

Historia Clínica v1.6

Consulta 1

Nombre: _____ Fecha de consulta: _____
 Dirección (Calle y número): _____
 Colonia: _____ CP: _____
 Ciudad: _____ Delegación: _____
 Teléfono(s): _____ Lugar de nacimiento: _____
 Correo electrónico: _____ Género: Masculino () Femenino ()
 Fecha de nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____ Edad: ____ años Estado civil: _____
 ¿Cómo se enteró de los consultorios? _____ Escolaridad _____ Ocupación _____
 En caso de emergencia notificar a: _____
 Parentesco: _____ Teléfono: _____
 Celular: _____ Correo electrónico: _____

Por este medio doy mi autorización para que se me realice la consulta médica y la detección de padecimientos como: sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, depresión y otros malestares relacionados. Expreso que es mi voluntad recibir la consulta médica y doy mi consentimiento para el diagnóstico y tratamiento médico, así como de la práctica de mediciones y evaluaciones que se requieran para mi valoración integral de salud. Renuncio expresamente a cualquier reclamo. Doy mi autorización a que dicha información sea para el uso del grupo multidisciplinario de salud e investigaciones médicas de Productos Medix, S.A. de C.V.

Conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales, otorgo mi consentimiento para que se recaben los "datos personales" y "datos sensibles", que derivados de esta consulta sean declarados; asimismo manifiesto mi conformidad para que dichos datos puedan ser compartidos con terceros. De igual forma entiendo que el "Aviso de Privacidad" respectivo está disponible y a la vista en este consultorio y en la página web www.bmsa.com.mx

Nombre y firma de consentimiento: _____ Fecha: _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES Y PERSONALES DE COMORBILIDAD POR OBESIDAD

(1) No (2) Sí, familiar (3) Sí, personal

Diabetes Mellitus ()	Tipo()	Tratamiento ()	Medicamento()	Monitoreo()	Frecuencia Monitoreo ()	Várices ()
Hipertensión arterial ()						Cálculo biliar ()
Antecedentes cardiovasculares ()						Reflujo gastroesofágico ()
Enfermedades neurológicas ()						Incontinencia urinaria ()
Cáncer ()						Infertilidad ()
Obesidad ()						Insomnio ()
Enfermedades de la tiroides ()						Dislipidemias ()
Alergias ()						Quirúrgicos ()

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS (DETERMINAR CANTIDAD Y TEMPORALIDAD)

Temporalidad: (D) Diario (S) Semanal (M) Mensual (A) Anual

Alcohol	No ()	Sí ()	Cantidad (no. Copas)	Temporalidad ()	Tipo de consumo ()
Tabaquismo	No ()	Sí ()	Cantidad (no. Cigarros)	Temporalidad ()	
Drogas	No ()	Sí ()	Tipo	Temporalidad ()	
Sedentarismo	No ()	Sí ()		Temporalidad ()	
Ejercicio	No ()	Sí ()	Cantidad	Temporalidad ()	

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

Menarca _____ Ritmo _____ FUM _____
 G _____ P _____ A _____ C _____ Complicaciones durante el embarazo: _____
 Uso de métodos anticonceptivos: Sí () No () ¿Cuál? _____
 Menopausia Sí () No ()
 Características actuales del sangrado:
 Abundante Sí () No () Normal Sí () No () Mal olor Sí () No ()

PADECIMIENTO ACTUAL

¿A qué edad se estableció la obesidad? _____

Tratamiento empleado

redotex® ()	redotex NF® ()	neobes® ()	esbelcaps® ()
obeclox® ()	solucaps® ()	MZ1® ()	terfamex® ()
esbeltex® ()	terocaps® ()	orlistat® ()	cromotex® ()
			ninguno ()

Otro (especificar): _____

¿Cuánto tiempo?

1 mes ()	3 meses ()	6 meses ()	1 año ()
			Otro ()

¿Presentó mejoría? Sí () No ()

¿Cuántos kg. perdió?

