

# Formato de Historia Clínica

## 1. Ficha de Identificación

- Nombre completo: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: // \_\_
- Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_
- Lugar de origen/residencia: \_\_\_\_\_
- Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

## 2. Motivo de Consulta

*Breve descripción de por qué acude el paciente hoy (ej. "Dolor abdominal de 24 horas de evolución").*

---

## 3. Antecedentes

- **Heredofamiliares:** (Diabetes, hipertensión, cáncer en línea directa).
- **Personales No Patológicos:** (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, dieta, esquema de vacunación).
- **Personales Patológicos:** (Cirugías previas, alergias, enfermedades crónicas, hospitalizaciones, transfusiones).

## 4. Padecimiento Actual

*Descripción detallada del síntoma principal usando la mnemotecnia **ALICIA**:*

1. **Aparición** (¿Cuándo empezó?)
2. **Localización** (¿Dónde duele?)
3. **Intensidad** (Escala 1-10)
4. **Características** (¿Es opresivo, punzante?)
5. **Irradiación** (¿Se mueve hacia otro lado?)
6. **Atenuación/Agravamiento** (¿Qué lo mejora o empeora?)

## 5. Exploración Física

- **Signos Vitales:**
  - TA: / mmHg | FC: \_\_\_ lpm | FR: \_\_\_ rpm | Temp: \_\_\_ °C | SpO2: \_\_\_%
- **Habitus Exterior:** (Aspecto general, estado de conciencia, marcha).
- **Exploración por Sistemas:** (Cabeza y cuello, Tórax, Abdomen, Extremidades, Neurológico).

## 6. Diagnóstico y Plan

- **Impresión Diagnóstica:** \_\_\_\_\_
  - **Estudios Solicitados:** (Laboratorios, Rayos X, etc.).
  - **Tratamiento:** (Medicamentos, dosis, frecuencia y duración).
-