

**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

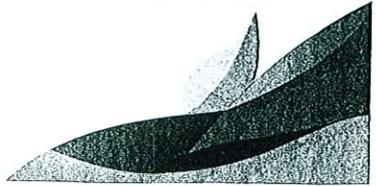
Llanto

Tono Muscular

**Clínica de Atención Especial**  
**Ficha Clínica Médica**

<b>2.3 Postnatales</b>			
2.3.1 Alimentación			
<input type="checkbox"/> Materna	<input type="checkbox"/> Artificial	<input type="checkbox"/> Ablactación	<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			
<b>2.4 Patológicos</b>			
Nombre	Características	Edad	Manejo*
* Quirúrgicos, Traumáticos, Transfusiones, Neoplásicas, etc.			

**3. Principio y Evaluación del Padecimiento**



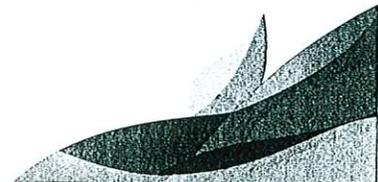
**Clínica de Atención Especial**  
**Ficha Clínica Médica**

**4 Exploración Física**

<b>Peso:</b>	<b>Talla:</b>	<b>P.C.:</b>
--------------	---------------	--------------

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

**Observaciones:**



**Clínica de Atención Especial**  
**Ficha Clínica Médica**

5. Impresión Diagnóstica

6. Plan de Manejo

7. Comentarios del Caso

Nombre y Firma del Médico

