

Paciente

Nombre: MARIA
Apellido paterno: PEREZ
Fecha de registro: 05/09/2023
Fecha de nacimiento: 10/01/2007
Tipo documento: Registro civil
País: MÉXICO
Estado: COAHUILA DE ZARAGOZA
Municipio: ABASOLO
Origen: Página web
Tipo de paciente: Particular
Alerta 1: HIPERTENSO
Alergias: PENICILINA
Idioma: ESP

CONSULTA 05/09/2023**Formato #387**

Fecha: 05/09/2023 04:46 PM
Formato: Consentimiento informado
Medico: Medis Medis
Sucursal: Clínica Demo
Activo: Sí

Orden de análisis clínicos #520

Fecha: 05/09/2023 04:41 PM
Médico: Medis Medis
Sucursal: Clínica Demo
Indicaciones para el paciente: - Ayuno de 8 horas

Listado de orden de análisis clínicos

Grupo	Análisis	Indicaciones	Unidad	Referencia	Resultado	Fecha resultado
PERFIL TIROIDEO	T3 LIBRE		pmol/l			05/09/2023 12:00 AM
PERFIL TIROIDEO	T3 TOTAL		pmol/l			05/09/2023 12:00 AM
PERFIL TIROIDEO	T4 LIBRE		pmol/l			05/09/2023 12:00 AM
PERFIL TIROIDEO	T4 TOTAL		pmol/l			05/09/2023 12:00 AM
PERFIL TIROIDEO	TSH		mUI/L		10	05/09/2023 12:00 AM

Receta #700**Fecha:** 05/09/2023 04:38 PM**Alergias:** PENICILINA**Detalle:**

DICLOFENACO POTÁSICO: Tableta

50 mg TOMAR 1 CADA 12 HORAS

Nota de evolución #548**Fecha:** 05/09/2023 04:35 PM**Médico:** Medis Medis**Cerrada:** Sí**Diagnósticos:** K35, DX001 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA**Detalle:** Tratamiento:**Historia clínica #753****Fecha:** 05/09/2023 04:23 PM**Medico:** Medis Medis**Sucursal:** Clínica Demo**Firmado:** No**I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Pregunta	Respuesta
Religión:	
Escolaridad:	
Lugar de nacimiento:	
Grupo sanguíneo:	
Alergias:	
Acompañante:	
¿Cuál?	
...¿CUÁL?	

II. FIABILIDAD

Pregunta	Respuesta
Describe:	

III. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Pregunta	Respuesta
Describe:	NIEGA ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Pregunta	Respuesta
Describe:	

V. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Pregunta	Respuesta
Describe:	

VI. MOTIVO DE CONSULTA

Pregunta	Respuesta
Describe:	

VII. PADECIMIENTO ACTUAL

Pregunta	Respuesta
Describe:	

VIII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Pregunta	Respuesta
1. Órganos de los sentidos	
-- Visión:	
-- Audición:	
-- Olfato:	
-- Gusto:	
-- Tacto:	
2. Piel y tegumentos	
-- Piel:	
-- Uñas:	
-- Pelo:	
3. Respiratorio:	
4. Cardiovascular y periférico:	
5. Gastrointestinal:	
6. Genitourinario:	
7. Músculo-esquelético:	
8. Nervioso-psiquiátrico:	

IX. EXPLORACIÓN FÍSICA

Pregunta	Respuesta
a) Habitus exterior:	
b) Signos vitales.	
c) Cabeza.	
-- Cráneo	
-- Ojos:	
-- Oídos:	
-- Nariz:	

Pregunta	Respuesta
-- Boca:	
e) Cuello:	
f) Tórax:	
g) Abdomen:	
h) Extremidades:	
i) Columna:	
j) Examen pélvico:	

X. PARACLÍNICOS PREVIOS

Pregunta	Respuesta
Describe:	
colocar	

XI. DIAGNÓSTICO

Pregunta	Respuesta
Describe:	
CIE10:	

XII. TRATAMIENTO

Pregunta	Respuesta
Describe:	

XIII. PRONÓSTICO

Pregunta	Respuesta
Describe:	

IX. OBSERVACIONES

Pregunta	Respuesta
SELECCIÓN	
SELECCIÓN MULTIPLE	
NUMERO	
FECHA	
SI O NO	No
TEXTO	
IMAGEN	

X. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Pregunta	Respuesta
Menarca	

Firma

Pregunta	Respuesta
Firma	

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Pregunta	Respuesta
FUM	
Menarca	

EJEMPLO 1

Pregunta	Respuesta
EJEMPLO X	
¿Opciones?	
EJEMPLO XX	No
Antecedentes	
Ejemplo	
imagen	