis, disfagia, regurgitación, constipación, flatulencia, diarrea, melena, hematoquecia [enterorragia], rectorragia, estenosis, ectopia, plastrón, hernia, eventración, evisceración /-/ /-/ /-/ /-/ /-/ Dolor esofágico, cólico biliar, colecistitis, hepatalgia, dolor de origen: gástrico, duodenal, pancreático, colónico, apendicular, diverticular. *Dolor en fosa iliaca derecha:* ileítis terminal, apendicitis, carcinoma cecal, hernia, cálculo ureteral derecho, anexitis, quiste ovárico derecho, embarazo tubárico derecho, mioma, CA de útero. *Dolor en fosa iliaca izquierda:* colitis, divertículo, disentería, CA sigmoide, hernia, colon irritable, cálculo ureteral izquierdo, quiste ovárico izquierdo, anexitis, embarazo tubárico izquierdo, mioma, CA de útero).

EXAMEN FUNCIONAL NEUROLÓGICO

(Cefalea, convulsiones, ausencias, vértigo, diplopía, parálisis, paresia, disartria, anestesia, parestesia, incontinencia vesical y rectal, trastornos del lenguaje, trastornos de conducta y personalidad, trastornos oculares).

EXAMEN FUNCIONAL GENITOURINARIO

(Enuresis, disuria, goteo post-miccional, dolor de origen renal,...)

EXAMEN FUNCIONAL OSTEOARTICULAR

(Artralgia, rigidez matutina, artritis, dolor artrítico, dolor artrósico o mecánico, derrame articular, hemartrosis, ruidos articulares: chasquidos, crujidos, roces).

EXAMEN FÍSICO (*Subrayar sólo lo que sí presenta*).

Inspección General: Paciente consciente, colaborador, en regulares condiciones generales, eupnéico, en posición decúbito libremente escogida, configuración mesomórfica, facies compuesta (fascies normal)-

Signos Vitales:

Tensión arterial (mmHg): _____

Pulso arterial (pulsaciones por minuto [ppm]): _____

Frecuencia cardíaca (latidos por minuto [lpm]): _____

Frecuencia respiratoria (respiraciones por minuto [rpm]): _____

Temperatura (°C): _____

Piel: Piel de color (moreno, negro, blanca), normohidratada, normotérmico al tacto, textura (suave, áspera), elasticidad conservada.

Lesiones: localización precisa, tamaño (cm), color, textura, signos de rascado.

Uñas de aspecto y color normal, sin lesiones. Si hay lesión: tipo de lesión (dedos y uñas en palillo de tambor, onicólisis, hemorragia en astilla, cianosis).

Cabeza: Normocéfalo, cabello de color _____, tipo (liso, crespo, ondulado), presencia de canas, entrecanas. Implantación acorde con su sexo. No se palpan tumoraciones ni reblandecimientos. No dolorosa a la palpación.

Si hay lesiones: descripción semiológica y precisa de cada una.

Ojos: Hendiduras palpebrales simétricas, conjuntiva bulbar sin alteraciones. Córnea lisa, brillante, transparente sin lesiones. Cejas y pestañas bien implantadas, párpados sin lesiones. Pupilas centrales, isocóricas, iris de color _____, convergencia. Reflejos (corneal, espinociliar).

Si hay lesiones: descripción semiológica de cada una.

Ojos no dolorosos a la palpación, movimientos oculares conservados (evaluación pares craneales III, IV y VI)

Fondo de ojo: Retina de aspecto normal, calibre de vasos conservados, no se evidencian cruces arteriovenosos patológicos, ni exudados ni hemorragias, no edema de papila.

Nariz: Pirámide nasal bien implantada, fosas nasales permeables, mucosa nasal de color rosa y húmeda, cornetes y meatos sin alteraciones. Vibrisas presentes sin alteraciones. Secreción nasal ausente.

Boca: Labios bien implantados sin lesiones, mucosa y encías rosadas sin alteraciones.

Edéntula completa, prótesis?, amalgamas? (especificar ubicación, si es en la arcada superior o en la inferior y si es total o parcial).

Lengua simétrica de aspecto y color normal, húmeda, movimientos conservados (evaluación del par XII) sin fasciculaciones. No dolorosa a la palpación.

