



CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA
SERVICIOS MÉDICOS
HISTORIA CLÍNICA
(AOP.1-AOP.1.1-AOP.2-AOP.2.1)

Ficha de Identificación:

Nombre del Paciente: _____
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____
Escolaridad: _____ Religión: _____ Ocupación: _____
Domicilio Particular:
Calle: _____ Núm. Ext. _____ Núm. Int. _____
Colonia o Fracc: _____
Ciudad: _____
Código Postal: _____ Teléfono Celular: _____
Teléfono Particular: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Teléfono (s) de Emergencia: _____
Correo Electrónico: _____
Aseguradora: _____

2. Antecedentes Heredo Familiares

Positivos para: Diabetes Mellitus HTA Cardiopatía Isquémica
Cáncer Enf. Inmunológicas Insuf. Renal Otros: _____

3. Antecedentes Personales NO patológicos

Vivienda: _____ Zoonosis: _____ Alimentación _____
Tipo Sanguíneo: _____ Actividad Deportiva: _____
Vacunas Aplicadas últimamente: _____

4. Antecedentes Personales Patológicos

Enfermedades de la Infancia: Faringoamigdalitis Escarlatina Paperas
Sarampión Varicela Rubeola Hepatitis Otras _____

Alergias: _____

Tabaquismo: _____ Ingesta Alcohol: _____ Toxicomanías: _____

Padecimientos Concomitantes (Tratamientos y Complicaciones):

Antecedentes Quirúrgicos: _____

Antecedentes Traumatológicos: _____

Antecedentes Transfusionales: _____ Hospitalizaciones: _____

Libramiento Circuito de la Concepción Km. 2 s/n, Colonia la Concepción, San Agustín Tlaxiaca, Hgo. C.P. 42162
Teléfono (771) 717 04 00 ext. 140. Fax. 229 E-mail: clinica.medica@tuzos.com.mx

4. Antecedentes Gineco – Obstétricos:

Menarca: _____ Fecha de Ultima Menstruación: _____ Ciclos/Menstruales: _____
Método Anticonceptivos: _____ Duración de uso de anticonceptivo: _____
Edad de inicio de vida sexual activa: _____ Número de parejas sexuales: _____
Gestas: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____
Fecha de último Papanicolaou: _____
Resultados: _____
Fecha de última mastografía: _____
Resultados: _____

6. Padecimiento Actual:

7. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

Nervioso: _____
Digestivo: _____
Respiratorio: _____
Circulatorio: _____
Piel y Anexos: _____
Músculo – Esquelético: _____
Genitourinario: _____

8. Exploración física y Descripción de Estudios Paraclínicos

Tensión arterial _____ Frecuencia cardiaca: _____ Frecuencia respiratoria: _____ Temperatura: _____
Talla: _____ Peso: _____
Exploración física:

Paraclínicos:

9. Impresión Diagnóstica: _____
10. Plan de tratamiento: _____
11. Pronóstico (para la vida y para función) _____

12. Nombre completo, cédula profesional, fecha, hora y firma del médico que elaboró.