

## HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Institución u Organismo de Origen:		Expediente:	
Nueva Imagen		1	
Fecha de elaboración:	Hora de Elaboración:	Tipo de Interrogatorio:	
1/27/2018		<input checked="" type="checkbox"/> Directo Indirecto	

### I. Ficha de Identificación del Paciente

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)):		Edad:	Género:
MONTAÑO ADRIANO JOSE FRANCISCO		33 años	M
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:	Ocupación:	Grupo Sanguíneo:
08/08/1984	Mexicano	ENCRGADO DE SISTEMAS	
Domicilio:		Teléfono:	
TOPACIO 119 PASEO DE LA PLATA			
Nombre del Padre o Tutor (En caso de ser menor de edad o persona con capacidades diferentes):			
Parentesco con el paciente:		Teléfono:	
		7711127392	

### II. Antecedentes Heredo Familiares

Antecedentes de Insuficiencia Renal ( abuela materna finada),niega antecedentes de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, cardiopatías, enfermedades crónico- degenerativas articulares, cancer, tuberculosis..

### III. Antecedentes Personales No Patológicos

Originario del estado de Tlaxcala, residente de Pachuca, alfabeta, habita en casa propia, cosntruida de cemento, bloc, cuenta con los servicios básicos, sin contacto con animales, sin contacto con humo de leña, tabaquismo positivo, alcoholismo social, hábitos higienicos buenos.

### IV. Antecedentes Personales Patológicos

Niega alergias, sin traumáticos, sin transfusionales, sin quirurgicos, sin hospitalizaciones, inmunizaciones al corriente.

### V. Antecedentes Gineco-Obstétricos

no aplica

### VI. Padecimiento Actual

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, asintomático

### VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

CARDIOVASCULAR: Sin presencia de taquicardia, sin disnea, sin cianosis, sin dolor precordial

RESPIRATORIO: Sin presencia de taquicardia, sin disnes, sin cianosis, sin taquipnea, sin tos, sin sibilancias.

GASTROINTESTINAL: Sin presencia de nauseas, vómito, sin reflujo, sin evacuaciones diarreicas..

GENITOURINARIO: Sin disuria, sin poliuria, sin polaquiuria, sin pujo y tenesmo vesical, sin hematuria

HEMÁTICO Y LINFÁTICO: Sin petequias, sin equias, sin equimosis, sin hematomas.

ENDÓCRINO: Sin polifagia, con presencia de polidipsia.

## VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

**NERVIOSO:** Sin presencia de cafelea, sin acúfenos, sin presencia de convulsiones, sin perdida del estado de alerta.

**MUSCULO -ESQUELÉTICO:** Sin alteraciones en fuerza y reflejos, sin calambres, sin ardor, sin edema.

**PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:** Sin alteraciones en mucosas y tegumentos.

## VIII. Signos Vitales

<b>T/A:</b> 100/60	<b>Temperatura:</b> 36° C °C	<b>Frec. Card.:</b> 80x	<b>Frec. Resp.:</b> 20x	<b>Peso:</b> 60 kg.	<b>Talla:</b> 1.65 mts.	<b>CC:</b>	<b>IMC:</b> 22
-----------------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------	----------------------------	------------	-------------------

## IX. Exploración Física

**HABITUS EXTERIOR:** Tranquilo, conciente, orientado, adecuada hidratación de mucosas y tegumentos, posición libremente escogida..

**CABEZA:** Normocefalo, adecuada implantación de cabello, cejas, pabellones auriculares, ojos simétricos, pupilas isocóricas , normorreflejas , narinas permeables, faringe no hiperémica, caries, labios y paladar integro.

**CUELLO:** Cilíndrico, traquea central, pulsos carotídeos presentes, sin adenopatias palpables.

**TÓRAX:** Normolineo, campos pulmonares ventildos, pulmon derecho con amplexación disminuida, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada frecuencia e intensidad sin agregados patológicos.

**ABDOMEN:** Blando, depresible sin visceromegalias palpables, peristalsis presente, giordanos negativos.

**GENITALES:** Masculinos de acuerdo a la edad.

**EXTREMIDADES:** Simétricas, pulsos periféricos presentes, llenado capilar 2", fuesa 5.5, reflejos conservados, onicomiosis, se revisa sencibilidad.

**PIEL:** Adecuada hidratación y coloración de mucosas y tegumentos

## X. Resultados Previos y Actuales de Laboratorio, Gabinete y Otros

Glucosa. 80 mg/ dl.

## XI. Diagnósticos o Problemas Clínicos

PACIENTE CLINICAMENTE SANO.

## XII. TX Farmacológico

sin ingesta de medicamentos

## TERAPÉUTICA ACTUAL:

Se explica el plato del bien comer, se sugiere ejercicio diario minimo 30 min, se solicita radiografia de Torax

## XIII. Pronóstico

reservado a evolución.

Paciente  
Nombre y Firma

  
**Dra. Ana Cecilia Quijada Madrid**  
Médico General  
Céd. Prof. 5400286



## HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Institución u Organismo de Origen:		Nueva Imagen		Expediente:		2	
Fecha de elaboración:		Hora de Elaboración:		Tipo de Interrogatorio:			
1/27/2018				<input checked="" type="checkbox"/> Directo		Indirecto	

### I. Ficha de Identificación del Paciente

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)):				Edad:		Género:	
CARO SILVERIO JUAN MANUEL				34 años		M	
Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:		Ocupación:		Grupo Sanguíneo:	
00/00/1983		Mexicano		VENTAS		O+	
Domicilio:				Teléfono:			
Av. CISNE SUR 326 dep. 8 VILLAS DE PACHUCA							
Nombre del Padre o Tutor (En caso de ser menor de edad o persona con capacidades diferentes):							
Parentesco con el paciente:				Teléfono:			
				7711587814			

### II. Antecedentes Heredo Familiares

Antecedentes de Diabetes Mellitus ( madre, padre, tíos, primos), abuelo materno finado ( problemas respiratorios), sin antecedentes de Hipertensión arterial, cardiopatías, enfermedades crónico- degenerativas articulares, cancer, tuberculosis..

