

CONSULTORIO MÉDICO

FICHA MÉDICA DE INGRESO

Ex-Finca Santa Cruz N.1 Pueblo Nuevo Solistahuacán,
Chiapas, México C.P. 29750
Tel: (919) 685 2100 y 2200; WhasApp: (919) 114 1491
informacion@ulv.edu.mx



Fecha de elaboración: _____ Matrícula: _____ Matrícula: ☐ Externo: ☐ Escuela: _____ Grado: _____

*Llenar todos los apartados de esta ficha médica de ingreso con un máximo de 10 días previos al proceso de inscripción, con diagnóstico clínico en base a los resultados de laboratorio.

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre(s)		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Edad	Fecha de Nacimiento	Sexo	Lugar de Origen		
Residencia		Religión			
Nombre y Teléfono en caso de emergencia			Teléfono Particular		

ANTECEDENTES

Heredo Familiares

- ☐ Diabetes Mellitus
 ☐ Hipertensión
 ☐ Carcinomas
 ☐ Cardiopatías
 ☐ Hepatopatías
 ☐ Nefropatías
 ☐ Alergias
 ☐ Influenza
 ☐ COVID 19
 ☐ Enfermedades Mentales
 ☐ Enfermedades Hematológicas
 **En caso afirmativo especificar: _____

Personales Patológicos

- ☐ Defecto Congénito
 ☐ Intervenciones Quirúrgicas
 ☐ Hospitalizaciones
 ☐ Crisis convulsivas
 ☐ Traumatismos
 ☐ Alérgicos
 ☐ Transfusionales
 ☐ Trastorno Auditivo
 ☐ Trastorno Visual
 ☐ Sarampión
 ☐ Tosferina
 ☐ Tuberculosis
 ☐ Varicela
 ☐ Salmonelosis
 ☐ Parasitosis
 ☐ Paperas
 ☐ Dengue
 ☐ Zika
 ☐ Chicongunya
 ☐ Hepatitis
 ☐ Influenza
 ☐ COVID 19
 **En caso afirmativo especificar: _____

Personales No patológicos

Toxicomanía: ☐ Tabaco ☐ Alcohol ☐ Drogas
 En caso afirmativo: ☐ 1era. vez ☐ Última vez

Gineco – obstétricos

Menarca: _____ Años Ritmo Menstrual: _____ Dismenorrea: _____ FUM: _____ IVSA _____

PADECIMIENTO

Padecimiento Actual: _____

Tratamiento actual: _____

INTERROGATORIO Y EXPLORACIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

SISTEMA	ALTERACIONES	INTERROGATORIO	EX/CLINICA
Aparato digestivo:	Halitosis, boca seca o amarga, náuseas, vómito, dolor abdominal, meteorismo y flatulencias, constipación o diarrea.		
Aparato cardiovascular:	Disnea, tos, palpitaciones, edema, dolor precordial, cianosis o manifestaciones periféricas.		
Aparato respiratorio:	Tos, rinorrea, disnea, dolor torácico, hemoptisis o alteraciones de la voz.		
Aparato urinario:	Alteraciones de la micción, características de la orina normales.		
Aparato genital:	Dolor, prurito, sangrado, secreción (flujo).		
Aparato hematológico:	Datos clínicos de anemia(palidez, astenia, adinamia), hemorragias, adenopatías, esplenomegalia.		
Sistema endocrino:	Intolerancia al frío o calor, nerviosismo, amenorrea, galactorrea, arborización.		
Sistema osteomuscular:	Debilidad muscular, artralgias, mialgias, lumbalgia.		
Sistema nervioso:	Cefalea, síncope, convulsiones, vértigo, déficit transitorio, vértigo, confusión, marcha y equilibrio sin alteraciones.		
Sistema sensorial:	Visión borrosa, dolor ocular, diplopía, amaurosis, fotofobia, otalgia, otorrea, otorgaría, hipoacusia, tinitos, epistaxis, secreción nasal, odinofagea, fonación.		
Psicosomático:	Ansiedad, depresión, amnesia, ideación suicida, delirios, personalidad, afectividad, emotividad, voluntad, pensamiento anormales.		

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ T/A: _____ FC: _____ FR: _____ Temp: _____ Sat/O2: _____

EXÁMENES DE LABORATORIO

*Grupo Sanguíneo y RH: _____

*Biometría Hemática: Hb _____ Hto _____ Leucocitos _____ Plaquetas _____

*Glucosa: _____ Colesterol: _____ Triglicéridos: _____ Acido úrico: _____

*Reacciones febriles: Normal ☐ Si ☐ No Especifique: _____

*EGO: Normal ☐ Si ☐ No Especifique: _____

*COPRO: Parásitos ☐ Si Especifique: _____ ☐ No

Desparasitación: ☐ Si Fecha: _____ ☐ No

Diagnóstico: _____

Plan: _____

Recomendaciones: _____

Nombre y firma del Médico

Cédula Profesional

Número de teléfono

Clínica u hospital donde labora