

**Clínica de Atención Especial
Ficha Clínica Médica**

Fecha:

Nombre:

No. de Expediente:

Edad:

Motivo de Consulta:

1. Antecedentes

Familiares

Árbol Genealógico

2. Personales

2.1 Prenatales

Control Prenatal Sí No Especifique Tiempo:

Frecuencia:

Enfermedades durante el embarazo Sí No Especifique:

Diagnóstico	Edad Gestacional	Manejo	Evolución

2.2 Perinatales

Edad Gestacional

Tipo de Parto

Duración Trabajo de Parto

Atendido en:

Características (anestesia, forceps, complicaciones):

2.2.1 Metría en el nacimiento

Peso

Talla

P.C.

2.2.2 Condiciones del Neonato Inmediato

Respiración

Coloración

Llanto

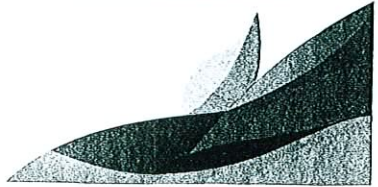
Tono Muscular



Clínica de Atención Especial
Ficha Clínica Médica

2.3 Postnatales			
2.3.1 Alimentación			
<input type="checkbox"/> Materna		<input type="checkbox"/> Artificial	
<input type="checkbox"/> Materna		<input type="checkbox"/> Ablactación	
<input type="checkbox"/> Materna		<input type="checkbox"/> Destete	
2.3.2 Desarrollo Psicomotor		¿A los cuántos meses? (Observaciones)	
Control Cefálico			
Gatear			
Sentarse			
Deambular			
Control de Esfínteres			
Monosílabas			
Frases Completas			
Otros (especifique):			
2.3.3 Inmunizaciones			
2.4 Patológicos			
Nombre	Características	Edad	Manejo*
* Quirúrgicos, Traumáticos, Transfusiones, Neoplásicas, etc.			

3. Principio y Evaluación del Padecimiento



Clínica de Atención Especial
Ficha Clínica Médica

4 Exploración Física

Peso:	Talla:	P.C.:
1. Cabeza		
2. Oído	Implantación:	Forma: Otoscopía:
3. Ojos	Forma:	Estrabismo:
	Otros:	
4. Boca	Anormalidades del Paladar y Úvula:	
	Caries:	Frenillo:
	Otros:	
5. Cuello		
6. Tórax	Área Cardíaca:	
	Área Respiratoria:	
7. Abdomen	Megalias:	
	Defecto de Pared:	
	Otros:	
8. Área Genital		
9. Columna Vertebral	Desviación:	
	Movilidad:	
10. Extremidades Superiores		
11. Extremidades Inferiores		
12. Piel y Anexos		
13. Examen Neurológico	Tono Muscular:	
	REMS:	Reflejos Patológicos:
	Marcha y Equilibrio:	
Observaciones:		



Clínica de Atención Especial
Ficha Clínica Médica

5. Impresión Diagnóstica

Empty box for diagnostic impression.

6. Plan de Manejo

Empty box for management plan.

7. Comentarios del Caso

Empty box for case comments.

Nombre y Firma del Médico

Empty box for doctor name and signature.