### III. Antecedentes Personales No Patológicos

Originario de Tenango de Doria Hgo, católico, alfabeto, escolaridad preparatoria completa, habita en casa rentada , cosntruida de cemento, bloc, cuenta con los servicios básicos, sin contacto con animales, sin contacto con humo de leña, tabaquismo y alcoholismo social, hábitos higienicos regulares.

### IV. Antecedentes Personales Patológicos

Niega alergias, traumáticos, sin transfusionales, sin quirurgicos , sin hospitalizaciones, inmunizaciones al corriente.

### V. Antecedentes Gineco-Obstétricos

no aplica

### VI. Padecimiento Actual

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, asintomático

### VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

CARDIOVASCULAR: Sin presencia de taquicardia, sin disnea, sin cianosis, sin dolor precordial

RESPIRATORIO: Sin presencia de taquicardia, sin disnes, sin cianosis, sin taquipnea, sin tos, sin sibilancias.

GASTROINTESTINAL: Sin presencia de nauseas, vómito, sin reflujo, con evacuaciones diarreicas..

GENITOURINARIO: Sin disuria, sin poliuria, sin polaquiuria, sin pujo y tenesmo vesical, sin hematuria

HEMÁTICO Y LINFÁTICO: Sin petequias, sin equias, sin equimosis, sin hematomas.

ENDÓCRINO: Sin polifagia, con presencia de polidipsia.



## VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

**NERVIOSO:** Sin presencia de cafelea, sin acúfenos, sin presencia de convulsiones, sin pérdida del estado de alerta.

**MUSCULO -ESQUELÉTICO:** Sin alteraciones en fuerza y reflejos, sin calambres, sin ardor, sin edema.

**PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:** Sin alteraciones en mucosas y tegumentos.

## VIII. Signos Vitales

<b>T/A:</b> 110/70	<b>Temperatura:</b> 36° C °C	<b>Frec. Card.:</b> 80x	<b>Frec. Resp.:</b> 20x	<b>Peso:</b> 57 kg.	<b>Talla:</b> 1.61 mts.	<b>CC:</b>	<b>IMC:</b> 22
-----------------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------	----------------------------	------------	-------------------

## IX. Exploración Física

**HABITUS EXTERIOR:** Tranquilo, conciente, orientado, adecuada hidratación de mucosas y tegumentos, posición libremente escogida..

**CABEZA:** Normocefalo, adecuada implantación de cabello, cejas, pabellones auriculares, ojos simétricos, pupilas isocóricas , normorreflejas , narinas permeables, faringe no hiperémica, caries, labios y paladar integro.

**CUELLO:** Cilíndrico, traquea central, pulsos carotídeos presentes, sin adenopatías palpables.

**TÓRAX:** Normolineo, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada frecuencia e intensidad sin agregados patológicos.

**ABDOMEN:** Blando, depresible sin visceromegalias palpables, peristalsis presente, giordanos negativos.

**GENITALES:** Masculinos de acuerdo a la edad.

**EXTREMIDADES:** Simétricas, pulsos periféricos presentes, llenado capilar 2", fuerza 5.5, reflejos conservados, sin onicomiosis, se revisa sensibilidad.

**PIEL:** Adecuada hidratación y coloración de mucosas y tegumentos

## X. Resultados Previos y Actuales de Laboratorio, Gabinete y Otros

Glucosa. 90 mg/ dl.

## XI. Diagnósticos o Problemas Clínicos

PACIENTE CLINICAMENTE SANO.

## XII. TX Farmacológico

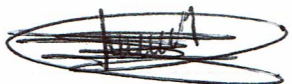
sin ingesta de medicamentos

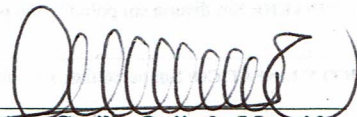
## TERAPÉUTICA ACTUAL:

Se explica el plato del bien comer, se sugiere ejercicio diario mínimo 30 min

## XIII. Pronóstico

reservado a evolución.

  
**Juan Manuel Caro Silveira**  
 Paciente  
 Nombre y Firma

  
**Dra. Ana Cecilia Quijada Madrid**  
 Médico General  
 Céd. Prof. 5400286



## HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Institución u Organismo de Origen:		Nueva Imagen		Expediente:		3	
Fecha de elaboración:		Hora de Elaboración:		Tipo de Interrogatorio:			
1/27/2018				<input checked="" type="checkbox"/> Directo		Indirecto	

### I. Ficha de Identificación del Paciente

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)):				Edad:		Género:	
PLIEGO SALINAS OBED				45 años		M	
Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:		Ocupación:		Grupo Sanguíneo:	
04/01/1973		Mexicano		ALMACEN		O+	
Domicilio:				Teléfono:			
CALLEJÓN DEL RICO MARTÍNEZ, PACHUCA CENTRO							
Nombre del Padre o Tutor (En caso de ser menor de edad o persona con capacidades diferentes):							
Parentesco con el paciente:				Teléfono:			
				7712202734			

### II. Antecedentes Heredo Familiares

Sin Antecedentes de Diabetes Mellitus, sin antecedentes de Hipertensión arterial, cardiopatías, enfermedades crónico- degenerativas articulares, cancer, tuberculosis..

### III. Antecedentes Personales No Patológicos

Originario de Omitán Hgo, residente de Pachuca desde hace 15 años, católico, alfabeto, escolaridad secundaria completa, habita en casa propia, construida de cemento, bloc, cuenta con los servicios básicos, sin contacto con animales, sin contacto con humo de leña, tabaquismo y alcoholismo social, hábitos higiénicos regulares.

