

HISTORIA CLÍNICA CEMS

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

Motivo de consulta

Antecedentes heredofamiliares

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

Observaciones:

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

Antecedentes gineco obstétricos

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

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: _____

Antecedentes sexuales masculinos: IVSA: _____ No. Parejas Sexuales: _____ ITS: _____

Observaciones: _____

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		

Padecimiento actual

HISTORIA CLÍNICA CEMS

Pruebas específicas

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

Terapéutica: _____

Estudios De Laboratorio/Gabinete: _____

Objetivos Del Paciente: _____

HISTORIA CLÍNICA CEMS

Diagnóstico
Tratamiento

Nombre y firma del paciente o Tutor:

Nombre y firma de quien elabora:

Nombre y firma de coordinación del CEMS:
