

HISTORIA CLINICA

FECHA:	HORA DE INICIO:		NO. DE EXPEDIENTE:								
FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE											
NOMBRE:											
EDAD:		SEXO:		ESTADO CIVIL:							
OCUPACIÓN:		RELIGIÓN:		ESCOLARIDAD:							
LUGAR DE NACIMIENTO:			LUGAR DE RESIDENCIA:								
DOMICILIO ACTUAL:			TELÉFONO:								
PERTENECE A UN GRUPO INDÍGENA:	SI		NO	GRUPO ÉTNICO:							
ANTECEDENTE HEREDO-FAMILIARES:											
MATERNOS	DM	HAS	NEOPLASIA	NEUROLOGICOS	BRONCOPULMONARES	PATERNOS	DM	HAS	NEOPLASIAS	NEUROLOGICOS	BRONCOPULMONARES
PADRES											
ABUELOS											
HERMANOS											
TÍOS											
OTROS (ESPECIFIQUE)											
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:											
DIETA SEMANAL:								VIVIENDA	ANIMALES EN LA VIVIENDA	SI	NO
	CARN E	HUEVO	LACTEOS	VEGETALES	FRUTAS	CARBOHIDRATOS	LEGUMINOSAS	PISO DE TIERRA	PERROS		
6-7								PISO FIRME	GATOS:		
3-5								LUZ ELECTRICA	AVES:		
1-2								DRENAJE	OTROS:		
EVENTUAL								AGUA POTABLE			
CONVIVIENTES:							NUMERO DE CUARTOS:	TECHO DE LOZA			

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN																	
INFANCIA							ADOLESCENCIA				ETAPA ADULTA						
BIOLÓGICO	B C G	HEPATIS B	NEUMOCO	ROTAVIRUS	INFLUENZA	PENTAVALENTE	SABIN	SRP	DP	S R	VPH	SR	HEPATITIS B	T D	NEUMOCO	INFLUENZA	T D

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS														
	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
DIABETES			NEOPLASICOS			GASTROINTESTINALES			NEUROLOGICOS			ALERGIAS		
CARDIOVASCULARES			NEUMOLÓGICOS			TRANSMISIÓN SEXUAL			TRAUMATISMO			TABAQUISMO		
PSIQUIÁTRICOS			QUIRURGICOS			NEFROLOGICOS			TRANSFUCIONES			ALCOHOLISMO		
OTROS														

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS												
					SI	NO		FECHA	OTROS	SI	NO	TRTAMIENTO EMPLEADO
MENARCA		GESTAS		ÓBITOS			F.U.M.		INFERTILIDAD			
PUBARCA Y TELARCA		PARTOS		GEMELARES Ó MULTIPLES			MENOPAUSIA		CÁNCER CU Ó VPH			
RITMO		CESÁREAS		PREMATUROS			PAPANICOLOAU		CÁNCER MA.			
INICIO DE VIDA SEXUAL		ABORTOS		MACROSÓMICOS			EXPLORACIÓN MAMARIA		MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS			
NO. DE PAREJAS SEXUALES		F.U.P.		DISMENORREAS			MASTOGRAFIA		TERAPIA DE REPLAZO ORMONAL			

UNIDAD DE SERVICIOS MÉDICOS
CHIAUTEMPAN

PADECIMIENTO ACTUAL: (FECHA DE INICIO, DESCRIPCION DE SIGNOS Y SÍNTOMAS; TRATAMIENTO PREVIO DE TIPO CONVENCIONAL, ALTERNATIVOY TRADICIONALES)

IDENTIDAD
que transforma



RESULTADO PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO Y GABINETE.



GRUPO SANGUINEO Y RH:		VDRL:	
VIH:		BH:	
2024-2027 CS:		EGO:	
OTROS			
DIAGNOSTICO:			
TRATAMIENTO:			
PRONOSTICO:			
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO:			

UNIDAD DE SERVICIOS MÉDICOS CHIAUTEMPAN

Carta de consentimiento Informado del paciente para la atención y procedimientos

Nombre del paciente:

Edad: _____ Sexo: _____
Fecha: _____

Por medio de este conducto y en pleno uso de mis facultades mentales solicito voluntariamente los servicios profesionales del DR.

_____, quien es médico y cuenta con título y cedula profesional a la vista, a fin de resolver los problemas de salud que aquejan y que son de su competencia.

Hago constar que he recibido del médico información clara y completa respecto a los problemas que comprometen mi salud actualmente y sus riesgos. Se me ha explicado con detalle el plan que el medico ha trazado para

IDENTIDAD
que transforma



afinar el diagnóstico y llevar a cabo el tratamiento.

Después de considerar toda esta información autorizo al médico _____ para que solicite los estudios y demás procedimientos de apoyo que juzgue necesario para afinar el diagnóstico y para que instruya en mí el tratamiento que a su juicio sea adecuado.

Declaro que la información contenida en este expediente es la que yo le he proporcionado a mi médico que es completa y veraz y que no he omitido datos respecto a mi estado de salud previo ni actual. De este modo revelo al médico _____ de cualquier responsabilidad presente o futura si ocurriesen complicaciones derivadas de información insuficiente sobre dichos aspectos.

Nombre y firma del paciente del médico tratante del testigo

UNIDAD DE SERVICIOS MÉDICOS
CHIAUTEMPAN

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

IDENTIDAD
que transforma



Número telefónico:

_____ **Dirección:**

Diagnostico(s):

Contacto de emergencia/parentesco: _____

NO. De Expediente:

**UNIDAD DE SERVICIOS MÉDICOS
CHIAUTEMPAN**

NOTAS DE EVOLUCIÓN

**IDENTIDAD
que transforma**

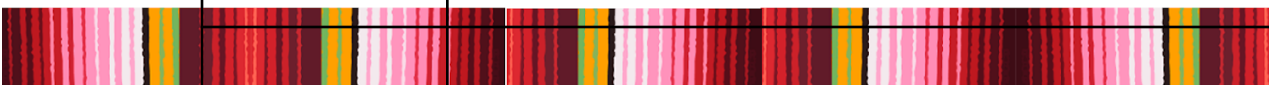
Nombre del paciente: _____

Chiautempa
2024-2025

Sexo: _____



Fecha: ____/____/____

[illegible]



Chiautempan
2024-2027



IDENTIDAD
que transform