

**DESTREZAS MEDICAS  
HISTORIA CLINICA**

<b>Nombre</b>	
<b>Edad</b>	
<b>Tipo de consulta</b>	Consulta ambulatoria, sala de emergencias, consulta de seguimiento
<b>Tipo de estación</b>	Hx: Toma de historia

**AUTOPRESENTACION**

1).. Sr, Sra Nin?
2) Hola, soy la Dra. Nombre // DA LA MANO
3) Soy estudiante de medicina de X año y estoy aquí para tomarle su historia clinica
4) ¿Cómo le gustaría que me refiriera a usted?
5) ¿Hay algo que pueda hacer para hacerlo sentir comodo?

**MOTIVO DE CONSULTA**

Sr. Nin estare tomando algunos apuntes mientras va respondiendo unas preguntas para su historia clínica. Tenga por seguro que tiene mi total atención en todo momento.

¿Qué lo trae por aquí hoy?	RESPUESTA literal del paciente
Entonces tiene dolor de cabeza (o lo que sea)... Tiene alguna otra molestia o algo mas que le preocupe?	
En el dia de hoy estaremos tomando sus datos generales, hablaremos en detalle de su dolor de cabeza y estaremos tomando su historia pasada, familiar, sexual etc. Que le parece?	

**Frase de transición: EMPECEMOS TOMANDO DATOS GENERALES**

<b>Ocupación</b>	
<b>Estado Civil</b>	
<b>Domicilio</b>	

**Frase de transición: AHORA CUENTEMELO TODO SOBRE SU DOLOR DE CABEZA...**

Si utilizo las palabras: mareado, cansado, diarrea, gripe... **CLARIFICAR** ¿HAY ALGO MAS QUE QUISIERA COMPARTIR?

**DESCRIPCION DE LOS SINTOMAS**

**LIQORAA**

<b>L</b>	Localizacion	
<b>I</b>	Intensidad	Del 1 al 10 ...
<b>Q</b>	Quality	¿Cómo describiría su dolor? // Intermitente, punzante
<b>O</b>	Onset	¿Cuándo diría que le comenzo el dolor? // Entonces comenzo hace.... <b>(REPETIR)</b>
<b>R</b>	Irradiacion	El dolor se mueve a otro sitio?
<b>A</b>	Sintomas asociados	
<b>A</b>	Sintomas agravantes	Hay algo que lo empeore?
<b>A</b>	Sintomas aliviantes	Hay algo que lo mejore?

**3's P**

<b>P</b>	Progresion	¿El dolor ha progresado? → "A que se refiere con que el dolor ha empeorado? // Hace cuanto ha empeorado?
<b>P</b>	Episodios Previos	¿Le ha sucedido antes? // ¿Se ha sometido a tratamientos? → Dosis, frecuencia
<b>P</b>	Factores Precipitantes	¿En que momento aparecen los síntomas? ¿Qué esta haciendo cuando aparecen los síntomas? ¿El dolor de cabeza se presenta cuando esta haciendo algo en particular?

**Temporalidad**

<b>Duracion</b>	Cuanto tiempo dura el dolor de X?
<b>Frecuencia</b>	Con que frecuencia se presenta ese dolor? // A la semana, al mes...
<b>Patron</b>	Noche/Dia?

**PERTINENTES POSITIVOS Y NEGATIVOS**

Fiebre	Tos	P. de Peso	Vision borrosa	Dolor torácico	Nauseas
--------	-----	------------	----------------	----------------	---------

**PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

**Frase transicional:** Sr. Nin ahora me gustaría saber... ¿Qué le preocupa mas acerca de su dolor de cabeza?

¿Tiene alguna idea de por que le duele la cabeza?
¿Esto afecta su vida diaria de alguna forma?
¿Qué esperaria de esta consulta? // ¿Qué espera de mi?

## SER EMPATICA

### RECAPITULACION

Permitame resumir lo que hemos conversado, para confirmar que todo esta claro. Si tengo algún error porfavor corríjame.

