

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA**

Código: DAOIEMS-ACA-FOR-16

Versión: 03

Fecha de aprobación: 10 de enero de 2025

PÁGINA 1 DE 3

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

No. de ficha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años      Hombre       Mujer

**HISTORIA CLINICA**

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL ALUMNO

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES**

INSTRUCCIONES: Marque con una **X** la respuesta que considere más adecuada

¿Tiene familiares (padre, madre, hermanos o abuelos) con alguno de los siguientes antecedentes?

Si la respuesta es SI, anota que familiares

Con enfermedades del corazón	SI	NO	_____
Con cáncer	SI	NO	_____
Con hipertensión arterial	SI	NO	_____
Con tuberculosis	SI	NO	_____
Con adicciones (alcohol, drogas, etc.)	SI	NO	_____
Asmáticos o alergias.	SI	NO	_____
Diabetes	SI	NO	_____
Otras enfermedades	SI	NO	_____
Con enfermedades del corazón	SI	NO	_____

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS INDIVIDUALES**

Te han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

Diabetes	SI	NO
Presión Arterial Alta	SI	NO
Colesterol o Triglicéridos Altos	SI	NO
Alguna enfermedad del corazón	SI	NO
Asma	SI	NO
Anemia	SI	NO
Cáncer	SI	NO

¿Has presentado algunos de éstos síntomas?

Dolor en el pecho durante la actividad física	SI	NO	Diarreas frecuentes	SI	NO
Palpitaciones anormales del corazón	SI	NO	Dolores abdominales constantes	SI	NO
Dolores de cabeza frecuentes	SI	NO	Dolores articulares constantes	SI	NO
Convulsiones	SI	NO	Ansiedad	SI	NO
Desmayos	SI	NO	Depresión	SI	NO
Mareos constantes	SI	NO	¿Has recibido transfusión sanguínea?	SI	NO
Sensación de desmayo	SI	NO	Algún otro tipo de alergia	SI	NO
Tos con flemas o sangre	SI	NO	¿Has consumido algún tipo de droga o sustancia?	SI	NO
Varicela, Sarampión, Rubeola	SI	NO	¿Consumes algún tipo de droga o sustancia?	SI	NO
Hepatitis	SI	NO	Especifica cuál _____		
Alérgico a algún medicamento	SI	NO	Especifica cuál _____		
Alérgico a algún alimento	SI	NO	Especifica cuánto      Día _____      Semana _____      Mes _____		
¿Fumas tabaco?	SI	NO	Especifica cuánto      Día _____      Semana _____      Mes _____		
¿Consumes alcohol?	SI	NO			

Tipo de sangre       A       B       AB       O      Rh

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA**

Código: DAOIEMS-ACA-FOR-16

Versión: 03

Fecha de aprobación: 10 de enero de 2025

PÁGINA 2 DE 3

¿Cuentas con todas tus vacunas de la etapa infantil?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especifica cuál	_____
¿Cuentas con cartilla de adolescentes?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especifica cuál	_____
¿Tienes servicio médico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especifica cuál	_____

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

¿Te han realizado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especifica el motivo	_____
Lugar y fecha de la intervención:	_____			
¿Tuviste alguna complicación con la cirugía?	_____			

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS**

Edad de primera menstruación	<input type="checkbox"/> Aún no se presenta	<input type="checkbox"/> NO				
Fecha de última menstruación	Eres regular	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
¿Presentas dolor durante la menstruación?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Intensidad del dolor	Bajo	Moderado	Alto
¿Tomas medicamento para regular tu ciclo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	Especifica cuál _____		
¿Estás bajo tratamiento hormonal?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	Especifica cuál _____		

¿Padeces alguna enfermedad reciente?  SI  NO Especifica cuál \_\_\_\_\_

Especifica la fecha de inicio o tiempo de evolución de dicha enfermedad \_\_\_\_\_

¿Estás recibiendo tratamiento médico?  SI  NO Especifica cuál \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los síntomas principales? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el tratamiento prescrito? \_\_\_\_\_

