

HISTORIA CLÍNICA (SE LLENA POR UN MÉDICO)			
FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
CURP _____			
Apellido paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Domicilio (calle, número, colonia, código postal, ciudad, estado)			
Nombre y teléfono del padre, madre o tutor responsable para contacto en caso de emergencia			
Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad ____	
		Estado civil	
Servicio médico con el que cuenta			
Seguro popular <input type="checkbox"/>	IMSS <input type="checkbox"/>	ISSSTE <input type="checkbox"/>	Otro _____
Número de afiliación: _____			
Tipo de sangre _____ Factor RH _____			
SOMATOMETRÍA Y SIGNOS VITALES			
Peso _____	Talla _____	IMC _____	
TA _____	FC _____	FR _____	
Temperatura _____			
ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES			
Marcar los que apliquen para papá, mamá, abuelos y hermanos			
Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, medicamentos psicotrópicos o estupefacientes, etc.)		Enfermedades tiroideas	
Hipertensión arterial		Trastornos mentales	
Diabetes		Enfermedades neurológicas	
Obesidad		Cáncer	
Alergias		VIH	
Cardiopatías			
Otros			

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS				
Menarca		Gesta	FUP	MPF
FUM		Para	FUA	
IVSA		Aborto	LUI	ITS/ETS
Dismenorrea		Cesárea		
Detecciones	Si	No	Si ha estado o está embarazada, indicar enfermedades o complicaciones durante el embarazo.	
Papanicolaou				
Exploración mamaria, US mamario, mastografía				
Cirugías o patologías ginecológicas y tratamientos que recibe o que ha recibido				
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS				
Servicios intradomiciliarios con los que cuenta (agua, luz, drenaje)				
Hábitos higiénicos	Frecuencia			
Baño				
Aseo dental				
Si el estudiante trabaja, indicar lugar, días y horas a la semana en que lo hace:				
Actividad física (Indicar tipo de actividad, tiempo y frecuencia de práctica, por ejemplo: basquetbol, una hora, dos veces por semana)				
Alimentación Indicar: número de comidas al día, tipo de dieta (carnívora, vegetariana, vegana, etc.) y características de los alimentos que regularmente consume (comida rápida, comida casera, alimentos envasados y enlatados, alimentos fritos, asados o guisados, dulces o golosinas, bebidas azucaradas, jugos artificiales, bebidas energizantes).				
Cantidad de agua que consume al día:				

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Indicar con SI o NO, la o las condiciones clínicas que ha padecido o padece (características y tratamiento que lleva)

1. Deficiencia auditiva (indicar si utiliza auxiliar auditivo).	2. Hipertensión arterial.
3. Problemas visuales (indicar si usa lentes o prótesis ocular).	4. Diabetes.
5. Vacunas (aplicadas durante los dos últimos años).	6. Epilepsia.
7. Fiebre reumática.	8. Cáncer.
9. Parasitosis.	10. VIH.
11. Enfermedades febriles.	12. Endocrinopatías.
13. Intervenciones quirúrgicas (indicar tipo de cirugía y si hubo secuelas).	14. Transfusiones.
15. Traumatismos y/o fracturas (indicar tipo de fractura, si es portador de material de osteosíntesis y si tuvo secuelas).	16. Malformaciones congénitas.
17. Trastornos hemorrágicos.	18. Trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia).
19. Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, drogas ilegales, medicamentos psicotrópicos o estupefacientes, etc.).	20. Enfermedades de la piel.
21. Alergias.	22. Enfermedades respiratorias crónicas.
23. Enfermedades vasculares.	24. Enfermedades cardíacas.
25. Enfermedades gastrointestinales.	26. Enfermedades renales.
27. Enfermedades autoinmunes.	28. Enfermedades del aparato locomotor (indicar si utiliza bastón, muletas, andadera, silla de ruedas, otros).
29. Enfermedades o trastornos mentales (indicar si está en tratamiento médico psiquiátrico o psicoterapéutico).	
IDx.	
Datos del médico que elaboró la Historia Clínica (Nombre, cédula profesional, firma).	