**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