

Fecha de elaboración		

Fecha de ingreso		

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre : \_\_\_\_\_

Edad : \_\_\_\_\_ Sexo : \_\_\_\_\_ Estado civil : \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento : \_\_\_\_\_

Escolaridad : \_\_\_\_\_

Ocupación : \_\_\_\_\_

Domicilio : \_\_\_\_\_

Entre que calles : \_\_\_\_\_

Colonia : \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre del padre : \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_

Ocupación : \_\_\_\_\_ Escolaridad : \_\_\_\_\_

Domicilio : \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Nombre de la madre : \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_

Ocupación : \_\_\_\_\_ Escolaridad : \_\_\_\_\_

Domicilio : \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Nombre de otra persona responsable : \_\_\_\_\_

Ocupación : \_\_\_\_\_

Domicilio : \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

¿Derechohabiente de alguna institución de salud? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Tiene seguro de invalidez permanente SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

INTERROGATORIO

DIRECTO

INDIRECTO

MIXTO

### ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Ant. De neoplasias	_____	Cardiopatías	_____
Diabetes	_____	HTA	_____
Tuberculosis	_____	Alérgicos	_____
Lueticos	_____	Hemofilias	_____
Toxicomanias	_____	Malformaciones	_____
Padecimientos mentales o nerviosos	_____		
Tabaquismo en quién :	_____	Alcoholismo en quien :	_____

### ESTADO DE SALUD DE LOS HERMANOS

Personales no patológicos : \_\_\_\_\_

Higiene y alimentación : \_\_\_\_\_

Alcoholismo : \_\_\_\_\_

Tabaquismo : \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PRE Y NEONATALES

Edad de los padres al nacimiento : Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

Embarazos de la madre : Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_

Producto de la gesta \_\_\_\_\_

Alteraciones congénitas de otros productos : \_\_\_\_\_

¿Llevó control prenatal? \_\_\_\_\_ ¿En dónde? \_\_\_\_\_

Duración del embarazo : \_\_\_\_\_

Padecimientos durante el embarazo (Indicar trimestre)

Infecciones \_\_\_\_\_ Toxemias \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Cardiopatía \_\_\_\_\_ Traumatismo \_\_\_\_\_

Quirúrgico \_\_\_\_\_ Transfuncionales \_\_\_\_\_ Utilización de fármacos \_\_\_\_\_

Parto único : \_\_\_\_\_ Parto múltiple : \_\_\_\_\_ Eutocico \_\_\_\_\_ Distócido \_\_\_\_\_

Observaciones : \_\_\_\_\_

Resuelto por vía vaginal \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_

Anestesia de qué tipo \_\_\_\_\_

Complicaciones obstétricas \_\_\_\_\_

Traumatismos \_\_\_\_\_ Sufrimiento fetal \_\_\_\_\_ Utilización de fórceps \_\_\_\_\_

Peso al nacer \_\_\_\_\_ Ictérica \_\_\_\_\_ Llanto y respiración espontánea \_\_\_\_\_

Requirió incubadora \_\_\_\_\_ Respuesta a estímulos externos \_\_\_\_\_

Reflejo de succión : \_\_\_\_\_



# INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Cardio – respiratorio :

Genito urinario :

Músculo esquelético :

Digestivo :

Genitales :

Hemático – linfático :

Endocrino :

Nervioso :

Piel mucosas :

¿Qué medicamentos toma actualmente?
Padecimiento actual :

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

Peso	Talla	Pulso	T.A.	F.C.	F.R	Temperatura
Cuello :						
Tórax :						
Área cardiaca :						
Abdomen :						
Genitales :						
Extremidades superiores :						
Extremidades inferiores :						

Columna vertebral :

Exploración neurológica :

Medicamentos que toma actualmente :

Impresión diagnóstica :

Plan de manejo :

Pronóstico :

Observaciones :

Vo. Bo.

Nombre y firma del médico