**HISTORIA MEDICA**

Fecha: / / . Médico: .

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| Apellido y Nombre: . Sexo: . Fecha de Nacimiento: . Estado Civil: . Ocupación: . Domicilio: . TE: . Residencia: . Otros: . |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE CONSULTA** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|   |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES PERSOSALES** |
| 1-Fisiológicos: Menarca, Ciclo Menstrual, Fecha Ultima Menstruación, Embarazos, Partos, Alimentación, Actividad Física, Sueño, Diuresis y Catarsis, Actividad Sexual, Otros. |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| 2- Inmunizaciones: de la Infancia, Antitetánica, Antidiftérica, Hepatitis B, Antineumocócica, Otras. |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| 3- Vivienda y medio ambiente. |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| 4- Psicosociales y Socioeconómicos. |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| 5- Patológicos: Médicos, Alérgicos, Quirúrgicos, Traumáticos. |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| 6-Tóxico-Medicamentosos: Tabaco, Alcohol, sustancias Psicoactivas, Medicamentos, Otros |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| 7-Epidemiológicos: Chagas, HIV/Sida, Brucelosis, Toxoplasmosis, Transfusiones, Residencias Anteriores, Otros. |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| 8-Heredo-Familiares. |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| 9- Estudios Preventivos: Femeninos – Masculinos. |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| 10- Otros |   |
|   |
|   LAJDA |

|  |
| --- |
| **EXAMEN FISICO** |
| 1-Inspección General | **Estado de conciencia:** |
| **Actitud:** |
| **Decúbito:** |
| **Marcha:** |
| **Facie:** |
|  |
| 2-Mediciones y Controles | **FC: TA: FR:** |
| **Tº: Sat. O2:** |
| **Peso: Altura: IMC: Per. Abd:** |
|   |
|   |
|   |
| 3-Piel y Faneras: Color, Turgor, Elasticidad, Humedad, Temperatura, Lesiones Primarias, Lesiones Secundarias, Pelos y Uñas |   |
|   |
|   |
|   |
|  |
|  |
|   |
| 4-TCS: cantidad, distribución, Várices, Circulación Colateral, Edema, Adenopatías, Otros. |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| 5-SOMA: Huesos (Conformación y Sensibilidad), Músculos, Articulaciones. |   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |

|  |
| --- |
| **LISTADO DE PROBLEMAS** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **LISTADO DE DIAGNOSTICOS** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

.

|  |
| --- |
| **METODOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **TRATAMIENTO INICIAL** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **EVOLUCIONES** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **EPICRISIS** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 SELLO Y FIRMA DE MEDICO