

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