

Estado: _____
Jurisdicción _____
Unidad de salud: _____



Nombre del profesional de salud que presenta: _____

HISTORIA CLÍNICA

Fecha valoración: dd/mm/aaaa

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Número de identificación ECHO: _____ Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa
Edad: 00 años

Entidad de nacimiento: _____ Estado civil: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Derechohabencia _____ Caso nuevo o seguimiento: _____
Religión: _____

¿Pertenece a algún pueblo indígena? ___ ¿Habla lengua indígena? ___ ¿Cual lengua indígena habla? _____

II. Antecedentes Heredofamiliares

Diabetes, ¿Quién? _____	Nefropatas, ¿Quién? _____
_____	_____
Hipertensión Arterial, ¿Quién? _____	Malformaciones _____
_____	_____
Cáncer, ¿Quién? _____	Tipo _____
Tipo: _____	_____
Cardiopatas, ¿Quién? _____	Otros _____
_____	_____

III. Antecedentes Personales No Patológicos

Tabaquismo Si No , ¿Cuántos? _____ x día, Años de Consumo ó Exposición _____, Exfumador Si No ,
Fumador Pasivo Si No , Alcohol Si No , _____ mLs x semana, Años de consumo _____
Ex - alcohólico y/o Ocasional Si No , Alergias Si No , Especificar _____

Tipo Sanguíneo _____ Rh _____ Se Desconoce , Vivienda con Servicios Básicos: Si No , _____
Otros: _____ Farmacodependencia, Si No , _____, Años de Consumo _____

IV. Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarca _____ años de edad, Ciclos Regulares Si No , Ritmo _____ x _____,
Fecha Ultima Menstruación ____/____/____, Polimenorrea Si No , Hipermenorrea Si No ,
Dismenorrea, Si No , Incapacitante, Si No , IVSA _____ años No. Parejas Sexuales _____, G _____, P _____,
A _____, C _____, Fecha de Ultima Citología (PAP) ____/____/____, Resultado _____, Método de
Planificación Actual _____

V. Antecedentes Personales Patológicos

Enfermedades de la Infancia _____
Secuelas _____
Hospitalizaciones Previas Si No Especificar _____

Estado: _____
Jurisdicción _____
Unidad de salud: _____



Antecedentes Quirúrgicos Si No , Especificar _____

Transfusiones Previas, Si No , Especificar _____

Fracturas, Si No , Especificar _____

Traumatismo, Si No , Especificar _____

Basado en la NOM-004-SSA-2012

Otra Enfermedad, Si No , Especificar _____

VI. Motivo de Ingreso

1. _____
2. _____

VII. Principio y Evolución del Padecimiento Actual

VIII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

Respiratorio /Cardiovascular: _____

Digestivo: _____

Endocrino: _____

Musculo-Esquelético: _____

Genito-Urinario _____

Hematopoyético - Linfático _____

Estado: _____
Jurisdicción _____
Unidad de salud: _____



Piel y Anexos: _____

Neurológico y Psiquiátrico _____

Medicamentos Actuales, Si No ,

Nombre comercial	Principio activo	Presentación (mg,UI)	Dosis (mg)	Vía	Frecuencia	Fecha, última administración	Hora de última administración

IX. Ficha Clínica

TA. ____/____ mmHg. FC/Pulso ____ x min. FR ____ x min. Temp. ____ °C Peso ____ Kg. Talla ____ mts.

Habitus Exterior: _____

Piel y Anexos: _____

Cabeza y Cuello _____

Tórax: _____

Abdomen: _____

Genitales: _____

Extremidades: _____

Sistema Nervioso: _____

Estado: _____
Jurisdicción _____
Unidad de salud: _____



X. Estudio de Imagen/ Exámenes de Laboratorio Previos a su Ingreso

XI. Análisis, Integración y Terapéutica

Probables Diagnósticos:

1. _____
2. _____

Plan de Estudio:

1. _____
2. _____

Terapéutica Inicial:

1. _____
2. _____
3. _____

XII. Observaciones y/o Comentarios Finales

Condición:

Pronóstico:
