

PRACTICA FINAL OBLIGATORIA: INTERNADO ROTATORIO Y PASANTIA RURAL
OBLIGATORIA

MODELO DE HISTORIA CLINICA

DATOS FILIATORIOS:

Apellido y Nombre:.....
Edad:.....Sexo:.....Ocupación:.....
Fecha de Nacimiento:.....Número de Historia Clínica:.....
Estado Civil:DNI:.....Nacionalidad:.....
Residencia Actual:.....Residencia Anterior:.....
Grado de Instrucción:.....Religión:.....
Fecha de Internación:

MOTIVO DE CONSULTA:.....
.....

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Padres:Vivos: Fallecidos:
Causas:.....
Hermanos:.....Vivos:Fallecidos:.....
Causas:.....
Hijos:.....Vivos:.....Fallecidos:.....
Causas:.....
DBT SI NO
HTA SI NO
TBC SI NO
Gemelar SI NO
Otras (especificar) SI NO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1) Hábitos Tóxicos:

Alcohol:.....
Tabaco:.....
Drogas:.....
Infusiones.....

2) Fisiológicos:

Alimentación:.....
Dipsia:.....
Diuresis:.....
Catarsis:.....
Somnia:.....
Otros:.....

3) Patológicos:

Infancia:.....
Adulto:.....
DBT SI NO
HTA SI NO
TBC SI NO
Gemelar SI NO
Otras (especificar) SI NO
Quirúrgicos:.....
Traumatológicos:.....
Alérgicos:.....
Otros:.....

4) Gineco-obstétricos:

FUM: / / FPP: / / EDAD GESTACIONAL: semanas.
Menarca:.....RM (Rit. Menstr)...../..... IRS.....Nº de parejas.....Flujo genital.....
Gestas:.....Partos:.....Cesáreas:.....Abortos:.....
Anticonceptivos: SI NO Tipo.....Tiempo.....
Última toma.....
Cirugías ginecológicas (especificar).....
Otros:.....

EXAMEN FISICO:

Impresión General:.....
Signos Vitales: FC:.....TA:.....FR:.....PULSO:.....
Tº Axilar:.....Tº Rectal:.....
Peso Habitual:.....Peso actual:.....Talla:.....BMI.....

INSPECCION GENERAL:

Hábito
Constitucional:.....Marcha:.....
Ubicación:.....Actitud:.....

PIEL, FANERAS Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO:

Aspecto:.....Distribución pilosa:.....
Lesiones:.....Faneras:.....
Tejido Celular Subcutáneo:.....

CABEZA:

Cráneo y cara:.....
Cuero cabelludo:.....
Región frontal:.....
Región orbitonasal:.....
Región orofaríngea:.....

CUELLO:

Inspección:.....Palpación:.....
Percusión:.....Auscultación:.....

TORAX:

Piel:.....
Forma:.....
Mamas:
Forma:.....Tamaño:.....Simetría:.....Áreolas:.....
Pezones:.....Maniobras de los pectorales:.....
Piel: Retracción Elevación De naranja Úlcera
Observacines.....

APARATO RESPIRATORIO:

Tipo de Respiración:.....
Tiraje:.....
Uso de músculos accesorios:.....

Table with 3 columns: Semiología, Hemitórax Derecho, Hemitórax Izquierdo. Rows include: Excursión de Bases, Excursión de Vértices, Vibraciones Vocales, Sonoridad, Murmullo Vesicular, Rales crepitantes húmedos, Roncus, Sibilancias, Soplo Tubario, Frote Pleural, Otros.

APARATO CARDIOVASCULAR:

Latidos:..... Choque de punta:.....
R1:..... R2:.....
R3:..... R4:.....
Soplos:..... Chasquidos:.....

Pulsos	Derecho	Izquierdo
Carotídeo		
Humeral		
Radial		
Femoral		
Poplíteo		
Tibial posterior		
Pedio		

ABDOMEN Y PELVIS: EXÁMEN OBSTÉTRICO:

Inspección:.....
Palpación: AU:..... DU:..... LCF..... MFA.....
Maniobras de Leopold:.....
.....
Especuloscopia:.....
Maniobra de Tarnier:.....
Tacto Vaginal:.....
Score de Bishop: P.....R.....E.....L.....D.....
Membranas ovulares:..... Presentación.....
Plano..... Variedad de posición.....
Pelvimetría interna.....

APARATO GENITOURINARIO:

Puñopercusión Lumbar:..... Derecha..... Izquierda:.....
Tacto Vaginal:.....
Vulva:.....
Flujo:.....
Sensibilidad:.....
Fondo de saco vaginal:.....
Cuello Uterino:.....

SISTEMA NERVIOSO:

Estado de conciencia:.....
Glasgow: Ocular:..... Motor:..... Verbal:.....
Conducta:.....
Lenguaje:..... Pares craneales:.....
Reflejos: Fotomotor:..... Acomodación:.....
Reflejos osteotendinosos:.....
Motricidad:..... Babinski:.....
Sensibilidad:..... Temblor:.....
Romberg:..... Taxia:.....
Dismetría:..... Rigidez de nuca:.....
Fondo de ojo:.....

OSTEOMIOARTICULAR:

Columna Vertebral:.....
Ejes Óseos:..... Articulaciones:.....
Miembros:..... Trofismo muscular:.....