### IV. Antecedentes Personales Patológicos

Niega alergias, traumáticos fractura en dedo anular, sin transfusionales, quirúrgicos de rodilla izquierda con laser, hospitalizaciones una, inmunizaciones al corriente.

### V. Antecedentes Gineco-Obstétricos

no aplica

### VI. Padecimiento Actual

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, asintomático

### VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

CARDIOVASCULAR: Sin presencia de taquicardia, sin disnea, sin cianosis, sin dolor precordial

RESPIRATORIO: Sin presencia de taquicardia, sin disneas, sin cianosis, sin taquipnea, sin tos, sin sibilancias.

GASTROINTESTINAL: Sin presencia de náuseas, vómito, sin reflujo, sin evacuaciones diarreicas..

GENITOURINARIO: Sin disuria, sin poliuria, sin polaquiuria, sin pujo y tenesmo vesical, sin hematuria, con presencia de nicturia.

HEMÁTICO Y LINFÁTICO: Sin petequias, sin equias, sin equimosis, sin hematomas.

ENDÓCRINO: Sin polifagia, con presencia de polidipsia.

## VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

**NERVIOSO:** Sin presencia de cafelea, sin acúfenos, sin presencia de convulsiones, sin perdida del estado de alerta.

**MUSCULO -ESQUELÉTICO:** Sin alteraciones en fuerza y reflejos, sin calambres, sin ardor, sin edema.

**PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:** Sin alteraciones en mucosas y tegumentos.

## VIII. Signos Vitales

<b>T/A:</b> 120/80	<b>Temperatura:</b> 36° C °C	<b>Frec. Card.:</b> 80x	<b>Frec. Resp.:</b> 20x	<b>Peso:</b> 75 kg.	<b>Talla:</b> 1.66 mts.	<b>CC:</b> -	<b>IMC:</b> 27.2
-----------------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------	----------------------------	-----------------	---------------------

## IX. Exploración Física

**HABITUS EXTERIOR:** Tranquilo, conciente, orientado, adecuada hidratación de mucosas y tegumentos, posición libremente escogida..

**CABEZA:** Normocefalo, adecuada implantación de cabello, cejas, pabellones auriculares, ojos simétricos, pupilas isocóricas , normorreflejas , narinas permeables, faringe no hiperémica, caries, labios y paladar integro.

**CUELLO:** Cilíndrico, traquea central,pulsos carotídeos presentes, sin adenopatias palpables.

**TÓRAX:** Normolineo, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada frecuencia e intensidad sin agregados patológicos.

**ABDOMEN:** Blando, depresible sin visceromegalias palpables, peristalsis presente, giordanos negativos.

**GENITALES:** Masculinos de acuerdo a la edad.

**EXTREMIDADES:** Simétricas, pulsos periféricos presentes, llenado capilar 2", fueza 5.5, reflejos conservados, sin onicomicosis, se revisa sencibilidad.

**PIEL:** Adecuada hidratación y coloración de mucosas y tegumentos

## X. Resultados Previos y Actuales de Laboratorio, Gabinete y Otros

glucosa 95 mg/ dl.

## XI. Diagnósticos o Problemas Clínicos

PACIENTE CLINICAMENTE SANO.

## XII. TX Farmacológico

sin ingesta de medicamentos

## TERAPÉUTICA ACTUAL:

Se explica el plato del bien comer,se sugiere ejercicio diario minimo 30 min

## XIII. Pronóstico

reservado a evolución.

Paciente  
Nombre y Firma

  
**Dra. Ana Cecilia Quijada Madrid**  
Médico General  
Céd. Prof. 5400286



## HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Institución u Organismo de Origen:		Nueva Imagen		Expediente:	4
Fecha de elaboración:	1/27/2018	Hora de Elaboración:		Tipo de Interrogatorio:	<input checked="" type="checkbox"/> Directo <input type="checkbox"/> Indirecto

### I. Ficha de Identificación del Paciente

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)):			Edad:	Género:
PILAR LARA ERICK			41 años	M
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:	Ocupación:	Grupo Sanguíneo:	
16/01/1977	Mexicano	CHOFER	O+	
Domicilio:			Teléfono:	
RÍO Y YAQUI Ed. 103 dep 7 PASEO DE HECHEVERRIA . MUNICIPIO MINERAL DE				
Nombre del Padre o Tutor (En caso de ser menor de edad o persona con capacidades diferentes):				
Parentesco con el paciente:			Teléfono:	
			7711403694	

### II. Antecedentes Heredo Familiares

Antecedentes de Diabetes Mellitus ( madre,abuela, primo materno), Hipertensión arterial (madre, abuela), sin antecedentes decardiopatias , cancer de piel , enfermedades crónico- degenerativas articulares, tuberculosis..

### III. Antecedentes Personales No Patológicos

Originario de Ecatepec Estado de México, residente de Pachuca desde hace 3 años, católico, alfabeta, escolaridad primaria completa, habita en casa propia, cosntruida de cemento, bloc, cuenta con los servicios básicos, sin contacto con animales, sin contacto con humo de leña, tabaquismo y alcoholismo social, hábitos higienicos regulares.

### IV. Antecedentes Personales Patológicos

Niega alergias, traumáticos, sin transfusionales, sin quirurgicos , sin hospitalizaciones, inmunizaciones al corriente.

### V. Antecedentes Gineco-Obstétricos

no aplica

### VI. Padecimiento Actual

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, refiere presencia de dolor en región lumbar

### VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

CARDIOVASCULAR: Sin presencia de taquicardia, sin disnea, sin cianosis, sin dolor precordial

RESPIRATORIO: Sin presencia de taquicardia, sin disnes, sin cianosis, sin taquipnea, sin tos, sin sibilancias.

GASTROINTESTINAL: Sin presencia de nauseas, vómito, sin reflujo, sin evacuaciones diarreicas..

GENITOURINARIO: Sin disuria,sin poliuria, sin polaquiuria, sin pujo y tenesmo vesical, sin hematuria , sin presencia de nicturia.

