



Hoja de Antecedentes Médicos y Examen Físico

Proceso de Admisión

Instrucciones:

Antes de realizarle el examen físico correspondiente, el médico debe llenar la siguiente ficha de antecedentes médicos personales, donde el aspirante-paciente brinda toda la información posible con la transparencia y veracidad requerida.

De comprobarse la falsedad u omisión durante el interrogatorio por parte del aspirante-paciente, estará este sujeto a la aplicación del reglamento de la institución; ya que ésta NO se hará responsable de enfermedad crónica, congénita y/o adquirida antes de su ingreso a este centro educativo.

Mediante el diagnóstico final el médico confirma o descarta cualquier enfermedad y/o patología actual que limite o dificulte su desempeño dentro de la universidad.

I. Datos Personales

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Procedencia: _____ Religión _____ Profesión: _____
Carrera a iniciar: _____ Año de estudio: _____ Teléfono: _____
Estado Civil: Soltero () Casado () Unión Libre ()

II. Antecedentes Médicos

1. Antecedentes Prenatales:

1.1. Embarazo de la madre:

Norma: _____ Anormal: _____ ¿Por qué?: _____

1.2. Parto/Nacimiento:

Cesárea _____ Transvaginal _____ Si Cesárea ¿Por qué?: _____

No sabe: _____

2. Antecedentes Pediátricos:

2.1 . Ha padecido de:

Sarampión ___ Paperas ___ Varicela ___ Hepatitis ___ Convulsiones ___

Asma Bronquial ___ Otras, especifique: _____

Si Asma Bronquial, su última crisis fue: _____

2.2 . Vacunas: Totas: ___ No sabe: ___ Algunas: ___ especifique: _____

3. Antecedente Quirúrgico y Hospitalarios:

3.1. ¿Ha sido Hospitalizado anteriormente?

Si ___ No ___ especifique, Por qué, Cuándo _____



Hoja de Antecedentes Médicos y Examen Físico

Proceso de Admisión

3.2. ¿Ha sido operado? (Cirugía)

Si ___ No ___ especifique, Porque, Cuando y donde _____

3.3 ¿Se ha fracturado alguna vez?:

Sí ___ No ___ Donde: _____ Cuando: _____ Posterior al tratamiento presento algún problema o secuela?

4. Antecedentes Familiares:

4.1 En su familia han padecido de:

- ¿Alergias ___ a qué? _____ Quien: _____
 - Asma Bronquial ___ Quien: _____
 - Tuberculosis ___ Quien: _____
 - Cáncer ___ donde: _____ quien: _____
 - Enfermedades del corazón e Hipertensión Arterial (la presión) ___ Quien: _____
-

- Diabetes Mellitus (azúcar en sangre) ___ Quien: _____
 - Convulsiones o enfermedades Neurológicas ___ Quien: _____
-

5. Antecedentes y dependencias Personales:

5.1 Tiene hijos: Si ___ No ___

Número de hijos _____

Número de Embarazos: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Vivos: _____

Tipo de parto: Transvaginal ___ Cesárea ___ Porque _____

5.2 Farmacodependencia:

Fuma: Si ___ No ___ Desde cuándo _____ Cuanto _____

Consumo de alcohol: Si ___ No ___ Desde cuándo _____ Cuanto _____

Otras drogas: Si ___ No ___ Cuales _____

6. Antecedentes sexuales y Venéreas:

6.1 Ha tenido relaciones sexuales: Si ___ No ___

6.2 Qué edad tenía en su primera relación sexual: _____

6.3 Ha padecido alguna enfermedad venérea. Si ___ No ___ Cual:

Gonorrea: _____ Sífilis: _____ Chancro: _____ Condiloma ___ Linfogranuloma ___

Otra: _____



Hoja de Antecedentes Médicos y Examen Físico

Proceso de Admisión

7. Enfermedades Actuales:

¿Padece actualmente alguna enfermedad? Si ___ No ___

Cual: _____

Desde Cuándo: _____

Está en tratamiento: Si ___ No ___ Con que medicamento: _____

Padece o ha padecido de:

- Alergias... ()
- Asma bronquial ()
- Tuberculosis ()
- Enfermedades del corazón e hipertensión arterial (la presión) ... ()
- Diabetes mellitus (azúcar en la sangre) ... ()
- Convulsiones o enfermedades neurológicas ... ()
- Enfermedades en la piel y uñas... ()
- Enfermedades de columna, músculos o huesos... ()
- Enfermedades renales (de los riñones y vías urinarias) ... ()
- Enfermedades estomacales y/o gástricas (del estómago) ... ()
- Enfermedades ginecológicas... ()
- Otras: _____

Si padece o ha padecido algunas de las anteriores enfermedades, indique:

¿Desde cuándo, si lleva o llevo tratamiento y con qué?

¿Presenta o ha presentado problemas Psicológicos o Psiquiátricos alguna vez? Sí ___ No ___

¿Ha llevado algún tratamiento indicado por Médico Psiquiatra? No ___ Si ___ cuál: _____

Tiene algún tatuaje: Si ___ No ___ Donde _____

Significado: _____

Piercing: Si ___ No ___ Donde _____

Firma del Aspirante-paciente _____ **Fecha** _____



Hoja de Antecedentes Médicos y Examen Físico

Proceso de Admisión

III. Examen Físico

P.A. _____ T° _____ Talla _____ Peso _____

F.C. _____ F.R. _____

1. Neurológico _____

2. Oftalmológico _____

3. O.R.L. _____

4. Cardio/Respiratorio _____

5. Abdomen _____

6. S.O.M.A. _____

7. Piel y Faneras: _____

8. Genitales: (solo en caso obligatorio, en presencia de ambos: enfermera y médico y con el permiso del alumno):



Hoja de Antecedentes Médicos y Examen Físico

Proceso de Admisión

IV. Resultados de exámenes de laboratorio

RX Tórax: _____

Hemograma Completo: _____

General Orina: _____

General Heces: _____

VDRL: _____

Tipo y Rh: _____

Toxicológico: _____

Otros: _____

I.D. _____

Observaciones: _____

Nombre, firma y sello de médico