



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
C.E.C. y T. 10 CARLOS VALLEJO MÁRQUEZ
SERVICIO MÉDICO



HISTORIA CLÍNICA

1. Ficha de identificación:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Grupo: _____
PM: _____ Estado civil: _____ Grupo sanguíneo: _____

2. Antecedentes heredo-familiares (marca todas las que apliquen y especificar quien la ha padecido):

Padecimiento	Marque con X (en caso afirmativo)	Familiar que lo padece
Diabetes Mellitus		
Hipertensión Arterial		
Enfermedad Renal		
Enfermedad Endócrina (tiroides)		
Enfermedad Hepática		
Enfermedad Cardíaca		
Enfermedad Mental		
Enfermedad Reumatológica		
Enfermedad Alérgica		
Enfermedad Oncológica (tipo de cáncer)		
Asma		
Obesidad		
Otros		

3. Antecedentes personales no patológicos:

Tabaquismo: SI ☐ NO ☐ Edad de inicio: _____ Número de cigarros al día: _____

Alcoholismo: SI ☐ NO ☐ Edad de inicio: _____ Frecuencia: _____

Drogas: SI ☐ NO ☐ Marihuana ☐ Cocaína ☐ Heroína ☐ Anfetamina ☐ Edad de Consumo: _____

Actividad física: SI ☐ NO ☐ Tipo de actividad y número de veces por semana: _____

4. Antecedentes personales patológicos (en caso de tener alguna marca con una X en el cuadro):

Padecimiento	Marque con X (en caso afirmativo)	Edad de inicio y tratamiento
Enfermedades Actuales		
Enfermedades Alérgicas		
Medicamentos que toma de forma regular		
Cirugías (especificar año y tipo de cirugía):		
Transfusiones Sanguíneas (especificar el año)		
Traumáticos (esguince, luxación, fractura, contusión en cráneo):		
Convulsiones (especificar el año y tratamiento)		
Asma (especificar el año de inicio y tratamiento)		
Discapacidad auditiva, visual, física u otra		

Utiliza algún tipo de prótesis: SI ☐ NO ☐ Especificar tipo de prótesis: _____

5. Antecedentes GINECOOBSTÉTRICOS (SOLO MUJERES):

Menarca (inicio de la menstruación): _____ Dismenorrea (cólicos menstruales) SI ☐ NO ☐
Ritmo (número de días entre un período menstrual y otro): _____ Número de días de la menstruación: _____
Embarazos: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

6. NOTA: La siguiente sección se llenara en Servicio Médico

IVSA: _____ NPS: _____
M.A. SI ☐ NO ☐ CUAL? _____

Nombre del padre o tutor: _____ Firma: _____