HEMÁTICO Y LINFÁTICO: Sin petequias, sin equias, sin equimosis, sin hematomas.

ENDÓCRINO: Sin polifagia, con presencia de polidipsia.

## VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

**NERVIOSO:** Sin presencia de cafelea, sin acúfenos, sin presencia de convulsiones, sin pérdida del estado de alerta.

**MUSCULO -ESQUELÉTICO:** Sin alteraciones en fuerza y reflejos, sin calambres, sin ardor, sin edema.

**PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:** Sin alteraciones en mucosas y tegumentos.

## VIII. Signos Vitales

<b>T/A:</b> 110/60	<b>Temperatura:</b> 36° C °C	<b>Frec. Card.:</b> 78x	<b>Frec. Resp.:</b> 20x	<b>Peso:</b> 81 kg.	<b>Talla:</b> 1.65 mts.	<b>CC:</b>	<b>IMC:</b> 29.7
-----------------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------	----------------------------	------------	---------------------

## IX. Exploración Física

**HABITUS EXTERIOR:** Tranquilo, conciente, orientado, adecuada hidratación de mucosas y tegumentos, posición libremente escogida.

**CABEZA:** Normocefala, adecuada implantación de cabello, cejas, pabellones auriculares, ojos simétricos, pupilas isocóricas, normorreflejas, uso de anteojos, narinas permeables, faringe no hiperémica, caries, labios y paladar integro.

**CUELLO:** Cilíndrico, traquea central, pulsos carotídeos presentes, sin adenopatías palpables.

**TÓRAX:** Normolineo, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos rítmicos de adecuada frecuencia e intensidad sin agregados patológicos.

**ABDOMEN:** Blando, depresible, abundante panículo adiposo, sin visceromegalias palpables, peristalsis presente, giordanos negativos.

**GENITALES:** Masculinos de acuerdo a la edad.

**EXTREMIDADES:** Simétricas, pulsos periféricos presentes, llenado capilar 2", fuerza 5.5, reflejos conservados, onicomiosis, se revisa sensibilidad.

**PIEL:** Adecuada hidratación y coloración de mucosas y tegumentos

## X. Resultados Previos y Actuales de Laboratorio, Gabinete y Otros

glucosa: 90 mg/dl posprandial

## XI. Diagnósticos o Problemas Clínicos

LUMBALGIA

## XII. TX Farmacológico

sin ingesta de medicamentos

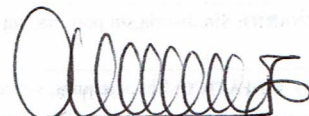
## TERAPÉUTICA ACTUAL:

Se explica el plato del bien comer, se sugiere ejercicio diario mínimo 30 min, SE solicita radiografía de columna lumbar

## XIII. Pronóstico

reservado a evolución.

Paciente  
Nombre y Firma

  
Dra. Ana Cecilia Quijada Madrid  
Médico General  
Céd. Prof. 5400286



## HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Institución u Organismo de Origen:		Expediente:	
Nueva Imagen		5	
Fecha de elaboración:	Hora de Elaboración:	Tipo de Interrogatorio:	
1/27/2018		<input checked="" type="checkbox"/> Directo      Indirecto	

### I. Ficha de Identificación del Paciente

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)):		Edad:	Género:
ALVAREZ ORDAZ ANA LUISA		41 años	F
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:	Ocupación:	Grupo Sanguíneo:
28/07/1976	Mexicano	VENTAS	A+
Domicilio:		Teléfono:	
SAN MARCOS 153 COL. PROVIDENCIA . MINERAL DE REFORMA			
Nombre del Padre o Tutor (En caso de ser menor de edad o persona con capacidades diferentes):			
Parentesco con el paciente:		Teléfono:	

### II. Antecedentes Heredo Familiares

Antecedentes de Diabetes Mellitus ( tíos políticos), Hipertensión arterial (madre finada, abuelos maternos), insuficiencia cardiaca (abuelo materno finado), sin antecedentes de enfermedades crónico- degenerativas articulares, tuberculosis..

### III. Antecedentes Personales No Patológicos

Originario y residente de Pachuca, católico, alfabeto, escolaridad preparatoria terminada, hábita en casa propia, cosntruida de cemento, bloc, cuenta con los servicios básicos, sin contacto con animales, sin contacto con humo de leña, tabaquismo y alcoholismo negativo, hábitos higienicos regulares.

### IV. Antecedentes Personales Patológicos

Niega alergias, sin traumáticos, sin transfusionales, quirurgicos ( retiro de lipoma en espalda hace 7 años), hospitalizaciones (1 ), inmunizaciones al corriente.

### V. Antecedentes Gineco-Obstétricos

Menarca a los 12 años, ritmo regular 30 por 4 días, inicio de vida sexual activa: 23 años, Gesta:0, sin uso de método de planificación familiar.

### VI. Padecimiento Actual

Paciente femenino de edad aparente a la cronológica, refiriere presencia de hipertensión Arterial controlada y rosacea.

### VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

CARDIOVASCULAR: sin presencia de taquicardia, sin disnea, sin cianosis, sin dolor precordial

RESPIRATORIO: Sin presencia de taquicardia, sin disnes, sin cianosis, sin taquipnea, sin tos, sin sibilancias.

GASTROINTESTINAL: Sin presencia de nauseas, vómito, sin reflujo, sin evacuaciones diarreas..

GENITOURINARIO: Sin disuria, sin poliuria, sin polaquiuria, sin pujo y tenesmo vesical, sin hematuria

HEMÁTICO Y LINFÁTICO: Sin petequias, sin equias, sin equimosis, sin hematomas.

ENDÓCRINO: Sin polifagia, con presencia de polidipsia.

## VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

**NERVIOSO:** Sin presencia de cafelea, sin acúfenos, sin presencia de convulsiones, sin pérdida del estado de alerta.

**MUSCULO -ESQUELÉTICO:** Sin alteraciones en fuerza y reflejos, sin calambres, sin ardor, sin edema, con manchas hipercromicas.

**PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:** Sin alteraciones en mucosas y tegumentos.

## VIII. Signos Vitales

<b>T/A:</b> 140/100	<b>Temperatura:</b> 36° C °C	<b>Frec. Card.:</b> 82x	<b>Frec. Resp.:</b> 20x	<b>Peso:</b> 82 kg.	<b>Talla:</b> 1.77 mts.	<b>CC:</b>	<b>IMC:</b> 26.1
------------------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------	----------------------------	------------	---------------------

## IX. Exploración Física

**HABITUS EXTERIOR:** Tranquila, conciente, orientada, adecuada hidratación de mucosas y tegumentos, posición libremente escogida..

**CABEZA:** Normocefala, adecuada implantación de cabello, cejas, pabellones auriculares, ojos simétricos, pupilas isocóricas , normorreflejas , presencia de pterigión bilateral, narinas permeables, faringe no hiperémica, caries, labios y paladar integro.

**CUELLO:** Cilíndrico, traquea central, pulsos carotídeos presentes, sin adenopatías palpables.

**TÓRAX:** Normolineo, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada frecuencia e intensidad sin agregados patológicos.

**ABDOMEN:** Blando, depresible sin visceromegalias palpables, peristalsis presente, abundante panículo adiposo, giordanos negativos.

**GENITALES:** Femenino de acuerdo a la edad.

**EXTREMIDADES:** Simétricas, pulsos periféricos presentes, llenado capilar 2", fueza 5.5, reflejos conservados, onicomiosis, se revisa sencibilidad.

**PIEL:** Adecuada hidratación y coloración de mucosas y tegumentos

## X. Resultados Previos y Actuales de Laboratorio, Gabinete y Otros

glucosa: 105mg/dl posprandial

## XI. Diagnósticos o Problemas Clínicos

HIPERTENSIÓN ARTERIAL controlada, SOBREPESO, ROSASEA.

## XII. TX Farmacológico


Losartan tabletas 50mg / doxaciclina tabletas 100mg

## TERAPÉUTICA ACTUAL:

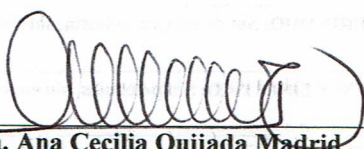
Se explica el plato del bien comer, se sugiere ejercicio diario minimo 30 min

## XIII. Pronóstico

reservado a evolución.

  
Ana Luisa Alvarez Ordaz

Paciente  
Nombre y Firma

  
Dra. Ana Cecilia Quijada Madrid

Médico General  
Céd. Prof. 5400286



## HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Institución u Organismo de Origen:		Nueva Imagen		Expediente:	6
Fecha de elaboración:	1/27/2018	Hora de Elaboración:		Tipo de Interrogatorio:	<input checked="" type="checkbox"/> Directo <input type="checkbox"/> Indirecto

### I. Ficha de Identificación del Paciente

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)):			Edad:	Género:
DORANTES TREJO FABIOLA			38 años	F
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:	Ocupación:	Grupo Sanguíneo:	
08/10/1979	Mexicano	CONTABILIDAD	A+	
Domicilio:			Teléfono:	
ARMAZONES 437. FRAC. LOS TUSOS. MINERAL DE LA REFORMA. PACHUCA				
Nombre del Padre o Tutor (En caso de ser menor de edad o persona con capacidades diferentes):				
Parentesco con el paciente:			Teléfono:	
			7711294166	

### II. Antecedentes Heredo Familiares

Antecedentes de Diabetes Mellitus ( Padre), sin antecedentes de Hipertensión arterial, cardiopatías , enfermedades crónico- degenerativas articulares, tuberculosis..

### III. Antecedentes Personales No Patológicos

Originaria de Tahuelilpan Hgo, residente de pachuca desde hace 10 años, católico, alfabeta, escolaridad licenciatura terminada, hábita en casa propia, construida de cemento, bloc, cuenta con los servicios básicos, contacto con animales (perro), sin contacto con humo de leña, tabaquismo y alcoholismo negativo, hábitos higienicos regulares.

### IV. Antecedentes Personales Patológicos

Niega alergias, sin traumáticos, sin transfusionales, quirurgicos ( en tratamiento dental), sin hospitalizaciones , inmunizaciones al corriente.

### V. Antecedentes Gineco-Obstétricos

Menarca a los 12 años, ritmo regular 30 por 4 días, inicio de vida sexual activa: 23 años, Gesta:0, sin uso de método de planificación familiar.

### VI. Padecimiento Actual

Paciente femenino de edad aparente a la cronológica, refiere solo problemas periodontales.

### VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

CARDIOVASCULAR: sin presencia de taquicardia, sin disnea, sin cianosis, sin dolor precordial

RESPIRATORIO: Sin presencia de taquicardia, sin disnea, sin cianosis, sin taquipnea, sin tos, sin sibilancias.

GASTROINTESTINAL: Sin presencia de náuseas, vómito, sin reflujo, sin evacuaciones diarreicas..

GENITOURINARIO: Sin disuria, sin poliuria, sin polaquiuria, sin pujo y tenesmo vesical, sin hematuria

HEMÁTICO Y LINFÁTICO: Sin petequias, sin equias, sin equimosis, sin hematomas.

ENDÓCRINO: Sin polifagia, con presencia de polidipsia.

## VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

**NERVIOSO:** Sin presencia de cafelea, sin acúfenos, sin presencia de convulsiones, sin perdida del estado de alerta.

**MUSCULO -ESQUELÉTICO:** Sin alteraciones en fuerza y reflejos, sin calambres, sin ardor, sin edema.

**PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:** Sin alteraciones en mucosas y tegumentos.

## VIII. Signos Vitales

<b>T/A:</b> 90/60	<b>Temperatura:</b> 36° C °C	<b>Frec. Card.:</b> 80x	<b>Frec. Resp.:</b> 20x	<b>Peso:</b> 74.500 kg.	<b>Talla:</b> 1.60 mts.	<b>CC:</b>	<b>IMC:</b> 29.1
----------------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	------------	---------------------

## IX. Exploración Física

**HABITUS EXTERIOR:** Tranquila, conciente, orientada, adecuada hidratación de mucosas y tegumentos, posición libremente escogida..

**CABEZA:** Normocefalo, adecuada implantación de cabello, cejas, pabellones auriculares, ojos simétricos, pupilas isocóricas , normorreflejas , narinas permeables, faringe no hiperémica, caries, labios y paladar integro.

**CUELLO:** Cilíndrico, traquea central, pulsos carotídeos presentes, sin adenopatías palpables.

**TÓRAX:** Normolineo, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada frecuencia e intensidad sin agregados patológicos.

**ABDOMEN:** Blando, depresible sin visceromegalias palpables, peristalsis presente, giordanos negativos.

**GENITALES:** Femenino de acuerdo a la edad.

**EXTREMIDADES:** Simétricas, pulsos periféricos presentes, llenado capilar 2", fueza 5.5, reflejos conservados, onicomicosis, se revisa sencibilidad.

**PIEL:** Adecuada hidratación y coloración de mucosas y tegumentos

## X. Resultados Previos y Actuales de Laboratorio, Gabinete y Otros

glucosa: 99 mg/dl posprandial

## XI. Diagnósticos o Problemas Clínicos

OBESIDAD en tratamiento

## XII. TX Farmacológico

se encuentra en el nutriologo bajo tratamiento

## TERAPÉUTICA ACTUAL:

Se explica el plato del bien comer, se sugiere ejercicio diario minimo 30 min

## XIII. Pronóstico

reservado a evolución.

  
Fabiola Dorantes Trejo.  
Paciente  
Nombre y Firma

  
Dra. Ana Cecilia Quijada Madrid  
Médico General  
Céd. Prof. 5400286



## HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Institución u Organismo de Origen:		Expediente:	
Nueva Imagen		7	
Fecha de elaboración:	Hora de Elaboración:	Tipo de Interrogatorio:	
1/27/2018		<input checked="" type="checkbox"/> Directo Indirecto	

### I. Ficha de Identificación del Paciente

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)):		Edad:	Género:
MERCADO GUIJARRO NESTOR		28 años	M
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:	Ocupación:	Grupo Sanguíneo:
00/00/1989	Mexicano	GERENTE DE LOGISTICA	AB+
Domicilio:		Teléfono:	
CIRCUITO CEDROS ROJOS 184. PACHUCA			
Nombre del Padre o Tutor (En caso de ser menor de edad o persona con capacidades diferentes):			
Parentesco con el paciente:		Teléfono:	
		7712940701	

### II. Antecedentes Heredo Familiares

Antecedentes de Cancer (gástrico abuela materna finada), enfisema pulmonar ( abuelo paterno finado), sin antecedentes de Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, cardiopatías , si en antecedentes de enfermedades crónico- degenerativas articulares, tuberculosis..

### III. Antecedentes Personales No Patológicos

Originario y residente de Pachuca, católico, alfabeto, escolaridad licenciatura completa, habita en casa propia, cosntruida de cemento, bloc, cuenta con los servicios básicos, sin contacto con animales, sin contacto con humo de leña, tabaquismo y alcoholismo social, hábitos higienicos regulares.

### IV. Antecedentes Personales Patológicos

Niega alergias, sin traumáticos, sin transfusionales, sin quirurgicos, sin hospitalizaciones , inmunizaciones al corriente.

### V. Antecedentes Gineco-Obstétricos

no aplica

### VI. Padecimiento Actual

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, refiere presencia de rinitis alergica.

### VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

CARDIOVASCULAR: sin presencia de taquicardia, sin disnea, sin cianosis, sin dolor precordial

RESPIRATORIO: Sin presencia de taquicardia, sin disnes, sin cianosis, sin taquipnea, sin tos, sin sibilancias.

GASTROINTESTINAL: Sin presencia de nauseas, vómito, sin reflujo, sin evacuaciones diarreicas..

GENITOURINARIO: Sin disuria, sin poliuria, sin polaquiuria, sin pujo y tenesmo vesical, sin hematuria

HEMÁTICO Y LINFÁTICO: Sin petequias, sin equias, sin equimosis, sin hematomas.

ENDÓCRINO: Sin polifagia, con presencia de polidipsia.

## VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

**NERVIOSO:** Sin presencia de cafelea, sin acúfenos, sin presencia de convulsiones, sin perdida del estado de alerta.

**MUSCULO -ESQUELÉTICO:** Sin alteraciones en fuerza y reflejos, sin calambres, sin ardor, sin edema.

**PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:** Sin alteraciones en mucosas y tegumentos.

## VIII. Signos Vitales

T/A:	Temperatura:	Frec. Card.:	Frec. Resp.:	Peso:	Talla:	CC:	IMC:
100/60	36° C °C	82x	20x	94 kg.	1.80 mts.		

## IX. Exploración Física

**HABITUS EXTERIOR:** Tranquilo, conciente, orientado, adecuada hidratación de mucosas y tegumentos, posición libremente escogida..

**CABEZA:** Normocefalo, adecuada implantación de cabello, cejas, pabellones auriculares, ojos simétricos, pupilas isocóricas , normorreflejas , narinas permeables, faringe no hiperémica, caries, labios y paladar integro.

**CUELLO:** Cilíndrico, traquea central,pulsos carotídeos presentes, sin adenopatias palpables.

**TÓRAX:** Normolineo, campos pulmonares ventildos disminuidos en pulmon izquierdo, resto sin compromiso, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada frecuencia e intensidad sin agregados patológicos.

