FACULTAD DE MEDICINA - XALAPA

LISTA DE COTEJO PARA EVALUACIÓN DE HISTORIA CLINICA

NOMBRE DEL ALUMNO: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EXPERIENCIA EDUCATIVA: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, NRC: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, SECCIÓN: **\_\_\_**, PERIODO: **Agosto 2023 – Enero 2024**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR**  Debe contemplar todos los datos establecidos a cubrir siempre y cuando apliquen al tipo de paciente y patología o información que corresponda. | | **CUMPLE** | | **PONDERACIÓN**  El cumplimiento total de todos los aspectos a evaluar da el porcentaje obtenido |
| **Si** | **No** |
| 1. | **Tipo de Interrogatorio:** Directo o Indirecto.  Ficha de Identificación: Nombre, Sexo, Edad, Fecha de nacimiento, Lugar de origen, Escolaridad, Ocupación, Estado civil, Religión, Domicilio actual, Familiar responsable.  Fecha de elaboración.  Motivo de consulta. |  |  | **0.5%**  Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 2. | **Antecedentes Heredo Familiares.**  Padecimiento (Neoplasia, Endocrino metabólicas, Crónico degenerativas, Tuberculosis, V.I.H.-S.I.D.A., Cardiopatías, Hematológicos, Alérgicos, Infecciosos, etc.) de los familiares de línea directa del paciente: Padres, Hermanos, Abuelos, Otros familiares. |  |  | **0.5%**  Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 3a. | **Antecedentes Personales No Patológicos.**  Vivienda: Tipo urbano o rural, clase de servicio; agua, luz, drenaje, numero de dormitorios, cuantas personas cohabitan, zoonosis, etc.  Hábitos higiénico: Baño y cambio de ropa, cepillado dental, lavado de manos frecuencia y en que situaciones.  Hábitos dietéticos: Cuantas comidas realiza al día, respeta horarios, contenido de carbohidratos, grasas, proteínas, fibra, recordatorio de 24 horas, recordatorio semanas 7 de 7, etc.  Antecedentes andrológicos y ginecológicos y obstétricos: Inicio de vida sexual, método de planificación familiar, orientación sexual, relaciones sexuales de alto riesgo, alteraciones de la libido, enfermedades de transmisión sexual, priapismo, alteraciones de la erección y/o eyaculación, secreción uretral, dolor testicular, alteraciones escrotales, menarca, telarca, pubarca, gestaciones, partos, cesáreas, abortos, ritmo menstrual, etc.  Alcoholismo, tabaquismo u otras toxicomanías. |  |  |  |
| 3b. | **Antecedentes Personales No Patológicos.**  Perinatales: Características del embarazo, vía de nacimiento, atención del nacimiento, peso y longitud al nacimiento, calificaciones de Capurro, Apgar, Silverman Anderson, etc.  Alimentación durante primer año de vida: Lactancia materna exclusiva, lactancia mixta, sustitutiva de continuación, ablactación y su evolución, integración a la dieta familiar, etc.  Desarrollo Psicomotor: Esferas motora gruesa, motora fina, lenguaje y social.  Inmunizaciones: Esquema básico y complementario. Esquema en el adolescente. |  |  | **0.5%**  Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 4. | **Antecedentes Personales Patológicos:** (En orden cronológico)  Exantemáticas: Varicela, rubeola, sarampión, escarlatina, exantema súbito, enfermedad mano pie boca, etc.  Parasitarias: Amibiasis, giardiasis, cisticercosis, taeniasis, uncinarias, etc.  Enfermedad crónica degenerativa: Obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.  Traumatológicos: Articulares, esguinces, luxaciones, fracturas óseas, Alérgicos: Medicamentos, alimentos, etc.  Quirúrgicos: Tipo de operación, fecha, presencia o no de complicaciones, resultados.  Hospitalizaciones previas: Fecha y motivo de su ingreso, evolución, etc.  Transfusionales: especificar fecha, tipo de componente, cantidad, motivo y si se presentó alguna reacción adversa. |  |  | **0.5%**  Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 5. | **Padecimiento Actual:**  Descripción del motivo de consulta desglosando cada uno de los síntomas y signos en orden cronológico, con las características y evolución correspondientes (Semiología) |  |  | **5%**  Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 6. | **Interrogatorio por Aparatos y Sistemas:**  Descripción de cada uno de los aparatos y sistemas con la finalidad de hacer un diagnóstico integral con la finalidad de identificar necesidades de atención médica o referencia oportuna. Realizar semiología completa.   * Signos y síntomas generales: Fiebre, cefalea, astenia, adinamia y anorexia. * Aparato cardiovascular: disnea, dolor precordial, palpitaciones, sincope, lipotimia, edema, cianosis, acúfenos, fosfenos. * Aparato respiratorio: Rinorrea, rinolalia, tos, expectoración, disnea, dolor torácico, epistaxis, disfonía, hemoptisis, vómica, sibilancias audibles a distancia. * Aparato digestivo: trastornos de la deglución, de la digestión, de la defecación, nausea, vómito, dolor abdominal, diarrea, constipación, ictericia, regurgitación, pirosis, aerofagia, eructos, meteorismos, distención abdominal, flatulencia, hematemesis, características de las heces fecales, diarrea, estreñimiento, acolia, hipocolia, melena, rectorragia, lientería, pujo, tenesmo y prurito anal. * Sistema Nefrourologico: dolor renoureteral, hematuria, piuria, coluría, oliguria, tenesmo, control de esfínteres, cólico renal, edema, trastornos en el volumen urinario, nictámero, urgencia, características del chorro urinario. * Sistema endocrino y metabolismo: intolerancia al calor o al frio, pérdida o aumento de peso, alteraciones del color de la piel, vello corporal, distribución de la grasa corporal, astenia o adinamia, alteraciones del volumen urinario, amenorreas, ginecomastia, galactorrea, alteraciones de la libido, espasmos o calambres musculares. * Sistema hematopoyético: palidez, rubicundez, adenomegalias, hemorragias, fiebre, fatigabilidad, equimosis, petequias y adenomegalias. * Sistema nervioso: cefalalgia, pérdida de conocimiento, mareos vértigo y trastornos del equilibrio, movimientos anormales involuntarios, debilidad muscular, convulsiones, trastornos de la visión, dolor hormigueo y adormecimiento, trastornos del sueño. * Sistema musculo esquelético: mialgias, dolor óseo, artralgias, alteraciones en la marcha, hipotonía, disminución del volumen muscular, limitación de movimientos y deformidades. * Piel y tegumentos: coloración, pigmentación, prurito, características del pelo, Xuñas, lesiones (primarias y secundarias), hiperhidrosis y xerodermia. * ÓXrganos de los sentidos: alteraciones de la visión, de la audición, del olfato, delX gusto y del tacto (hipo, hiper o disfunción). Mareo y sensación de líquido en eXl oído. * Esfera psíquica: Tristeza, euforia, alteraciones del sueño, terrores nocturnos, ideaciones, miedo exagerado a situaciones comunes, irritabilidad, apatía. |  |  | **1%**  Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 7. | **Exploración física.**   * Hábitus exterior. * Signos vitales. * Exploración física de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales. |  |  | **3%**  Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 8. | **Estudios de Laboratorio y Gabinete.**  Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros, registrando los estudios que se le han realizado al paciente y la interpretación de estos. |  |  | **0.5%**  Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 9. | **Tratamiento previo y resultados obtenidos.**  Descripción de los medicamento, vía de administración, dosis (Ponderal en caso de pediatría), periodicidad y respuesta al mismo, de aquellos medicamentos prescritos previamente. |  |  | **1%**  Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 10. | **Diagnóstico(s) o problemas clínicos.**  Considerar la totalidad de los diagnósticos y no solo el que motiva la atención médica. |  |  | **1%**  Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 11. | **Tratamiento.**  Descripción del tratamiento establecido en la institución donde se atiende le paciente correlacionado con lo establecido en la literatura médica correspondiente y de acuerdo a los diagnósticos establecidos. |  |  | **0.5%**  Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 12. | **Análisis del caso.**  Desde los antecedentes se correlaciona con lo establecido en el padecimiento actual y exploración física con la finalidad de fundamentar los diagnósticos y establecer el tratamiento adecuado, comparando con la bibliografía que documente la o las patologías detectadas. |  |  | **5%**  Deben asociarse los antecedentes considerados como factores de riesgo o predisponentes que se hayan concluido, fundamentando el o los diagnósticos y su tratamiento adecuado. Considerar referencia bibliográfica. |
| 11. | **Responsable de Elaboración.**  Nombre completo, matrícula escolar del alumno que elabora la Historia Clínica y firma del mismo. |  |  | **0.5%**  Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |
| 13. | **Entrega de Historia Clínica.**  Entrega al profesor titular de la Experiencia Educativa el documento con formato U.V. u hospitalario contemplando todos los rubros a desarrollar, con limpieza y homogeneidad, en tiempo y forma. |  |  | **0.5%**  Deben estar presentes la totalidad de los datos referidos como mínimo. |

Nombre y firma de evaluador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_