



# 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, Cuando \_\_\_\_\_



# 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**