

Paciente

Nombre: Luisa  
Apellido paterno: Perez  
Fecha de registro: 12/04/2024  
Tipo documento: Registro civil  
País: MÉXICO  
Idioma: ESP

CONSULTA 12/04/2024

Receta #901

Fecha: 12/04/2024 03:30 PM  
Detalle:  
IBUPROFENO: Cápsula (Gelatina blanda)  
400 mg

Tomar 1 cap cada 8 hrs por 3 días

Historia clínica #1055

Fecha: 12/04/2024 03:28 PM  
Medico: Medis Medis  
Sucursal: Clínica Demo  
Firmado: No

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

| Pregunta             | Respuesta |
|----------------------|-----------|
| Religión:            |           |
| Escolaridad:         | primaria  |
| Lugar de nacimiento: | gdl       |
| 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.   |           |

| Pregunta           | Respuesta |
|--------------------|-----------|
| c) Cabeza.         |           |
| -- Cráneo          |           |
| -- Ojos:           |           |
| -- Oídos:          |           |
| -- Nariz:          |           |
| -- 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

## Medis365 - medis-demo

205 - Luisa Perez

---

| 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       |           |