Orofaringe: Amígdalas de aspecto y tamaño normal, rosadas, húmedas, sin lesiones. Úvula central rosada y húmeda, pilares sin alteraciones. (Evaluación de los pares IX y X).

Alteraciones: hipertrofia o congestión o no visible.

Pared posterior de la faringe sin alteraciones.

Oídos: Pabellones auriculares normoimplantados, conducto auditivo externo permeable o no, cerumen (escaso, moderado o abundante). Membrana timpánica de aspecto normal sin alteraciones.

Cuello: Cilíndrico y simétrico, tamaño acorde. Pulso venoso y arterial presentes. Movilidad pasiva, activa y contrarresistencia conservada (evaluación del par XI). No se palpan adenopatías.

Tráquea central. Tiroides no visible, no palpable (si hay alteraciones se dicen los grados).

Tórax: Inspección: paciente con tórax simétrico. Tipo de respiración (Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot,...).

Palpación: expansibilidad conservada en ambos hemitórax. Vibraciones vocales presentes en ambos hemitórax sin alteraciones.

Percusión: sonoridad conservada en ambos hemitórax.

Auscultación: murmullo vesicular presente en ambos hemitórax, sin agregados. Ausencia de pectoriloquia.

Mamas y axilas: mamas simétricas, de color y aspecto normal, pezones centrales sin secreciones. No se palpan nódulos.

Cardiovascular: Inspección: ápex visible en quinto espacio intercostal izquierdo con línea medioclavicular.

Palpación: ápex palpable en quinto espacio intercostal izquierdo con línea medioclavicular. (Hiperdinámico o sostenido).

Auscultación: ruidos cardíacos rítmicos regulares. Primer y segundo ruidos presentes. Ausencia del tercer y cuarto ruidos. No soplo, no galope, no frote pericárdico.

Vasos sanguíneos: pulsos presentes y simétricos en miembros superiores, inferiores y cuello, de características normales.

Abdomen: Inspección: abdomen plano, atlético o globoso_(a expensas de...). Vello púbico acorde a su sexo.

Auscultación: ruidos hidroaéreos presentes. No se auscultan soplos.

Palpación: deprimible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan alteraciones de la pared, puntos ureterales superior y medio no dolorosos. No se palpan visceromegalias (hígado, bazo y riñón).

Percusión: timpanismo conservado. Hepatometría: LPED: 13cms. LMCD: 14 cms. LAAD: 12 cms.

Osteoarticular: Inspección: no se observan deformidades óseas ni signos inflamatorios. No se observan deformaciones de las curvaturas normales.

Palpación: no se palpan deformidades óseas, articulaciones no dolorosas a la palpación. Movilidades pasivas, activas y contrarresistencia conservadas.

Neurológico: Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona. Capacidad de cálculo conservada. Memorias inmediata, reciente y remota conservadas. Estado de ánimo (hipo, eu o hipertímico). Capacidad de razonamiento conservada. Lenguaje, concentración y praxia conservadas.

I Par: Sentido del olfato conservado.

II Par: Agudeza visual conservada, visión a colores conservada, campos visuales dentro de límites normales.

III – IV – VI Par: Movimientos del globo ocular conservados.

V Par: Sensibilidad de la cara conservada, músculos de la masticación dentro de límites normales. Reflejo corneal conservado. Reflejo masetérico conservado.

VII Par: Simetría facial, movimientos faciales conservados, sensibilidad y gusto de los 2/3 anteriores de la lengua conservados. Reflejo nasociliar conservado. Reflejo nasopalpebral conservado.

VIII Par: Prueba del reloj (tictac). Pruebas de Weber, Rinne y Schwabach. Pruebas vestibulares: nistagmus y Romberg.

IX – X Par: Voz normal, velo del paladar simétrico. Reflejo nauseoso presente. Elevación del cartílago tiroides (manzana de Adán).

XI Par: Tono y fuerza muscular de los músculos trapecio y esternocleidomastoideo conservados. Movimientos del cuello conservados.

XII Par: No se observa atrofia ni fasciculaciones. Movimientos de la lengua conservados.