

BOLETA: \_\_\_\_\_  
MES/AÑO INGRESO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL  
ESIME TICOMÁN  
SERVICIO MÉDICO  
CUESTIONARIO MÉDICO  
MEDICINA GENERAL**



FECHA: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ LUGAR NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA NAC.: \_\_\_\_\_  
TIPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ TRABAJAS: **SI NO** CURP: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ RELIGIÓN: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO (URGENCIAS): \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL RESPONSABLE EN CASO DE URGENCIA: \_\_\_\_\_  
PARENTESCO \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg Talla: \_\_\_\_\_ cm IMC: \_\_\_\_\_

**Contesta las siguientes preguntas:**

¿EN TU FAMILIA (abuelos, padres, tíos o hermanos) existen personas con alguna de las siguientes enfermedades?  
(Señala con una "X" la respuesta correcta.)

<b>Diabetes</b>	Si	No	¿Quién?	<b>Problemas de corazón</b>	Si	No	¿Quién?
<b>Cáncer</b>	Si	No	¿Quién?	<b>Problemas renales</b>	Si	No	¿Quién?
<b>Várices</b>	Si	No	¿Quién?	<b>Presión alta</b>	Si	No	¿Quién?
<b>Convulsiones</b>	Si	No	¿Quién?	<b>Enfermedad de la sangre</b>	Si	No	¿Quién?
<b>Enfermedades pulmonares</b>	Si	No	¿Quién?	<b>Enfermedades mentales</b>	Si	No	¿Quién?
<b>Obesidad</b>	Si	No	¿Quién?	<b>Tuberculosis</b>	Si	No	¿Quién?

**Contesta las siguientes preguntas acerca de ti:**

¿Fumas? **No / Si** Edad en que comenzaste a fumar \_\_\_\_\_ y número de cigarrillos/día \_\_\_\_\_  
Alguna vez has consumido bebidas alcohólicas **No / Si** Con qué frecuencia \_\_\_\_\_ veces por semana  
¿Cuánto? Estado de embriaguez ( ) Más de 5 copas ( ) 1 - 3 copas ( )  
Has consumido algún tipo de droga (aunque sea sólo una vez o solo por probar) **No / Si** ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Eres alérgico a algo? SI NO ¿A qué? \_\_\_\_\_  
¿Te han operado? SI NO ¿De qué? \_\_\_\_\_  
¿Te han puesto sangre? SI NO ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
¿Te has fracturado? SI NO ¿Qué hueso y a qué edad? \_\_\_\_\_

**ACTUALMENTE TÚ** padeces o has padecido alguna de las siguientes enfermedades alguna vez en tu vida.

Contesta **SI NO**

Diabetes ( ) Enfermedades del corazón ( ) Enfermedades pulmonares ( )  
Presión alta ( ) Enfermedades del riñón ( ) Enfermedades mentales ( )  
Convulsiones ( ) Cáncer ( ) Infecciones Transmisión Sexual ( )  
Asma ( ) Hepatitis ( ) Otra(s) ( )

¿Actualmente tomas algún medicamento? **SI NO** (Toma en cuenta laxantes, pastillas para dormir y vitaminas)  
Especifica cuál y para qué padecimiento: \_\_\_\_\_

Tienes alguno de los siguientes problemas. Contesta **SI** o **NO**

Mental	( )	Memoria	( )
Motriz	( )	Auditivo	( )
Visual	( ) Usas lentes <b>SI NO</b>	De lenguaje	( )

Responde las siguientes preguntas:

¿Con quién vives? Padres ( ) Hermanos ( ) Familiares ( ) Solo ( ) Otros ( ) \_\_\_\_\_

¿Quién se responsabiliza de elaborar tus alimentos? \_\_\_\_\_

¿Cuántas comidas haces al día? 1 2 3 4 o más

¿Tienes horarios para las comidas? **SI NO** ¿Haces comidas fuera de casa? **SI NO**

¿Qué cantidad de agua consumes al día? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces a la semana consumes los siguientes alimentos?

Res _____	Pan _____	Galletas _____
Pollo _____	Fruta _____	Leguminosas _____
Cerdo _____	Huevo _____	Refrescos _____
Pescado _____	Verduras _____	Picante _____
Leche _____	Capeados _____	Alimentos ricos en grasa como
Lácteos _____	Fritos _____	barbacoa, carnitas, pozole,
Tortilla _____	Dulces _____	mole, etc. _____

¿Realizas ejercicio? **SI NO** ¿Cuánto tiempo a la semana? \_\_\_\_\_

#### MUJERES

¿A qué edad fue tu primera menstruación? \_\_\_\_\_

¿Cada cuándo menstruas? \_\_\_\_\_

¿Iniciaste vida sexual? **SI NO** ¿A qué edad? \_\_\_\_\_

¿Utilizas algún método de planificación familiar? **SI NO** ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Has tenido alguna enfermedad de transmisión sexual? **SI NO** ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Te has realizado tu papanicolau? **SI NO** ¿Cuándo fue la última vez? \_\_\_\_\_

¿Recibiste tratamiento? **SI NO**

Embarazos: **SI NO** ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

Abortos: **SI NO** ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

Partos: **SI NO** ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

Cesáreas **SI NO** ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

#### HOMBRES

¿Iniciaste vida sexual? **SI NO**

¿A qué edad? \_\_\_\_\_

¿Utilizas algún método de planificación familiar? **SI NO** ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Has tenido alguna infección de transmisión sexual? **SI NO** ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Recibiste tratamiento? **SI NO**

