



Secretaría de Salud

GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

HISTORIA CLINICA
PRIMER NIVEL

REGION SANITARIA X
ZAPOPAN - CENTRO

No. DE EXPEDIENTE.

Región Sanitaria: _____ Unidad: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Ocupación: _____ Estado Civil

| | | | | |
|---------|--------|-------------|-------|------------|
| Soltero | Casado | Unión Libre | Viudo | Divorciado |
|---------|--------|-------------|-------|------------|

MOTIVO DE CONSULTA: _____

ANTECEDENTES:

HEREDO FAMILIARES

| Neoplasias | | Diabetes Mellitus | | Hipertensión Arterial | | Alérgicos | | Otros |
|------------|----|-------------------|----|-----------------------|----|-----------|----|-------|
| Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | |

PERSONALES NO PATOLOGICOS

| | |
|---|--|
| FAUNA NOCIVA | |
| TIPO DE VIVIENDA | |
| BSCOLARIDAD | |
| INMUNIZACIONES | |
| TOXICOMANIAS | |
| HA RECIBIDO TRANSFUSION DE SANGRE O DERIVADOS | |
| OTRAS | |

PERSONALES PATOLOGICOS

| ANTECEDENTES | SI | NO | TIEMPO | TRATAMIENTO |
|---------------|----|----|--------|-------------|
| TUBERCULOSIS | | | | |
| NEUROLOGICOS | | | | |
| RESPIRATORIOS | | | | |
| VASCULARES | | | | |
| TABAQUISMO | | | | |
| ALCOHOLISMO | | | | |
| TRAUMATISMO | | | | |
| QUIRURGICO | | | | |
| OTROS | | | | |

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

MENARCA: _____ MENOPAUSIA: _____ TIEMPO: _____ TTO. _____
 FUM. _____ F.U.C: _____ F.U.P: _____ P: _____ A: _____
 C: _____ G: _____ PAPANICOLAO: _____ RESULTADO: _____
 TTO: _____

AÑO QUE INICIA SU VIDA SEXUAL ACTIVA: _____
 HA PRESENTADO ALTERACIONES MENSTRUALES (CUALES): _____
 QUE TIPO DE ANTICONCEPTIVO UTILIZA : _____ CUANTO TIEMPO: _____
 HA UTILIZADO EL PRESERVATIVO O CONDON: _____ SI _____ NO _____

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

| | |
|----------------------|--|
| DIGESTIVO | |
| RESPIRATORIO | |
| CIRCULATORIO | |
| URINARIO | |
| GENITAL | |
| HEMATICO Y LINFATICO | |
| ENDOCRINO | |
| NERVIOSO | |
| MUSCULO ESQUELETICO | |
| PIEL | |
| MUCOSAS Y ANEXOS | |

PRINCIPIO Y EVOLUCION DEL PADECIMIENTO ACTUAL

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

EXPLORACION FISICA:

PESO: _____ ESTATURA: _____ PULSO: _____ T/A: _____
TEMPERATURA: _____ F.R.: _____ F.C: _____

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

DIAGNOSTICO CLINICOS:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO:

| TIPO DE ESTUDIO | RESULTADOS |
|------------------------|-------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

TRATAMIENTO: (FARMACO GENERICO Y DOSIS)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ELABORO
NOMBRE Y FIRMA

DR (A). _____