### HISTORIA PASADA

**Frase transicional:** AHORA SR NIN, ESTARE HACIENDOLE UNAS PREGUNTAS SOBRE SU ESTADO DE SALUD PASADO, esta de acuerdo?

¿Tuvo alguna enfermedad en su infancia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Edad</li> <li>○ Complicaciones</li> <li>○ Secuelas</li> </ul>
¿Padece alguna enfermedad crónica?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Tratamiento</li> <li>• Sigue el tratamiento?</li> <li>• Ultimo chequeo? (ALL GOOD?)</li> </ul>
¿Ha padecido de alguna otra enfermedad?	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Edad</li> <li>○ Tratamiento</li> <li>○ Recurrencia</li> </ul>
¿Toma algún medicamento? ¿Bebe algo actualmente? ¿Cuándo dejo de tomarse X medicamento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre</li> <li>• Dosis</li> <li>• Frecuencia</li> <li>• Razon</li> <li>• Quien se lo indico?</li> <li>• Hace que tiempo?</li> </ul>
¿Suele tener alergias?	¿Ha tenido alguna reacción alérgica?
¿Se ha sometido a cirugías//operaciones?	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Edad</li> <li>○ Complicaciones</li> <li>○ Secuelas</li> </ul>
¿Ha estado interno? // ¿Hospitalizado?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué?</li> <li>• Edad</li> <li>• Complicaciones</li> </ul>
¿Le han transfundido sangre? // Le han tenido que poner sangre??	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Edad</li> <li>○ Causa</li> <li>○ Complicaciones</li> </ul>
¿Ha acudido a algún psiquiatra/psicólogo? (Esta pregunta se la hago a todos mis pacientes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Causa</li> </ul>

<p><b>¿Tiene su esquema de vacunas de la infancia completo// vacunas adultos?</b></p>	<p>¿Cuándo se puso los últimos refuerzos?</p>
<p><b>¿Cuándo fue la última vez que se hizo una....</b>  <u>Citología y mamografía solo para mujeres</u>  <u>Colonoscopia (+50 años)</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Citología vaginal</b></li> <li>○ Mamografía</li> <li>○ Colonoscopia</li> <li>○ Sangre oculta en heces</li> <li>○ Colesterol</li> <li>○ Glicemia</li> </ul>
<p><b>Historia gineco-ob</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• # de embarazos</li> <li>• Abortos</li> <li>• Hijos nacidos/muertos</li> <li>• Parto por cesarea o vaginal</li> <li>• Menarquia: 1 menst</li> <li>• Pubarquia: edad crecimiento de vellos púbicos</li> <li>• Telaarquia: crecimiento mamas</li> <li>• Fecha ultima menst</li> <li>• Cantidad toallas al dia</li> <li>• Ciclo normal?</li> <li>• Coagulos?</li> <li>• Dolor?</li> </ul>

**HISTORIA FAMILIAR**

**Frase transicional:** Sr. Nin.. Ahora me gustaría saber un poco mas sobre su familia...

<p><b>¿Hay alguna enfermedad que parezca correr en su familia?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Edad del familiar</li> <li>○ Estado de salud actual</li> </ul>
<p><b>¿Ha fallecido alguien en su familia?</b>          ... <b>SIENTO MUCHO SU PERDIDA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando fallecio?</li> <li>• Causa de muerte</li> </ul>

**HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL**

**Frase transicional:** Sr. Nin.. ahora le estare haciendo unas preguntas sobre su historia personal y social para conocerlo un poco mejor... Que le parece?

Lugar de nacimiento
Lugar de crianza
Lugar de residencia
Reside en una casa o apartamento?
¿Cuántas habitaciones tiene su hogar?
¿Tiene mascotas? ¿Están vacunadas?

¿Bebe agua potable (del botellón)? ¿Con que lava los alimentos?
¿Con quienes vive? ¿Cómo se siente al vivir con X..?
¿Hay algo que le cause estrés? <b>SISTEMA DE APOYO</b> = Tienes alguien con quien hablar?
¿Cómo es su ambiente laboral? ¿Desde que edad trabaja? ¿Ha cambiado de trabajo en los últimos años?
¿Hasta que curso llego en el colegio/escuela?
¿Cómo describiría su situación económica? = DEFICIENTE o ADECUADA
Cuenta con una pension?
¿Me podría describir un día en su vida normal?
¿Tiene algún pasatiempo?
Sigue alguna religión? ¿Pertenece a algún grupo de la iglesia o de su comunidad? ¿Siente que este grupo le sirve de apoyo?

