



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:

HEREDOS 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:**

| <b>TIPO DE ESTUDIO</b> | <b>RESULTADOS</b> |
|------------------------|-------------------|
|                        |                   |
|                        |                   |
|                        |                   |
|                        |                   |

**TRATAMIENTO: (FARMACO GENERICO Y DOSIS)**

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

ELABORO  
NOMBRE Y FIRMA

DR (A). \_\_\_\_\_