

## HISTORIA CLÍNICA CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA

Ficha de Identificación: Llene sus datos personales

Nombre: \_\_\_\_\_ . Edad: \_\_\_\_\_ años. Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ .  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ . Escolaridad: \_\_\_\_\_ . Ocupación: \_\_\_\_\_ .  
Religión: \_\_\_\_\_ . Originario: \_\_\_\_\_ . Residente: \_\_\_\_\_ .  
Teléfono casa: \_\_\_\_\_ . Celular/Nextel: \_\_\_\_\_ .  
E-mail: \_\_\_\_\_ .  
Domicilio: \_\_\_\_\_ .

Antecedentes Heredofamiliares: ¿Alguien de su familia padece o padeció?

Diabetes       Hipertensión       Cáncer       Problemas de Coagulación  
 Deformidades al nacimiento       Enfermedades Hereditarias

De haber marcado una o mas opciones, especifique quien o quienes la o lo padecen o padecieron: (p.ej. Abuelos Paternos/Maternos, Tíos P/M, Hermanos, Vivos/Finados):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes Personales:

Fuma: # \_\_\_\_\_ cigarros al día. Si dejó de fumar, cuántos meses o años fumó \_\_\_\_\_ .

¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar por completo?: \_\_\_\_\_ .

Consume bebidas alcohólicas:  Bebe socialmente     Ocasionalmente se Embriaga  
 Se Embriaga con Frecuencia

¿Consume alguna droga?: especifique: \_\_\_\_\_ .

Vacunas de la infancia completas.

Edad a la que inició su vida sexual activa: \_\_\_\_\_ años. Número de parejas sexuales: \_\_\_\_\_ .

Heterosexual       Bisexual       Homosexual

Antecedentes Patológicos:

¿Se ha realizado cirugías? Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Padece usted o ha sido diagnosticado(a): (si marca una casilla, especifique su tratamiento)

Diabetes: \_\_\_\_\_ .

Hipertensión: \_\_\_\_\_ .

Problemas en Tiroides: \_\_\_\_\_ .

Otra(s) especifique: \_\_\_\_\_ .

¿Ha tenido fracturas? Especifique: \_\_\_\_\_ .

Alergias: \_\_\_\_\_ .

Se ha realizado pruebas  VIH     Hepatitis C. ¿Hace cuánto? \_\_\_\_\_ . ¿Fue positivo a?: \_\_\_\_\_ .

De ser afirmativo, ¿recibe tratamiento?: \_\_\_\_\_ .

¿Padece o padeció cáncer? Especifique: \_\_\_\_\_ .

## HISTORIA CLÍNICA CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA

### Antecedentes Ginecoobstétricos (mujeres)

Edad de inicio de menstruación: \_\_\_\_\_ años.       Regular       Irregular

Duración del sangrado: \_\_\_\_\_ días.       Escaso       Abundante.

Embarazos: # \_\_\_\_\_ de estos cuantos nacieron por: \_\_\_\_\_ Parto \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Aborto

¿Utiliza algún método para no embarazarse? Especifique: \_\_\_\_\_

Papanicolau: Fecha: \_\_\_\_\_.       Normal       Displasia       Cáncer

Está operada para ya no tener hijos.

### Padecimiento actual: (motivo de su consulta)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Exploración física: (para ser llenado por su médico)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Diagnóstico(s): \_\_\_\_\_

---

---

Tratamiento(s): \_\_\_\_\_

---

---

Dr. Rogelio Rincón Lozano  
Cirujano Plástico, Estético y Reconstructivo

Dr. Rogelio Rincón Lozano  
Cirujano Plástico, Estético y Reconstructivo