

HISTORIA CLÍNICA — MEDICINA GENERAL

Fecha de elaboración: _____ Número de expediente: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Nombre completo: _____

_____ Fecha de nacimiento: _____
_____ Edad: _____ Sexo: _____ Lugar de nacimiento: _____
_____ Ocupación: _____ Estado civil: _____ Religión: _____
_____ Domicilio: _____
_____ Teléfono: _____
_____ Correo electrónico: _____ Familiar responsable: _____
_____ Tel: _____

MOTIVO DE CONSULTA (En palabras del paciente)

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES Diabetes: _____ Hipertensión: _____
Cardiopatías: _____ Cáncer: _____ Enfermedades psiquiátricas: _____
_____ Otros: _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS Tabaquismo: No / Sí —
cigarrillos/día: _____ años: _____ Alcoholismo: No / Sí — frecuencia: _____ cantidad: _____
_____ Drogas: No / Sí — tipo: _____
Actividad física: _____ Alimentación: _____ Vivienda: _____
_____ Animales en casa: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Enfermedades previas: _____
_____ Cirugías / hospitalizaciones: _____
_____ Traumatismos: _____
_____ Alergias: _____
_____ Transfusiones: _____
_____ Medicamentos actuales: _____
_____ (Mujeres) Gestas: ___ Partos: ___
Cesáreas: ___ Abortos: ___ Último parto: _____ Método anticonceptivo: _____

PADECIMIENTO ACTUAL (Inicio, evolución, síntomas acompañantes, factores modificadores)

EXPLORACIÓN FÍSICA T/A: _____ FC: _____ FR: _____ Temp: _____
Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Aspecto general: _____ Cabeza y
cuello: _____ Tórax:
_____ Abdomen:
_____ Extremidades:
_____ Neurológico:
_____ Piel y tegumentos:

DIAGNÓSTICO

1. _____
2. _____
3. _____

PLAN DE TRATAMIENTO Medicamentos:

Indicaciones generales:

Estudios solicitados:

Interconsultas:

Próxima cita: _____

Firma y cédula profesional del médico: _____