

HISTORIA CLÍNICA CEMS

1

Datos Personales

 Fecha: _____
 Nombre: _____ Edad: _____
 Fecha De Nacimiento: _____ Lugar: _____
 Domicilio: _____ Tel/Cel: _____
 Estado Civil: _____ Sexo: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Alergias: _____
 Ocupación: _____ Lateralidad: _____
 Contacto De Emergencia: _____ Tel/Cel: _____

2

Motivo de consulta

3

Antecedentes heredofamiliares

| | | | | |
|--------------|-------------------|-------------|--------------------|-----------------|
| HAS | Diabetes Mellitus | Artropatías | Enf. Neurológicas | Tuberculosis |
| Cardiopatías | Endocrinopatías | Litiasis | Enf. Hematológicas | Enf. Congénitas |
| Obesidad | Neoplasias | Ictericias | Enf. Psiquiátricas | Discapacidad |
| Otras | | | | |

Observaciones:

4

Antecedentes personales no patológicos

| | SI | NO | Observaciones |
|--|----|----|---------------|
| Hábito tabáquico | | | |
| Hábito alcohólico | | | |
| Uso de drogas | | | |
| Vacunas completas | | | |
| Casa de concreto | | | |
| Servicios de urbanidad | | | |
| Hacinamiento | | | |
| ¿Cuántas comidas realiza al día? | | | |
| ¿Cuántas veces a la semana se baña? | | | |
| ¿Realiza algún tipo de actividad física? | | | |
| ¿Se ha realizado algún tatuaje? | | | |
| ¿Tiene perforaciones en su cuerpo? | | | |
| ¿Tiene mascotas? | | | |

Antecedentes personales patológicos

| | | | | |
|-----------------|-------------------|--------------------|-----------------|--------------|
| Enf. infantiles | Diabetes Mellitus | Enf. Neurológicas | Artropatías | Quirúrgicos |
| Enf. Congénita | Enf. infecciosas | Enf. Psiquiátricas | Litiasis | Traumatismos |
| Hepatitis | Tuberculosis | Enf. Endocrinas | Discapacidad | Fracturas |
| Cardiopatía | Transfusiones | Enf. Reumáticas | Accidentes | Luxaciones |
| HAS | Hemorragias | Enf. Autoinmunes | Hospitalización | Esguinces |
| Neoplasias | Convulsiones | Enf. Hematológicas | Inmovilización | Otras |

Observaciones:

HISTORIA CLÍNICA CEMS

5

Antecedentes gineco obstétricos

Menarca: _____ FUR: _____ Ciclos: _____ IVSA: _____ No. Parejas Sexuales: _____

6

 ITS Embarazo Actual Lactancia Menopausia Climaterio Otros

Antecedentes prenatales / perinatales / postnatales.

 Edad de su 1er Embarazo _____ Cesárea: Natural: Semanas de Gestación _____

Complicación en el Embarazo: _____

 Alimentación durante el embarazo: B R M

Trabajo de parto: _____ Duración del parto: _____ Incubadora: _____ Tiempo: _____

 Observaciones: _____

7

Antecedentes sexuales masculinos:

 IVSA: _____ No. Parejas Sexuales: _____ ITS: _____

 Observaciones: _____

8

Desarrollo Psicomotor.

| Motor Fino | Motor Grueso | Lenguaje | Social-Adaptativo |
|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| Pinza fina | Sostén Cefálico | Sonidos guturales | Angustia por separación |
| Realiza Rayas | Gateo | Monosílabos | Juego en Paralelo |
| Realiza una cruz | Bipedestación | Bisílabos | Juego en Grupo |
| Realiza un triángulo | Sedestación con Ayuda | Frase de 3 palabras | Relación con sus compañeros y familia |
| Realiza un cuadrado | Sedestación Solo | Lenguaje fluido | |
| Realiza un rectángulo | Rodamiento | Comprensión de cosas abstractas | |
| Hacer un rombo | Subir y bajar pies sin alternar pies | Pronunciación de R y S | |
| Escribe un a palabra | Subir y bajar pies alternando pies | | |
| | Brincas en 2 pies | | |
| | Brincar en 1 pie | | |

9

Padecimiento actual

HISTORIA CLÍNICA CEMS

10

Pruebas específicas

Se anexan formatos de valoración: Sí () No ()

11

Terapéutica: _____

12

Estudios De Laboratorio/Gabinete: _____

13

Objetivos Del Paciente: _____

HISTORIA CLÍNICA CEMS

14

Diagnóstico

15

Tratamiento

16

Nombre y firma del paciente o Tutor:

17

Nombre y firma de quien elabora:

18

Nombre y firma de coordinación del CEMS:

HISTORIA CLÍNICA CEMS

Instructivo para el llenado del registro R-SAD-11-01 HISTORIA CLÍNICA CEMS

| Campo | Concepto | Llenado del campo | Responsable |
|-------|--|--|---|
| 1 | Datos Personales | Anotar datos personales del paciente | Coordinación del CEMS / Pasante Practicante del CEMS |
| 2 | Motivo de consulta | Anotar el padecimiento del paciente | |
| 3 | Antecedentes heredofamiliares | Se coloca alguna enfermedad genética | |
| 4 | Antecedentes personales no patológicos | Rellenar los hábitos que tiene | |
| 5 | Antecedentes personales patológicos | Se coloca si tiene alguna enfermedad actual o desde el nacimiento | |
| 6 | Antecedentes Gineco obstétricos | Se coloca si está en embarazo actual | |
| 7 | Antecedentes prenatales / perinatales / posnatales | Se anota como fue su gestación | |
| 8 | Antecedentes sexuales masculinos | Se coloca el número de personas sexuales que ha tenido hasta la actualidad | |
| 9 | Padecimiento actual | Se coloca por el motivo de consulta | |
| 10 | Terapéutica | Se coloca la patología por el cual se tratará al paciente | |
| 11 | Estudios de laboratorio / gabinete | Documentos que trae el paciente que se realizó en hospital-clínica o laboratorio | |
| 12 | Objetivo del paciente | Lo que el paciente quiere llegar a lograr en su terapia | |

HISTORIA CLÍNICA CEMS

| | | | |
|----|---|--|------------------------------|
| 13 | Pruebas específicas | Se realizan ejercicios dependiendo la patología del paciente | |
| 14 | Diagnostico fisioterapéutico | Se anota la Patología fisioterapéutica del resultado de las pruebas específicas | |
| 15 | Tratamiento fisioterapéutico | Se colocará los ejercicios que se realizarán en cada sesión para lograr el objetivo del paciente | |
| 16 | Nombre y firma del paciente o tutor | Firma dando autorización de las valoraciones que se le realizaron | Paciente |
| 17 | Nombre y firma de quien elabora | Firma el practicante o pasante quién participó en la historia clínica CEMS | Pasante |
| 18 | Nombre y firma de coordinación del CEMS | Firma la coordinación del CEMS | Coordinación del CEMS |