

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA MÉDICA GENERAL

Plantilla editable para documentar la valoración clínica inicial y orientar el seguimiento del paciente

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y DEL PROFESIONAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO		TELÉFONO
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO		
NOMBRE DEL PROFESIONAL		ESPECIALIDAD
		CÉDULA PROFESIONAL
FECHA ____/____/____	HORA ____:____	SERVICIO / ÁREA DE ATENCIÓN

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE			
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____	EDAD	SEXO	NÚMERO DE EXPEDIENTE
DOMICILIO DEL PACIENTE			
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		OCUPACIÓN
ESTADO CIVIL	RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL		TELÉFONO DE CONTACTO

3. MOTIVO DE CONSULTA Y PADECIMIENTO ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA <i>Razón principal por la que el paciente solicita atención, preferentemente con sus propias palabras.</i>

PADECIMIENTO ACTUAL <i>Inicio, evolución, duración, localización, características, intensidad, factores asociados, tratamientos previos y estado actual.</i>
--

4. INTERROGATORIO Y ANTECEDENTES

ALERGIAS Y REACCIONES ADVERSAS <i>Medicamentos, alimentos, materiales u otras; describir reacción.</i>	MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS ACTUALES <i>Nombre, dosis, vía, frecuencia y motivo, cuando se conozca.</i>
--	---

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES
Enfermedades relevantes en familiares biológicos: cardiovasculares, metabólicas, neoplásicas, neurológicas, psiquiátricas, hereditarias u otras.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS
Enfermedades previas y actuales, hospitalizaciones, cirugías, traumatismos, transfusiones, infecciones, discapacidades, alergias y otros antecedentes relevantes.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS
Vivienda, alimentación, higiene, actividad física, sueño, inmunizaciones, ocupación, exposición a riesgos, tabaco, alcohol y otras sustancias.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS, PERINATALES O PEDIÁTRICOS (CUANDO CORRESPONDA)
Registrar únicamente los antecedentes pertinentes al sexo, edad, etapa de vida y motivo de atención.

OTROS ANTECEDENTES RELEVANTES
Antecedentes epidemiológicos, viajes, contacto con enfermos, contexto psicosocial, familiar, laboral o escolar, según corresponda.

5. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

SÍNTOMAS GENERALES <i>Fiebre, pérdida o aumento de peso, fatiga, astenia, adinamia u otros.</i>	APARATO RESPIRATORIO <i>Tos, disnea, expectoración, dolor torácico respiratorio u otros.</i>
APARATO CARDIOVASCULAR <i>Dolor precordial, palpitaciones, edema, síncope, disnea de esfuerzo u otros.</i>	APARATO GASTROINTESTINAL <i>Apetito, náusea, vómito, dolor abdominal, evacuaciones, sangrado u otros.</i>
APARATO GENITOURINARIO <i>Micción, dolor, cambios urinarios, síntomas genitales o reproductivos relevantes.</i>	SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLISMO <i>Sed, poliuria, intolerancia térmica, cambios ponderales u otros.</i>
SISTEMA HEMATOLÓGICO Y LINFÁTICO <i>Sangrado, moretones, anemia conocida, adenopatías u otros.</i>	SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO <i>Dolor, rigidez, limitación funcional, debilidad, lesiones u otros.</i>
SISTEMA NERVIOSO <i>Cefalea, mareo, convulsiones, alteraciones motoras, sensitivas o cognitivas.</i>	ESTADO MENTAL Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS <i>Ánimo, sueño, conducta, memoria, visión, audición, olfato y gusto.</i>

SÍNTOMAS POSITIVOS, NEGATIVOS RELEVANTES Y OTROS HALLAZGOS DEL INTERROGATORIO
Documentar únicamente la información pertinente y realmente investigada. Evitar respuestas automáticas o genéricas.

RESUMEN CLÍNICO DEL INTERROGATORIO
Integre los datos que orientan el problema clínico, factores de riesgo, temporalidad y relación entre síntomas.

6. EXPLORACIÓN FÍSICA

PRESIÓN ARTERIAL <i>mmHg</i>	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	TEMPERATURA °C	SATURACIÓN DE OXÍGENO	PESO <i>kg</i>	TALLA <i>m / cm</i>

HABITUS EXTERIOR Y ESTADO GENERAL

Condición general, estado de conciencia, orientación, hidratación, coloración, postura, marcha, facies y otros hallazgos relevantes.

CABEZA Y CUELLO Cráneo, ojos, oídos, nariz, boca, cuello, ganglios y tiroides, según corresponda.	TÓRAX Y APARATO CARDIOPULMONAR Inspección, palpación, percusión, auscultación y hallazgos relevantes.
ABDOMEN Inspección, auscultación, palpación, percusión y signos pertinentes.	EXTREMIDADES Y SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Movilidad, fuerza, pulsos, edema, dolor, deformidades u otros.
EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA Estado mental, pares craneales, fuerza, sensibilidad, reflejos, coordinación y marcha, según corresponda.	PIEL Y MUCOSAS Coloración, hidratación, lesiones, integridad, temperatura y otros hallazgos.
GENITALES, REGIÓN ANORRECTAL U OTRAS REGIONES (CUANDO CORRESPONDA) Realizar y documentar sólo cuando esté clínicamente indicado, con privacidad y consentimiento aplicable.	OTROS HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Dispositivos, cicatrices, limitaciones, hallazgos específicos o exploración dirigida.

RESUMEN DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA

Hallazgos positivos y negativos relevantes que sustentan la valoración clínica.

7. ESTUDIOS, VALORACIÓN Y PLAN

RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS AUXILIARES

Fecha, estudio, resultado relevante e interpretación clínica. Adjuntar o referir el documento correspondiente cuando aplique.

DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS

Registrar diagnósticos, hipótesis diagnósticas o problemas clínicos sustentados por el interrogatorio, la exploración y los estudios disponibles.

PRONÓSTICO

Curso esperado, factores favorables o desfavorables y condición funcional.

INDICACIÓN TERAPÉUTICA Y PLAN DE ATENCIÓN

Tratamiento, medicamentos, dosis, vía, frecuencia, duración, procedimientos, recomendaciones y objetivos.

REFERENCIA, INTERCONSULTA Y SEGUIMIENTO

Motivo, profesional o servicio de destino, estudios pendientes, vigilancia, signos de alarma y fecha o condición de reevaluación.

PRÓXIMA CITA

___/___/___

HORA

___:___

MOTIVO / OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO

8. VALIDACIÓN

PROFESIONAL QUE ELABORA LA HISTORIA CLÍNICA

Nombre completo, firma y cédula profesional

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL (OPCIONAL)

Nombre completo y firma, cuando corresponda

AVISO: Formato orientativo elaborado con base en la NOM-004-SSA3-2012. Debe adaptarse a la naturaleza del servicio, al caso clínico y a las disposiciones aplicables. La firma del paciente no es un requisito general de la historia clínica. Si se integra electrónicamente, deben observarse las disposiciones aplicables, incluida la NOM-024-SSA3-2012 cuando corresponda. No sustituye el criterio profesional ni garantiza por sí solo el cumplimiento normativo.