FORMATO GENERAL · PRIMERA CONSULTA

Historia clínica

Complete cada apartado o anote «negado» o «no aplica». Escriba con letra legible y sin abreviaturas.

Tipo y nombre del establecimiento		Institución a la que pertenece (si aplica)	
Domicilio del establecimiento	Número de expediente o ficha	Fecha de la atención	Hora

1 Ficha de identificación

Nombre completo del paciente				Documento de identidad
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Estado civil	Escolaridad
Ocupación	Lugar de nacimiento		Grupo étnico (si aplica)	
Domicilio				Teléfono
Acompañante	Responsable (nombre y parentesco)		Aseguradora o institución	Tipo de vinculación
Informante y confiabilidad				

2 Motivo de consulta

Breve, de preferencia en palabras del paciente.

3 Padecimiento actual

Inicio y evolución cronológica, síntomas, negativos relevantes y tratamientos previos (convencionales, alternativos o tradicionales).

4 Antecedentes heredofamiliares

Indique parentesco y edad de inicio o de fallecimiento.

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Cardiopatía isquémica
- ☐ Enfermedad vascular cerebral
- ☐ Cáncer (tipo)
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Enfermedad tiroidea
- ☐ Enfermedad mental o adicciones
- ☐ Otras

Observaciones:

Licencia CC BY 4.0: puede compartirlo y adaptarlo citando la fuente.

5 Antecedentes personales patológicos

Enfermedades crónicas y año de diagnóstico:

Quirúrgicos:

Hospitalizaciones:

Traumatismos y fracturas:

Transfusiones:

Alergias (medicamentos, alimentos, otras):

Medicamentos actuales (nombre, dosis, vía, frecuencia):

Tabaco (cantidad, años, suspensión):

Alcohol (tipo, cantidad, frecuencia):

Otras sustancias psicoactivas:

6 Antecedentes personales no patológicos

Vivienda y servicios:

Alimentación:

Actividad física:

Sueño:

Inmunizaciones:

Ocupación y exposiciones:

7 Antecedentes gineco-obstétricos Si aplica.

☐ No aplica

Menarca	Ritmo menstrual	Fecha de última menstruación	Menopausia

Gestas	Partos	Cesáreas	Abortos	Método de planificación familiar

Inicio de vida sexual	Última citología cervical	Última mastografía

8 Interrogatorio por aparatos y sistemas Pregunte por cada uno y registre también los negativos relevantes.

Síntomas generales:

Cardiovascular:

Respiratorio:

Digestivo:

Renal y urinario:

Genital:

Endocrino:

Hematológico y linfático:

Musculoesquelético:

Nervioso:

Piel y anexos:

Órganos de los sentidos:

Psíquico:

Licencia CC BY 4.0: puede compartirlo y adaptarlo citando la fuente.

Paciente | Expediente o ficha | Fecha

9 Exploración física

Tensión arterial (mmHg)	Frecuencia cardiaca (por minuto)	Frecuencia respiratoria (por minuto)	Temperatura (°C)	Saturación de oxígeno (%)

Peso (kg)	Talla (m)	Índice de masa corporal (kg/m²)	Perímetro de cintura (cm)	Otros

Habitus exterior:

Cabeza:

Cuello:

Tórax:

Abdomen:

Miembros:

Genitales:

Neurológico y otros:

10 Resultados de estudios

Laboratorio, gabinete y otros, previos y actuales, con fecha.

11 Diagnósticos o problemas clínicos

	Diagnóstico o problema clínico	Código (opcional)	Presuntivo o definitivo
1			
2			
3			

12 Pronóstico

13 Plan e indicación terapéutica

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración

Indicaciones y medidas generales:

Estudios solicitados:

Datos de alarma y próxima cita:

14 Nombre y firma del profesional

Nombre completo	Cédula o registro profesional	Especialidad

Fecha	Hora	Firma

Licencia CC BY 4.0: puede compartirlo y adaptarlo citando la fuente.