1 a 3 ()	4 a 6 ()	6 a 10 ()	Más de 10 ()
			Otro ()

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS. Colocar (x) en el paréntesis si presenta el signo o síntoma

Cardiovascular: palpitaciones () edema () acúfenos () fosfenos ()
 dolor precordial ()

Respiratorio: tos () expectoración () apnea () disnea ()

Digestivo: vómito () constipación () pirosis () náusea () diarrea ()
 distensión abdominal () dolor abdominal () sequedad de boca ()

Urinario: disuria () incontinencia () nictámero () poliuria () polaquiuria ()
 retención urinaria ()

Endocrino: polifagia () bochornos () temblores () astenia () adinamia ()

Sistema nervioso: somnolencia () insomnio () cefalea () alteraciones de la marcha ()
 ataxia ()

Sistema hematopoyético: equimosis () gingivorragia () petequias () epixtasis ()

Órg. de los sentidos: vértigo () mareo () problemas para la audición ()
 alteraciones del gusto () alteraciones del olfato ()

Psiquiátricos: depresión () ansiedad () estrés () intento suicida ()

Dermatológicos: acantosis nigricans () acné () estrías ()

Sist. músculo esq: dorsalgia () lumbalgia () debilidad () dolor en rodilla ()

EXPLORACIÓN FÍSICA
Signos vitales

TA (sentado) _____ mm/Hg

Glucosa _____ mg/dl ayuno () postprandial ()

Antropometría

Peso _____ Kg Talla _____ cm IMC _____ Kg/m² Cintura _____ cm
 Cadera _____ cm ICC _____ Grasa _____ % Grasa visceral _____
 Masa magra _____ % Edad metabólica _____ años Colesterol _____ mg/dl
 Distribución del tejido adiposo Androide () Ginecoide ()

INSPECCIÓN GENERAL

Cabeza: normocéfalo () microcéfalo () macrocéfalo ()
Cara: simetría () parpadeo () exoftalmos () aleteo nasal ()
Cuello: simetría () tiroides palpable () pulso carotídeo ()
Tórax: simetría () alteración espacios intercostales ()
Abdomen: simetría () globoso () aumentado ()
Extremidades: edema () várices () movilidad normal () pulsos normales ()
 limitación de la movilidad () amputaciones ()

EXPOSICIÓN MÉDICA GENERAL

Tórax: normal () otro _____
Mov. de amplexión: normales () aumentados () disminuidos ()
Mov. de amplexación: normales () aumentados () disminuidos ()
Estado de superficie: normal ()
Percusión: hemitórax der. mate () timpánico () claro pulmonar ()
Percusión: hemitórax izq. mate () timpánico () claro pulmonar ()
Auscultación: campos limpios () crepitación () sibilancia ()
 otro _____
Corazón: sin soplo () rítmico () arritmico ()
 otro _____
Frecuencia cardíaca (lpm) (40-59) (60-70) (71-75) (76-80) (81-85) (86-90) (91-100) (101-120) (>121)
Frecuencia respiratoria (rpm) (10-14) (15-20) (21-25) (26-30) (31-40)
Abdomen:
Forma: normal () en batea ()
Globoso a expensas de: panículo adiposo () masa palpable () ascitis ()
 útero gestante () en estudio ()
Cicatrices visibles: ninguna () por cirugías previas () por lesiones ()
 medial () supraumbilical () inguinal ()
 infraumbilical () fosa iliaca derecha () fosa iliaca izquierda ()
 suprapúbica () infracostal derecha () infracostal izquierda ()
Reflejos superficiales abdominales: normales () aumentados () disminuidos ()
 ausentes ()
Masas palpables: epigastrio () hipocondrio derecho () hipocondrio izquierdo ()
 mesogastrio () flanco derecho () flanco izquierdo ()
 hipogastrio () fosa iliaca derecha () fosa iliaca izquierda ()
 sin masas ()
Peristaltismo normal () disminuido () ausente ()

aumentado () borborigmos audibles ()

Comentarios: _____

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS Y DEFINITIVOS

Exámenes de laboratorio y gabinete auxiliares en los diagnósticos: _____

Diagnóstico: _____

Codiagnóstico: _____

Comorbilidades: _____

TRATAMIENTO**Plan de ejercicios**

Tipo _____ Frecuencia _____ Intensidad _____ Tiempo _____

Plan nutricional

Dieta indicada _____ Kcal/día

Tratamiento farmacológico (vía de administración y posología)

Prescripción: _____

Coprescripción: _____

Tratamientos actuales: _____

Nombre y firma del médico tratante _____

Consultorio _____