

Modelo: 54-03-1 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HISTORIA CLÍNICA		RESUMEN DE INGRESO Y DATOS GENERALES		Historia Clínica No. 	
Unidad:				No. Carné de Identidad: 	
1er. Apellido:		2do. Apellido:		Nombre:	
Edad: Años Cumplidos	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Color de la Piel: Blanca ☐ Amarilla ☐ Negra ☐ Mestiza ☐		Estado Conyugal: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Acompañado ☐	
Ocupación:		Lugar de Nacimiento			
		País:		Provincia:	Municipio:
Dirección: (Calle, Carretera, Km., Camino)			Casa No.	Apto. No.:	
Entre Calles:			Reparto o Barrio:	Teléfono:	
Localidad:	Municipio:	Provincia:	Área de Salud:	Consultorio:	
Nombre del Centro de Trabajo:		Dirección:			
Nombre del Padre: Vivo ☐ Muerto ☐		Nombre de la Madre: Viva ☐ Muerta ☐			
Ingreso anterior: Si ☐ No ☐		Donación de Sangre: Fecha Día Mes Año			
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A					
1er. Apellido:		2do. Apellido:		Nombre:	
				Teléfono:	
Dirección: (Calle, Carretera, Km., Camino)				Casa No.	Apto. No.:
Entre Calles:				Reparto o Barrio:	
Localidad: (Ciudad, Pueblo, Finca, etc.)		Municipio:		Provincia:	
INGRESO			EGRESO		
Tipo de Ingreso: Efectivo: ☐ Urgencia: ☐ Procedencia: Consulta Externa: ☐ Cuerpo de Guardia: ☐		Fecha: Día Mes Año Hora: a.m. ☐ p.m. ☐ Servicio: Sala: Cama:		Fecha: Día Mes Año Hora: a.m. ☐ p.m. ☐ Servicio: Sala: Cama:	

RESUMEN HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

DATOS DE INTERÉS AL EXAMEN FÍSICO

COMPLEMENTARIOS

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Tratamiento con Antibiótico: Si ☐ No ☐

DIAGNÓSTICOS Y OPERACIONES

-------------------------------	-------------------------------

Tipo de Sutura Utilizada:

EN CASO DE ACCIDENTE O TRAUMATISMO EXPLIQUE LA CAUSA EXTERNA QUE LA PRODUJO

Estado al Egreso:

Vivo ☐ Fallecido ☐

Necropsia:

Si ☐ No ☐

REPERCUSIÓN INCAPACIDAD FÍSICA

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. Sin Incapacidad | ☐ |
| 2. Con Incapacidad Temporal | ☐ |
| 3. Con Incapacidad Definitiva | ☐ |
| Parcial ☐ Total ☐ | |

SEGUIMIENTO

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| En Consulta Externa del Hospital | ☐ |
| Remisión a otro Hospital | ☐ |
| Por Atención Primaria | ☐ |

MOTIVO DE INGRESO

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL (Escriba las afecciones refiriendo su comienzo, la aparición cronológica de los síntomas, su evolución y terapéutica recibida)

