



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



ESTADO DE
MÉXICO
¡El poder de servir!

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HISTORIA CLÍNICA GENERAL

1/ Unidad Médica	2/ Expediente
------------------	---------------

3/ Fecha de Elaboración	4/ Hora de Elaboración	5/ Tipo de Interrogatorio ☐ Directo ☐ Indirecto
-------------------------	------------------------	--

I. Ficha de Identificación

6/ Nombre de la o del Paciente	7/ Edad	8/ Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino
--------------------------------	---------	---

9/ Fecha de Nacimiento	10/ Ocupación de la o del Paciente	11/ Grupo Étnico
------------------------	------------------------------------	------------------

12/ Domicilio	13/ Teléfono
---------------	--------------

14/ Nombre del Padre o Tutor en caso de ser Menor de Edad o Persona con Capacidades Diferentes
--

15/ Parentesco con la o el Paciente	16/ Teléfono
-------------------------------------	--------------

17/ II. Antecedentes Heredo Familiares

18/ III. Antecedentes Personales No Patológicos

19/ IV. Antecedentes Personales Patológicos

20/ V. Antecedentes Gineco-Obstétricos

21/ VI. Padecimiento Actual

22/ VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

Cardiovascular

Respiratorio

Gastrointestinal

Genitourinario

Hemático y Linfático

Endócrino

Nervioso

Musculoesquelético

Piel, Mucosas y Anexos

23/ VIII. Signos Vitales / Antropometría

Tensión Arterial	Temperatura	Frecuencia Cardíaca.	Frecuencia Respiratoria.	Peso	Talla

24/ IX. Exploración Física

Habitus Exterior

Cabeza

Cuello

Tórax

Abdomen

Genitales

Extremidades

Piel

25/ X. Resultados Previos y Actuales de Laboratorio, Gabinete y otros

26/ XI. Diagnósticos o Problemas Clínicos

27/ XII. TX Farmacológico

Terapéutica Empleada y Resultados (Previos)

Terapéutica Actual

28/ XIII. Pronóstico

29/ Personal Médico Tratante

Nombre y Firma

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO
“HISTORIA CLÍNICA GENERAL” (208C0101100000L-015-24)

Objetivo: Registrar los antecedentes médicos de la o del paciente; síntomas, signos vitales, auxiliares de diagnóstico, diagnóstico y terapéutico del padecimiento o enfermedad.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y se integra al Expediente Clínico Familiar de la o del Paciente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre de la unidad médica que otorga el servicio.
2	EXPEDIENTE	Asentar el número de expediente de la o el paciente.
3	FECHA DE ELABORACIÓN	Anotar el día, mes y año en que se elabora la Historia Clínica General.
4	HORA DE ELABORACIÓN	Escribir la hora en la que se elabora la Historia Clínica General.
5	TIPO DE INTERROGATORIO	Marcar con una “X” si se trata de un interrogatorio directo o indirecto.
6	NOMBRE DE LA O DEL PACIENTE	Anotar el nombre completo de la o del paciente en el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s).
7	EDAD	Anotar el número de años cumplidos de la o del paciente.
8	SEXO	Indicar el género del usuario, colocando una “X” en el cuadro que corresponda.
9	FECHA DE NACIMIENTO	Anotar el día, mes y año en que nació la o el paciente.
10	OCUPACIÓN DE LA O DEL PACIENTE	Asentar la ocupación de la o del paciente.
11	GRUPO ÉTNICO	Anotar el nombre del grupo étnico al que pertenece la o el paciente o escribir ninguno en caso de no pertenecer a alguno.
12	DOMICILIO	Escribir el domicilio completo de la o del paciente (calle, número exterior e interior, colonia, código postal, municipio o localidad).
13	TELÉFONO	Anotar el número telefónico en donde se pueda localizar a la o el paciente.
14	NOMBRE DEL PADRE O TUTOR	Anotar el nombre completo del padre o tutor, en caso de tratarse de un menor de edad o una persona con capacidades diferentes.
15	PARENTESCO CON LA O EL PACIENTE	Indicar el parentesco con la o el paciente, en caso de tratarse de un menor de edad o una persona con capacidades diferentes.
16	TELÉFONO	Anotar el número telefónico en donde se pueda localizar la persona responsable de la o del paciente.
17	ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES	Registrar los antecedentes médicos familiares o las enfermedades posiblemente hereditarias.
18	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	Escribir los antecedentes personales no patológicos (en su caso).
19	ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	Indicar los antecedentes personales patológicos que incluyan uso y dependencia de sustancias, tabaco y alcohol (en su caso).
20	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	Registrar los antecedentes gineco-obstétricos (en su caso).
21	PADECIMIENTO ACTUAL	Anotar el padecimiento que presenta la o el paciente actualmente.
22	INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS	Realizar un interrogatorio por aparatos y sistemas, y registrar los datos.
23	SIGNOS VITALES / ANTROPOMETRÍA	Asentar los signos vitales de la o del paciente.

24	EXPLORACIÓN FÍSICA	Registrar los datos obtenidos de la exploración física realizada a la o el paciente.
25	RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS	Anotar los resultados previos y actuales de laboratorio, gabinete y otros (en su caso).
26	DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS CLÍNICOS	Escribir el diagnóstico y los problemas clínicos que presenta la o el paciente.
27	TX FARMACOLÓGICO	Indicar la terapéutica empleada y los resultados obtenidos con la misma (en su caso).
28	PRONÓSTICO	Asentar el pronóstico de la evolución de la o del paciente.
29	PERSONAL MÉDICO TRATANTE	Anotar el nombre completo, cedula profesional y firma del personal médico que requisito la Historia Clínica General.