**ABDOMEN:** Blando, depresible sin visceromegalias palpables, peristalsis presente, giordanos negativos.

**GENITALES:** Masculinos de acuerdo a la edad.

**EXTREMIDADES:** Simétricas, pulsos periféricos presentes, llenado capilar 2", fueza 5.5, reflejos conservados, sin onicomiosis, se revisa sencibilidad.

**PIEL:** Adecuada hidratación y coloración de mucosas y tegumentos

## X. Resultados Previos y Actuales de Laboratorio, Gabinete y Otros

glucosa:100 mg/dl posprandial.

## XI. Diagnósticos o Problemas Clínicos

PACIENTE CLINICAMENTE SANO.

## XII. TX Farmacológico

sin ingesta de medicamentos

## TERAPÉUTICA ACTUAL:

Se explica el plato del bien comer,se sugiere ejercicio diario minimo 30 min

## XIII. Pronóstico

reservado a evolución.

Paciente  
Nombre y Firma

  
Dra. Ana Cecilia Quijada Madrid  
Médico General  
Céd. Prof. 5400286



## HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Institución u Organismo de Origen:		Nueva Imagen		Expediente:	8
Fecha de elaboración:	1/27/2018	Hora de Elaboración:		Tipo de Interrogatorio:	<input checked="" type="checkbox"/> Directo <input type="checkbox"/> Indirecto

### I. Ficha de Identificación del Paciente

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)):			Edad:	Género:
MERCADO PORFIRIO			56 años	M
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:	Ocupación:	Grupo Sanguíneo:	
11/02/1961	Mexicano	DIRECTOR COMERCIAL	B+	
Domicilio:			Teléfono:	
CAMINO REAL DE PACHUCA 310. ZONA PLATEADA . PACHUCA				
Nombre del Padre o Tutor (En caso de ser menor de edad o persona con capacidades diferentes):				
Parentesco con el paciente:			Teléfono:	
			7712548056	

### II. Antecedentes Heredo Familiares

Antecedentes de Cancer (gástrico abuela materna finada), enfisema pulmonar ( padre finado), sin antecedentes de Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, cardiopatías , si en antecedentes de enfermedades crónico- degenerativas articulares, tuberculosis..

### III. Antecedentes Personales No Patológicos

Originario y residente de Pachuca, católico, alfabeto, escolaridad licenciatura completa, habita en casa propia, cosntruida de cemento, bloc, cuenta con los servicios básicos, sin contacto con animales, sin contacto con humo de leña, tabaquismo y alcoholismo social, hábitos higienicos regulares.

### IV. Antecedentes Personales Patológicos

Niega alergias, sin traumáticos, sin transfusionales, quirurgicos ( ligamentos en rodilla), sin hospitalizaciones , inmunizaciones al corriente.

### V. Antecedentes Gineco-Obstétricos

no aplica

### VI. Padecimiento Actual

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, asintomático

### VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

CARDIOVASCULAR: sin presencia de taquicardia, sin disnea, sin cianosis, sin dolor precordial

RESPIRATORIO: Sin presencia de taquicardia, sin disnes, sin cianosis, sin taquipnea, sin tos, sin sibilancias.

GASTROINTESTINAL: Sin presencia de nauseas, vómito, sin reflujo, sin evacuaciones diarreicas..

GENITOURINARIO: Sin disuria,sin poliuria, sin polaquiuria, sin pujo y tenesmo vesical, sin hematuria

HEMÁTICO Y LINFÁTICO: Sin petequias, sin equias, sin equimosis, sin hematomas.

ENDÓCRINO: Sin polifagia, con presencia de polidipsia.

## VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

**NERVIOSO:** Sin presencia de cafelea, sin acúfenos, sin presencia de convulsiones, sin perdida del estado de alerta.

**MUSCULO-ESQUELÉTICO:** Sin alteraciones en fuerza y reflejos, sin calambres, sin ardor, sin edema.

**PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:** Sin alteraciones en mucosas y tegumentos.

## VIII. Signos Vitales

<b>T/A:</b> 140/80	<b>Temperatura:</b> 36° C °C	<b>Frec. Card.:</b> 80x	<b>Frec. Resp.:</b> 20x	<b>Peso:</b> 90 kg.	<b>Talla:</b> 1.77 mts.	<b>CC:</b>	<b>IMC:</b> 28.7
-----------------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------	----------------------------	------------	---------------------

## IX. Exploración Física

**HABITUS EXTERIOR:** Tranquilo, conciente, orientado, adecuada hidratación de mucosas y tegumentos, posición libremente escogida..

**CABEZA:** Normocefalo, adecuada implantación de cabello, cejas, pabellones auriculares, ojos simétricos, pupilas isocóricas , normorreflejas , uso de lentes para ver, narinas permeables, faringe no hiperémica, caries, labios y paladar integro.

**CUELLO:** Cilíndrico, traquea central, pulsos carotídeos presentes, sin adenopatías palpables.

**TÓRAX:** Normolineo, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada frecuencia e intensidad sin agregados patológicos.

**ABDOMEN:** Blando, depresible sin visceromegalias palpables, peristalsis presente, giordanos negativos.

**GENITALES:** Masculinos de acuerdo a la edad.

**EXTREMIDADES:** Simétricas, pulsos periféricos presentes, llenado capilar 2", fuesa 5.5, reflejos conservados, onicomiosis, se revisa sencibilidad.

**PIEL:** Adecuada hidratación y coloración de mucosas y tegumentos

## X. Resultados Previos y Actuales de Laboratorio, Gabinete y Otros

glucosa: 94 mg/dl posprandial.

## XI. Diagnósticos o Problemas Clínicos

PACIENTE CLINICAMENTE SANO.

## XII. TX Farmacológico

sin ingesta de medicamentos

## TERAPÉUTICA ACTUAL:

Se explica el plato del bien comer, se sugiere ejercicio diario minimo 30 min

## XIII. Pronóstico

reservado a evolución.