### **VIOLENCIA DOMESTICA**

Ahora le hare algunas preguntas dado a que el abuso es frecuente en las mujeres, recuerde que estas preguntas se las hago a todos mis pacientes y sus respuestas son confidenciales.

- Tiene usted alguna relación en la que ha sido amenazada o la han agredido físicamente?
- "Alguna vez le han golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente?"
- ¿Alguna vez alguien la ha obligado a tener actividades sexuales?

### **ESTILO DE VIDA**

Ahora seguiremos con unas preguntas sobre como pasa su día a día

<b>Ejercicios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tipo</li><li>• Frecuencia</li><li>• Tiempo</li></ul> **DAR CONSEJERIA
-------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Alimentacion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Veces al dia</li> <li>○ Tipo de alimentos</li> </ul>
<b>Café, Te, Bebidas Energizantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuantas veces al dia?</li> <li>○ Con que frecuencia?</li> </ul>
<b>Medidas de seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Protector solar</li> <li>○ Cinturones de seguridad</li> <li>○ Arma de fuego?</li> </ul>

### HABITOS NOCIVOS

<b>Tabaco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad de inicio</li> <li>• Tipo</li> <li>• # de cigarrillos al dia</li> </ul>
<b>Alcohol</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frecuencia</li> <li>○ Tipo</li> <li>○ Cantidad</li> <li>○ Ultima vez</li> </ul>
<b>Drogas recreacionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad de inicio</li> <li>• Tipo</li> <li>• Frecuencia</li> <li>• Ultimo consumo</li> </ul>

Si pasan de...

<b>Mujer</b>	3 al dia	7 a la semana
<b>Hombre</b>	4 al dia	14 a la semana

### **Hacer el CAGE**

<b>C</b>	Ha sentido alguna vez que debe disminuir la cantidad de alcohol que bebe? (Cutt-off)
<b>A</b>	¿Alguna vez le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? (Annoyed)
<b>G</b>	¿Alguna vez se ha sentido culpable por su forma de beber? (Guilty)
<b>E</b>	¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar la resaca por haber bebido la noche anterior? (Eye-opener)

## **HISTORIA SEXUAL**

**Frase de transición:** Le voy a hacer algunas preguntas sobre su salud sexual y sus practicas sexuales.. (Son preguntas que le hago a todos mis pacientes), entiendo que estas preguntas son personales pero son importantes para su salud en general; totalmente confidenciales.

<b>¿Usted tiene relaciones sexuales? . Si no, ¿En el pasado?</b>	
<b>¿Con hombres, mujeres o ambos?</b>	
<b>¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?</b>	Preguntar nn los últimos 6 meses, últimos anos, 5 anos, o toda su vida. (Depende del paciente)
	Si ha tenido mas de una pareja en el ultimo ano: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué tipo de contacto sexual tiene o ha tenido? Genital (pene en la vagina)? Anal (pene en el ano)? Oral (¿boca en el pene, la vagina o el ano)?</li> </ul>
<b>¿Qué tan a menudo utiliza el condon?</b>	
<b>¿Tiene alguna preocupación acerca del VIH?</b>	<b>¿Ultima prueba de VIH?</b>
<b>¿Ha tenido alguna vez alguna enfermedad de transmisión sexual?</b>	Si ha tenido alguna ETS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuándo? ¿Cómo se la trataron?</li> <li>• ¿Ha tenido algún síntoma o diagnóstico recurrente?</li> <li>• ¿Alguna vez le hicieron la prueba del VIH u otras ETS? ¿Le gustaría hacerse las pruebas en el dia de hoy?</li> <li>• ¿Alguna vez le han diagnosticado o tratado a su pareja actual o pasada una ETS? ¿Le hicieron a usted la prueba de las mismas ETSs?                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso afirmativo, ¿cuándo se hizo la prueba? ¿Cuál fue el diagnóstico? ¿Cómo fue tratado?</li> </ul> </li> </ul>
<b>EMBARAZO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Esta tratando de concebir? // De ser padre?</li> <li>• Le preocupa quedar embarazada?</li> </ul>	

• ¿Esta utilizando anticonceptivos?	
-------------------------------------	--

**REVISION DE APARATOS Y SISTEMAS**

**Fase transicional:** Sr. Nin ahora le estare haciendo unas preguntas para confirmar que no he pasado nada por alto. Responda si o no.