¿Te has realizado la prueba de Antígeno Prostático Específico? **SI NO**

Toda la información proporcionada es de carácter confidencial y para uso exclusivo del Servicio Médico

SERVICIO MÉDICO E.S.I.M.E. UNIDAD TICOMÁN



**INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL**  
**ESCUELA SUPERIOR DE INGENIERIA**  
**MECANICA Y ELECTRICA**  
**UNIDAD TICOMAN**



**SERVICIO DENTAL**

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Grupo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ No. De Boleta/PPE \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

**Marca con una "x" de las siguientes que existan en tu familia (abuelos, tíos, padres y hermanos) e indica quien padece la enfermedad.**

**ANTECEDENTES FAMILIARES HEREDITARIOS**

Diabetes	( )	Hemofilia	( )
Cáncer	( )	Epilepsia	( )
Cardiopatías	( )	Patología Renal	( )
Tuberculosis	( )	Alcoholismo	( )
Hipertensión	( )	Tabaquismo	( )

**Contesta las siguientes preguntas con SI/NO acerca de ti**

**ANTECEDENTES PERSONAL**

¿Está en tratamiento médico?	( )	¿Fumas?	( )
¿Está tomando medicamentos?	( )	¿Consumes bebidas alcohólicas?	( )
Cuales: _____		¿Te han transfundido sangre?	( )
Padece algún tipo de alergia	( )	¿Has donado sangre?	( )
Indique cual: _____		¿Has tenido alguna cirugía?	( )
¿Tienes Intolerancia a los anestésicos?	( )	De que: _____	

Contesta SI/NO en las siguientes preguntas acerca de ti

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

Enfermedades Del Aparato Digestivo	( )	Enfermedad renal	( )
Diabetes	( )	Enfermedades Virales	( )
Dificultad para respirar	( )	Cuales: _____	
Convulsiones	( )	Hepatitis	( )
Cardiopatías	( )	Asma	( )
Hemorragias	( )	Paperas	( )
Presión arterial alta o baja	( )		
Fiebre Reumática	( )		

**ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS**

¿Cuándo fue la última visita al dentista? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces te cepillas al día? \_\_\_\_\_

¿Tienes Hábitos perniciosos? (Morder uñas, plumas, etc.) \_\_\_\_\_

¿Te sangran las encías con facilidad? \_\_\_\_\_

**EXPLORACIÓN DE LA C AVIDAD BUCAL**

Tejidos Blandos: \_\_\_\_\_

Tejidos Óseos: \_\_\_\_\_





INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL  
ESCUELA SUPERIOR DE INGENIERIA Y ELECTRONICA  
**HISTORIA CLÍNICA NUTRICIÓN**



1.-DATOS PERSONALES

Nombre: _____	Edad _____	Sexo: _____	Edo.Civil: _____
Ocupación: _____	N°boleta: _____	Escolaridad: _____	
teléfono: _____	Dirección: _____		

ESCRIBA LOS ALIMENTOS QUE CONSUME EN CADA TIEMPO DE ALIMENTACIÓN, LA HORA Y LUGAR.

Hora en la que se levanta:			
	Comida	Horario	Lugar donde comes
Desayuno:			
Comida:			
Cena:			
¿Come entre comidas? ¿Qué?		¿Los fines de semana come más de lo habitual?	

¿ALGUN FAMILIAR HA PADECIDO  
ALGUNA DE ESTAS  
ENFERMEDADES? (SI/NO)

¿USTED PADECIO O PADECE  
ALGUNA DE LAS SIGUIENTES  
ENFERMEDADES? (SI/NO)

Antecedentes Heredo familiares		
Enfermedad	Materno	Paterno
Alergias:		
Cardiológico:		
<u>Diabetes:</u>		
<u>Hipertensión:</u>		
<u>Obesidad:</u>		
<u>Cáncer:</u>		
<u>Otro:</u>		

<u>Antecedentes Personales patológicos</u>	
<u>Hepatitis:</u>	
<u>Renales.</u>	
<u>Estreñimiento:</u>	
<u>Diarrea:</u>	
<u>Colitis:</u>	
<u>Gastritis:</u>	
<u>Cáncer:</u>	

CONSUME:

ALCOHOL \_\_\_\_\_ TABACO \_\_\_\_\_ FARMACOS \_\_\_\_\_ COMPLEMENTOS \_\_\_\_\_

¿SIENTE CON FRECUENCIA LO SIGUIENTES SINTOMAS? MARQUELOS CON UNA "X"

<b>Dolor de cabeza</b>	<b>Mareos</b>	<b>Nauseas</b>	<b>Falta de concentración</b>
<b>Irritabilidad, Cansancio.</b>	<b>Falta de apetito</b>	<b>Exceso de apetito</b>	<b>Fatiga</b>
<b>Sangrado de Nariz o encías</b>	<b>Gripes Constantes</b>	<b>Diarrea y/o estreñimiento</b>	

¿USTED REALIZA ACTIVIDAD FISICA ACTUALMENTE? \_\_\_\_\_ ¿QUÉ ACTIVIDAD? \_\_\_\_\_

¿CÚANTAS HORAS AL DIA? \_\_\_\_\_ ¿CÚANTAS VECES POR SEMANA? \_\_\_\_\_