Paciente  
Nombre y Firma

  
**Dra. Ana Cecilia Quijada Madrid**  
Médico General  
Céd. Prof. 5400286



## HISTORIA CLÍNICA GENERAL

<b>Institución u Organismo de Origen:</b>		<b>Expediente:</b>
Nueva Imagen		9
<b>Fecha de elaboración:</b>	<b>Hora de Elaboración:</b>	<b>Tipo de Interrogatorio:</b>
1/27/2018		<input checked="" type="checkbox"/> Directo      Indirecto

### I. Ficha de Identificación del Paciente

<b>Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)):</b>		<b>Edad:</b>	<b>Género:</b>
MERCADO ARTURO		55 años	M
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Nacionalidad:</b>	<b>Ocupación:</b>	<b>Grupo Sanguíneo:</b>
15/12/1962	Mexicano	DIRECTOR DE OPERACIÓN	B+
<b>Domicilio:</b>		<b>Teléfono:</b>	
FERROCARRIL CENTRAL 1132. PROLOMGACIÓN SANTA JULIA. PACHUCA			
<b>Nombre del Padre o Tutor (En caso de ser menor de edad o persona con capacidades diferentes):</b>			
<b>Parentesco con el paciente:</b>		<b>Teléfono:</b>	
		7717188897	

### II. Antecedentes Heredo Familiares

Antecedentes de Cancer (gástrico abuela materna finada), enfisema pulmonar ( padre finado), sin antecedentes de Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, cardiopatías , si en antecedentes de enfermedades crónico- degenerativas articulares, tuberculosis..

### III. Antecedentes Personales No Patológicos

Originario y residente de Pachuca, católico, alfabeto, escolaridad licenciatura completa, habita en casa propia, cosntruida de cemento, bloc, cuenta con los servicios básicos, sin contacto con animales, sin contacto con humo de leña, tabaquismo y alcoholismo social, hábitos higienicos regulares.

### IV. Antecedentes Personales Patológicos

Alergia a medicamento ( crema), sin traumáticos, sin transfusionales, quirurgicos ( rinoplastia), sin hospitalizaciones , inmunizaciones al corriente.

### V. Antecedentes Gineco-Obstétricos

no aplica

### VI. Padecimiento Actual

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, presenta sibilancias y estertores bilaterales.

### VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

**CARDIOVASCULAR:** sin presencia de taquicardia, sin disnea, sin cianosis, sin dolor precordial

**RESPIRATORIO:** Sin presencia de taquicardia, sin disnes, sin cianosis, sin taquipnea, con presencia de tos, sibilansias, estertores.

**GASTROINTESTINAL:** Sin presencia de nauseas, vómito, sin reflujo, sin evacuaciones diarreicas..

**GENITOURINARIO:** Sin disuria, sin poliuria, sin polaquiuria, sin pujo y tenesmo vesical, sin hematuria

**HEMÁTICO Y LINFÁTICO:** Sin petequias, sin equias, sin equimosis, sin hematomas.

**ENDÓCRINO:** Sin polifagia, con presencia de polidipsia.

## VII. Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

**NERVIOSO:** Sin presencia de cafelea, sin acúfenos, sin presencia de convulsiones, sin perdida del estado de alerta.

**MUSCULO -ESQUELÉTICO:** Sin alteraciones en fuerza y reflejos, sin calambres, sin ardor, sin edema.

**PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:** Sin alteraciones en mucosas y tegumentos.

## VIII. Signos Vitales

<b>T/A:</b> 110/70	<b>Temperatura:</b> 36° C °C	<b>Frec. Card.:</b> 80x	<b>Frec. Resp.:</b> 22x	<b>Peso:</b> 91 kg.	<b>Talla:</b> 1.80 mts.	<b>CC:</b>	<b>IMC:</b> 28.0
-----------------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------	----------------------------	------------	---------------------

## IX. Exploración Física

**HABITUS EXTERIOR:** Tranquilo, conciente, orientado, adecuada hidratación de mucosas y tegumentos, posición libremente escogida..

**CABEZA:** Normocefalo, adecuada implantación de cabello, cejas, pabellones auriculares, ojos simétricos, pupilas isocóricas , normorreflejas , narinas permeables, faringe no hiperémica, caries, labios y paladar integro.

**CUELLO:** Cilíndrico, traquea central,pulsos carotídeos presentes, sin adenopatías palpables.

**TÓRAX:** Normolineo, campos pulmonares ventildos, con presencia de estertores y sibilancias bilaterales, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada frecuencia e intensidad sin agregados patológicos.

**ABDOMEN:** Blando, depresible sin visceromegalias palpables, peristalsis presente, giordanos negativos.

**GENITALES:** Masculinos de acuerdo a la edad.

**EXTREMIDADES:** Simétricas, pulsos periféricos presentes, llenado capilar 2", fueza 5.5, reflejos conservados, onicomicosis, se revisa sencibilidad.

**PIEL:** Adecuada hidratación y coloración de mucosas y tegumentos

## X. Resultados Previos y Actuales de Laboratorio, Gabinete y Otros

glucosa:130 mg/dl posprandial.

## XI. Diagnósticos o Problemas Clínicos

PACIENTE CLINICAMENTE SANO con tratamiento para ASMA.

## XII. TX Farmacológico

SALBUTAMOL SPRAY

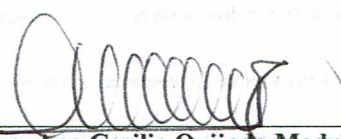
### TERAPÉUTICA ACTUAL:

Se explica el plato del bien comer,se sugiere ejercicio diario minimo 30 min

## XIII. Pronóstico

reservado a evolución.

Paciente  
Nombre y Firma

  
Dra. Ana Cecilia Quijada Madrid  
Médico General  
Céd. Prof. 5400286