



DEPARTAMENTO DE BIENESTAR ESTUDIANTIL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTO MÉDICO "UPSE" FICHA MEDICA



FACULTAD: _____ CARRERA: _____

Fecha de Elaboración de la H.C. _____

Ficha # _____

1.- Apellidos

Cedula de Identidad # _____

Paterno Materno Nombres

Edad _____ a. Sexo F M

Estado Civil S C D V UL Celular Personal

Domicilio Telefono.....

Lugar y Fecha de Nacimiento email 's: _____

2.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

Corazón Diabetes H.T.A. Tuberculosis Epilepsia

Sarampion Varicela Rubeola Toxoplasmosis Paperas

Asmatico Polio Leucemia Hepatitis Sufre de Discapacidad SI ___ NO ___

Usted es Diestro ___ Usted es Zurdo ___ Tipo de Discapacidad: _____

Cirugias: _____

Alergias _____

Encuestas

Sociales: Caña Madera Cemento Mixta Agua Potable SS.HH. Pozo Sept.

Habitos Tabaco Alcohol Café Drogas _____

Deportes que Práctica

3.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

	Padre		Madre
APF	Abuelita P.		Abuelita M.
	Abuelito P.		Abuelito M.
	Tios P.		Tios M.
	Hermanos		Hermanos
	Otros		Otros

4.- EXAMEN FISICO GENERAL

Constitucion Fisica Atletica Pignica Astenica

 Normal Anormal

Expresion Verbal Normal Anormal

Examen Psico-motor: Bueno Regular Malo

Estado Nutricional Bueno Regular Malo

5.- ..3. SIGNOS VITALES

Pulso x` F.R. x` Temperatura °C Peso lbs. Talla _____ cmts.

P.A. mmHg MEDIDAS

Biceps Der cmts Biceps Izq. cmts Humero Der. cmts Humero Izq. cmts

Torax cmts Muslo Izq. cmts Femur Der. cmts Femur Izq. cmts

Muslo Der.

6.- EXAMEN FISICO REGIONAL

CABEZA Piel y Mucosas

Cuello Cara

Ganglios Boca

Nariz

Sufre de alguna Discapacidad Ocular: _____ Derecha _____ Izquierda _____

Sufre de alguna Discapacidad Auditiva: _____ Derecha _____ Izquierda _____

OBSERVACIONES:

MÉDICO RESPONSABLE
Firma y Sello



7.- EXAMEN FISICO REGIONAL

TORAX OK Clavicula _____ Der. _____ Izq. _____

Rs. Cs.

Cs. Ps.

9.- ABDOMEN _____

Higado

Bazo

Estomago

10.- PELVIS

Zona Renal

Zona Umbilical

Zona Inguinal

11.- COLUMNA VERTEBRAL

Deformaciones

Movilidad

Masas Musculares

Puntos Dolorosos

12.- REGION GENITO URINARIA

FEMENINA

VULVA

LABIOS >y<

VAGINA

CUELLO UTERINO

Enf. Venerea F.U.M. _____

MENARQUIA _____ GESTA _____ PARA _____

ABORTOS _____ VIVOS _____ MUERTOS _____

CESAREAS _____

MASCULINO

PENE

PREPUCIO

GLANDE

TESTICULOS

Enf. Venerea

13.- EXTREMIDADES

EXT. SUPERIORES Derecha Izquierda _____

EXT. INFERIORES Derecha Izquierda _____

14.- EXAMEN NEUROLOGICO

Reflejos Pupilares

Reflejos Tendinosos

Sensibilidad Superficial

Sensibilidad Profunda

Estados Emotivos Ansiedad Depresion

Angustia Irritabilidad

OBSERVACIONES

.....

.....

DR. CARLOS A. RUBIRA GÓMEZ

MÉDICO CIRUJANO

DIRECTOR DEL ÁREA MÉDICA

FOLIO 2-61-610

Col. Méd.# 5389

Reg.Sant.# 7185

MÉDICO RESPONSABLE
DEL LLENADO
DE LA HISTORIA CLÍNICA

FIRMAS y SELLOS