

**Paciente**

**Nombre:** jose  
**Apellido paterno:** lopez  
**Fecha de registro:** 29/09/2025  
**Tipo documento:** Pasaporte  
**País:** MÉXICO  
**Idioma:** ESP

**CONSULTA 15/12/2025****Formato #1449**

**Fecha:** 15/12/2025 05:26 PM  
**Formato:** Consentimiento informado  
**Medico:** Medis Medis  
**Sucursal:** Clínica Demo  
**Activo:** Sí

**CONSULTA 29/09/2025****Historia clínica #1976**

**Fecha:** 29/09/2025 02:16 PM  
**Medico:** Medis Medis  
**Sucursal:** Clínica Demo  
**Firmado:** No

**I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

| Pregunta             | Respuesta |
|----------------------|-----------|
| Lugar de nacimiento  |           |
| Escolaridad          |           |
| Religión             |           |
| Grupo sanguíneo y Rh |           |
| Acompañante          |           |
| Tel. del Acompañante |           |

**II. FIABILIDAD**

| Pregunta               | Respuesta |
|------------------------|-----------|
| Tipo de interrogatorio |           |
| ¿Quién?                |           |

**III. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES**

| Pregunta | Respuesta |
|----------|-----------|
| Describe |           |

#### IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

| Pregunta                              | Respuesta |
|---------------------------------------|-----------|
| Quirúrgico                            |           |
| Traumático                            |           |
| Transfusiones                         |           |
| Uso de fármacos                       |           |
| Crónico-degenerativas                 |           |
| Consumo de drogas, alcohol y/o tabaco |           |
| Otro                                  |           |

#### V. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

| Pregunta           | Respuesta |
|--------------------|-----------|
| Vivienda           |           |
| Hábitos higiénicos |           |
| Hábitos dietéticos |           |
| Inmunizaciones     |           |
| Ejercicio          |           |
| Zoonosis           |           |
| Alergias           |           |

#### VI. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

| Pregunta              | Respuesta |
|-----------------------|-----------|
| FUM                   |           |
| Menarca               |           |
| Ciclo menstrual       |           |
| Gestas                |           |
| Partos                |           |
| Cesáreas              |           |
| Abortos               |           |
| Óbitos                |           |
| Papanicolau           |           |
| Mastografía           |           |
| Método anticonceptivo |           |

#### VII. MOTIVO DE CONSULTA

| Pregunta | Respuesta |
|----------|-----------|
| Describe |           |

#### VIII. PADECIMIENTO ACTUAL

| Pregunta | Respuesta |
|----------|-----------|
| Describe |           |

#### IX. 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                |           |
| Describe                       |           |
| 4. Cardiovascular y periférico |           |
| Describe                       |           |
| 5. Gastrointestinal            |           |
| Describe                       |           |
| 6. Genitourinario              |           |
| Describe                       |           |
| 7. Músculo-esquelético         |           |
| Describe                       |           |
| 8. Nervioso-psiquiátrico       |           |
| Describe                       |           |

#### X. EXPLORACIÓN FÍSICA

| Pregunta               | Respuesta |
|------------------------|-----------|
| a) Habitus exterior    |           |
| Describe               |           |
| b) Parámetros clínicos |           |
| Parámetros clínicos    |           |
| c) Cabeza              |           |
| Cráneo                 |           |
| Ojos                   |           |
| Oídos                  |           |
| Nariz                  |           |
| Boca                   |           |
| d) Cuello              |           |
| Describe               |           |
| e) Tórax               |           |
| Describe               |           |

| Pregunta          | Respuesta |
|-------------------|-----------|
| f) Abdomen        |           |
| Describe          |           |
| g) Extremidades   |           |
| Describe          |           |
| h) Columna        |           |
| Describe          |           |
| i) Examen pélvico |           |
| Describe          |           |

#### XI. PARACLÍNICOS

| Pregunta | Respuesta |
|----------|-----------|
| Describe |           |

#### XII. DIAGNÓSTICO

| Pregunta | Respuesta |
|----------|-----------|
| Describe |           |
| CIE10    |           |

#### XIII. TRATAMIENTO

| Pregunta | Respuesta |
|----------|-----------|
| Describe |           |

#### XIV. PRONÓSTICO

| Pregunta        | Respuesta |
|-----------------|-----------|
| XIV. PRONÓSTICO |           |