INTERROGATORIO

SISTEMA RESPIRATORIO					
Disnea	☐	Dolor	☐	Hemoptisis	☐
Expectoración	☐	Tos	☐	Otros	☐
SISTEMA CARDIOVASCULAR					
Disnea	☐	Tos	☐	Claudicación Intermitente	☐
Dolor	☐	Cianosis	☐	Palpitaciones	☐
				Otros	☐
SISTEMA DIGESTIVO					
Disfagia	☐	Cólicos	☐	Hematemesis	☐
Pirosia	☐	Náuseas	☐	Enterorragia	☐
Acidez	☐	Diarreas	☐	Aerogastria	☐
Dolor	☐	Vómitos	☐	Otros	☐
SISTEMA UROGENITAL					
Dolor	☐			Nicturias	☐
Orinas Turbias	☐			Exudado Uretral	☐
Disuria	☐			Retención Urinaria	☐
Hematuria	☐			Incontinencia	☐
Polaquiuria	☐			Uretrorragia	☐
Impotencia	☐			Tumoración	☐
Cálculos	☐			Otros	☐
SISTEMA NEUROLÓGICO					
Cefaleas	☐			Dolor Facial	☐
Vómitos	☐			Dolor Cervical	☐
Vértigos	☐			Dolor Lumbar	☐
Convulsiones	☐			Alteración Marcha	☐
Déficit Motor	☐			Alteración Equilibrio	☐
Déficit Sensitivo	☐			Alteración Visual	☐
Alteración Conciencia	☐			Dific. Habla/Entender	☐
SISTEMA GINECOLÓGICO					
Menarquía (Edad) _____		Fórmula Menstrual _____			
Menopausia (Edad) _____		Fecha última Menstruación _____			
		1ras Relaciones Sexuales _____			
Hiperpolimenorrea	☐	Frigidez	☐	Dolor	☐
				Otros	☐
Leucorrea	☐	Dispareunia	☐	No. de Embarazos	_____
Partos	_____	Abortos	_____	Espontáneos	☐
				Provocados	☐
Macrofetos	_____	Anticonceptivos DIU	☐	Oral	☐
				Otros	☐
Tiempo	_____	Prueba Citológica	_____	Fecha	____/____/____
Resultado	_____				
SISTEMA ENDOCRINO					
Relativas A					
Hipófisis	☐	Ovarios	☐	Páncreas	☐
Suprarrenal	☐	Paratiroides	☐	Otros	☐
Tiroides	☐	Testículos	☐		
OTROS DATOS					
Astenia	☐	Artralgia	☐	Pérdida de Peso	☐
Anorexia	☐	Polifagia	☐	Ganancia de Peso	☐
Epistaxis	☐	Edema	☐	Acroparestesias	☐
Fiebre	☐	Prurito	☐	Otros	☐
HÁBITOS TÓXICOS					
TABAQUISMO			ALCOHOLISMO		OTROS
Fuma	☐	Cantidad que fuma	_____	No fuma	☐
Exfumador	☐	(Cigarros o Tabacos)	_____		
		Tiempo fumando	_____	Diario	☐
				Ocasional	☐
				No	☐
				Semanal	☐
1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRE	
				H. CLÍNICA	
SALA		CAMA		SERVICIO DE	
				MÉDICO DE ASISTENCIA	

EXAMEN FÍSICO

GENERAL, REGIONAL Y POR SISTEMAS

GENERAL	N	AN	NE
Facies			
Mucosas			
Piel			
Faneras			
Tejido Celular Subcutáneo			

PESO: TALLA:

REGIONAL

Cabeza	Cráneo			
	Cara			
Cuello	Región Anterior			
	Región Posterior			
	Región Lateral			
	Región Supraclavicular			
Mamas	Inspección			
	Palpación			
Región Axilar				
Región Inguinocrural				

POR SISTEMAS

SISTEMA RESPIRATORIO

Inspección			
Palpación			
Percusión			
Auscultación			
Frecuencia Resp.:			

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Área Cardíaca	Inspección				
	Palpación				
	Auscultación				
	FCC				
ARTERIAS PERIFÉRICAS	PULSOS	Radial	I D		
		Femoral	I D		
		Tibial Post.	I D		
		Pedios	I D		
		Otros	I D		
	Tensión Arterial	M Superiores:			
		M Inferiores:			

Venoso Periférico			
Linfático			

1er. APELLIDO:

2do. APELLIDO:

NOMBRE:

SALA:

CAMA:

SERVICIO DE:

MÉDICO DE ASISTENCIA:

N = Normal AN = Anormal NE = No Examinado

SISTEMA DIGESTIVO		DESCRIBIR LO ANORMAL			
Boca					
Lengua					
Orofaringe					
Abdomen	Inspección				
	Palpación				
	Percusión				
	Auscultación				
	Tacto Rectal				
SISTEMA HEMOLINFOPOYÉTICO					
Ganglios					
Bazo					
SISTEMA URINARIO					
Inspección					
Palpación					
Percusión					
SISTEMA GINECOLÓGICO					
Región Vulvar					
Examen con Espéculos					
Tacto Vaginal					
SISTEMA ANDROLÓGICO					
Pene					
Testículos					
SISTEMA OSTEO-MIO-ARTICULAR					
Músculos					
Articulaciones					
Huesos					
SISTEMA NERVIOSO					
Conciencia					
Lenguaje/Palabra					
Memoria					
Personalidad/Conducta					
Tono Muscular					
Trofismo					
Fuerza Muscular					
Sensibilidad Superficial					
Sensibilidad Profunda					
Motilidad Moviliaria					
Motilidad Involuntaria					
Praxia					
Taxia Estática					
Taxia Dinámica					
Esfera Meningea					
Reflejos Superficiales					
Reflejos Profundos					
Fondo de Ojo					
PARES CRANEALES					
	I	II	III, IV, VI	V	VII
D					
I					
	VIII	IX	X	XI	XII
D					
I					
N = Normal AN = Anormal NE = No Examinado					