**2 preguntas abiertas por sistemas y aparatos**

**1 cerrada**

**Del sistema afectado: 2 preguntas**

**Primero preguntar por los constitucionales (generales):**

- Fiebre
- Fatiga/debilidad
- Cambios en el peso
- Apetito
- Sueno

Piel	-Caida de cabello -Cambio de color de la piel	-Sequedad -Heridas -Cambios en el tamaño y color de lunares
Cabeza	-Inconciencia -Mareos	-Aturdimiento
Ojos	-Vision borrosa -Inflamacion en los parpados -Enrojecimiento	-Lagrimo excesivo - Dolor -Uso de anteojos
Oidos	-Secreciones -Dolor	-Disminucion de la audición? -Ha botado sangre por los oídos?
Nariz	-Secreciones -Picor	-Alergias
Cavidad oral	-Sequedad -Abscesos	
Faringe	-Dolores de garganta -Ronquera	
Cuello	-Dolor al moverse -Rigidez	
Mamas	-Hinchazon -Molestias	-Secrecion por los pezones -Dolor
Respiratorio	-Dificultad para respirar -Tos	- Sonidos raros al respirar
Cardiovascular	-Hipertension -Dolor de pecho	-Palpitaciones
Digestivo	-Nauseas -Vomito	-Estrenimiento -Dolor
Urinario	-Ardor o dolor al orinar	-Sangre en la orina



	-Picazon	
Genital	-Infecciones vaginales -Secreciones por el pene	-Ulceras
Vascular periférico	-Calambres en las piernas -Dolor	-Varices -Hinchazon de los pies
Musculoesqueletico	-Dolor en las extremidades -Dificultad para moverse	
Psiquiatrico		
Neurologico	-Dolor de cabeza fuerte	
Hematologico	-Sangrados -Anemia	
Endocrino	-Le da mucho calor? -Frio?	-Cambios de peso

### **FIN DE LA ENTREVISTA**

- Sr. Nin, Nos quedan unos minutos para concluir la consulta, me gustaría compartir mis observaciones sobre lo que le está sucediendo. ¿Le parece bien?
- Sus síntomas pueden deberse a un a una cefalea tensional, como a una migraña o cefalea en racimo. También pueden ser el resultado del estrés al que esta sometido. Otra posibilidad podría ser una masa tumoral.
- Para garantizar un diagnóstico preciso, tendremos que realizar algunas pruebas, incluido un análisis de sangre y una tomografía. También necesitaré realizar una resonancia magnética para descartar la masa.
- Le indicare un analgésico por ahora y discutiremos sus opciones para tratar con este problema después de que tenga los resultados de los estudios. Me gustaría volver a verlo cuando tenga los resultados de las pruebas.
- Dado que fumar cigarrillos está asociado con una variedad de enfermedades, aconsejaría dejar de fumar; tenemos muchas maneras de ayudarlo si está interesado. También recomendaría que use un condón cada vez que tenga relaciones sexuales para prevenir ETS, incluido el VIH, y para evitar el embarazo. Nosotros podemos organizar una reunión con nuestra trabajadora social para analizar su situación social, y ella puede ofrecerle una variedad de recursos. Con respecto a su alimentacion, le recomendaría comer de 4-5 porciones de fruta y vegetales a la semana y agregar proteínas a su dieta: como carnes, granos. Me parece muy bien que haga ejercicio dos veces a la semana, pero seria bueno que aumente a 3 dias a la semana por 30 minutos.

Daniela Harguindeguy | MEDTOONRD

- Si sus síntomas llegan a empeorar, le recomiendo que venga a Emergencias para tratarlo enseguida.
- ¿Tiene alguna pregunta para mí?

Fue un placer conocerle, gracias por responder a todas las preguntas. Cualquier cosa que necesite estamos a su disposición, que tenga un buen día.

### **Referencias bibliograficas**

Bates. Guía de exploración física e Historia Clínica.10ª ed.