Estado Actual: \_\_\_\_\_

Anota algún otro antecedente referente a tu salud que consideres relevante que no se encuentre contemplado en esta encuesta como problemas con tu alimentación, antecedentes de consumo de drogas (mariguana, cristal, anfetaminas, etc.), por los que haya habido necesidad de ingresar a alguna institución, tratamiento médico con antidepresivos, anticonvulsivantes, etc.,

Nombre y firma del Aspirante

Nombre y firma del Padre, Madre o Tutor

**DATOS PARA SER LLENADOS POR EL SERVICIO MÉDICO**

**SOMATOMETRÍA**  
Peso  kg Talla  cm IMC

**SIGNOS VITALES**  
FC  lat/min FR  rep/min T/A  mm Hg

**AGUDEZA VISUAL**  
Ojo Derecho  /  Ojo Izquierdo  /  Daltónico  SI  NO

**TALLAS PARA UNIFORMES (favor de llenar con número)**

Pantalón:  Camisa:  Zapato:

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA**

Código: DAOIEMS-ACA-FOR-16

Versión: 03

Fecha de aprobación: 10 de enero de 2025

PÁGINA 3 DE 3

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
No. de ficha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años      Hombre  Mujer

**HISTORIA CLINICA**  
**DATOS PARA SER LLENADOS POR EL MÉDICO**

**EVALUACIÓN DEL MÚSCULO-ESQUELÉTICO**

Tórax	Normal	<input type="checkbox"/>	Hundido	<input type="checkbox"/>	Quilla	<input type="checkbox"/>	Otro tipo	<input type="checkbox"/>
Cintura Escapular:	Normal	<input type="checkbox"/>	Descendida	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Tronco:	Normal	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	<input type="checkbox"/>	Hipercifosis	<input type="checkbox"/>	Otro tipo	<input type="checkbox"/>
Giba:	Dorsal	<input type="checkbox"/>	Lumbar	<input type="checkbox"/>	Mixta	<input type="checkbox"/>	No tiene giba	<input type="checkbox"/>
Omoplatos:	Simétricos	<input type="checkbox"/>	Asimétricos	<input type="checkbox"/>	Derecho	<input type="checkbox"/>	Izquierdo	<input type="checkbox"/>
Pelvis:	Normal	<input type="checkbox"/>	Descendida	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Miembros Pélvicos:	Congruentes	<input type="checkbox"/>	Incongruentes	<input type="checkbox"/>	G. Varum	<input type="checkbox"/>	Recurvatum	<input type="checkbox"/>
Rodillas:	Normal	<input type="checkbox"/>	G.Valgum	<input type="checkbox"/>	Cuadrado	<input type="checkbox"/>		
Piés:	Griego	<input type="checkbox"/>	Egipcio	<input type="checkbox"/>	Varo	<input type="checkbox"/>		
Retropié:	Neutro	<input type="checkbox"/>	Valgo	<input type="checkbox"/>	Supinación	<input type="checkbox"/>		
Medio pie:	Neutro	<input type="checkbox"/>	Pronación	<input type="checkbox"/>	Dedos Marra	<input type="checkbox"/>	Dedos Martillo	<input type="checkbox"/>
Antepie:	Normal	<input type="checkbox"/>	Hallux Valgus	<input type="checkbox"/>	Duricias plantares	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Callosidades	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Sindactilia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
Branquimetatarso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				Dedos supraducto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Apoyo Plantar	Normal	<input type="checkbox"/>	Pie Plano	<input type="checkbox"/>	Pie Plano	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> GII
Marcha	Normal	<input type="checkbox"/>	Claudicante	<input type="checkbox"/>	Pie Cavo		
Arco anterior caído		<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO			
	Onicomycosis	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO			
	Micosis plantar	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO			

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

APTO       NO APTO

**INDICACIONES MÉDICAS**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO EXAMINADOR

\_\_\_\_\_  
CÉDULA PROFESIONAL