INTERNACIÓN DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (ANEXO 1):

Apellido y Nombre:.....
 Domicilio:.....
 Edad..... G y F..... CPN (N°)..... ATT..... BMI.....
 G..... P..... C..... EE..... AB..... Le.....
 PESOS RN.....

MOTIVO DE INTERNACIÓN.....

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

Temp..... TA..... Pulso..... AU..... Amenorr..... Ptación..... FCF.....
 DU en 10': N°..... Tono..... Intensidad..... Altura de presentación: SES..... Pl. Hodge.....

Ginecorragia No Sí Tiempo:.....ds/hs Cantidad (Ab., reg., escasa).....
 Evolución (continua/discontinua)..... Color..... Coágulos No Sí

Membranas ovulares:..... Tiempo de evolución.....ds/hs.
 Líq. Amniótico: Claro Meconial Hemático Purulento
 Cantidad (escaso/abundante)..... Olor (normal/anormal).....

Observaciones:.....

Complementarios dilatante:.....

Complementarios Sala AR:.....

FECHA									
HORA									
TA									
PULSO									
TEMP.									
PESO									
DIURESIS									
CATARSIS									
EST.FETAL									
AU									
FCF									
DIN. UTER.									
HIDRORR.									
GINEC.									
OTROS									
RESPONS.									

PERÍODO EXPULSIVO Y ALUMBRAMIENTO (ANEXO 2)

ANOTAR TODA ACLARACIÓN EN OBSERVACIONES INDICANDO EL NÚMERO CORRESPONDIENTE

<p>1. MEDICACIÓN EN PERÍODO EXPULSIVO</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anestesia pudenda</td> <td><input type="checkbox"/> Anestesia General</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anestesia raquídea</td> <td><input type="checkbox"/> Occitocina</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anestesia peridural</td> <td><input type="checkbox"/> Otras drogas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anestesia perineal</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Anestesia pudenda	<input type="checkbox"/> Anestesia General	<input type="checkbox"/> Anestesia raquídea	<input type="checkbox"/> Occitocina	<input type="checkbox"/> Anestesia peridural	<input type="checkbox"/> Otras drogas	<input type="checkbox"/> Anestesia perineal	<input type="checkbox"/> Ninguna	<p>2. FORMA DE TERMINACIÓN</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Espontánea</td> <td><input type="checkbox"/> Ventosa</td> <td><input type="checkbox"/> Extracción pelviana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fórceps</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cesárea electiva</td> <td><input type="checkbox"/> Cesárea intraparto</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otras maniobras</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Espontánea	<input type="checkbox"/> Ventosa	<input type="checkbox"/> Extracción pelviana	<input type="checkbox"/> Fórceps			<input type="checkbox"/> Cesárea electiva	<input type="checkbox"/> Cesárea intraparto		<input type="checkbox"/> Otras maniobras		
<input type="checkbox"/> Anestesia pudenda	<input type="checkbox"/> Anestesia General																				
<input type="checkbox"/> Anestesia raquídea	<input type="checkbox"/> Occitocina																				
<input type="checkbox"/> Anestesia peridural	<input type="checkbox"/> Otras drogas																				
<input type="checkbox"/> Anestesia perineal	<input type="checkbox"/> Ninguna																				
<input type="checkbox"/> Espontánea	<input type="checkbox"/> Ventosa	<input type="checkbox"/> Extracción pelviana																			
<input type="checkbox"/> Fórceps																					
<input type="checkbox"/> Cesárea electiva	<input type="checkbox"/> Cesárea intraparto																				
<input type="checkbox"/> Otras maniobras																					

NACIMIENTO: FECHA	Presentación	Duración de 4-5 al Parto expulsivo	3. ALUMBRAMIENTO A LOS Minutos
-------------------	--------------	------------------------------------	--------------------------------

<p>4. Tipo de alumbramiento</p> <input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Manual	<p>5. Placenta</p> <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta	<p>6. Episiotomía</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>7. Desgarro</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	--	---

<p>RECIEN NACIDO</p> <input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO	<p>SEXO</p> Fem. <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/>	<p>8. NACIDO VIVO – APGAR</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;">1 MINUTO</td> <td style="width:50%;">5 MINUTOS</td> </tr> </table>	1 MINUTO	5 MINUTOS	<p>9. Edad Gestacional</p>	<p>10. Exámen Físico</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
1 MINUTO	5 MINUTOS					
<p>PESO AL NACER</p>						

<p>NACIDO MUERTO ocurrió durante</p> <input type="checkbox"/> GESTACIÓN <input type="checkbox"/> PARTO	<p>11. NECROPSIA</p> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ: DONDE	<p>Nº DE PROTOCOLO</p>
--	--	-------------------------------

OBSERVACIONES:

<p>PARTO ATENDIDO EN:</p> <input type="checkbox"/> Institución ambiente quirúrgico <input type="checkbox"/> Institución ambiente no quirúrgico <input type="checkbox"/> No institucional	<p>PARTO ATENDIDO POR:</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Médico Especialista</td> <td><input type="checkbox"/> Partera</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Médico General</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermera</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Médico en Adiestramiento</td> <td><input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otros</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Médico Especialista	<input type="checkbox"/> Partera	<input type="checkbox"/> Médico General	<input type="checkbox"/> Enfermera	<input type="checkbox"/> Médico en Adiestramiento	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Médico Especialista	<input type="checkbox"/> Partera						
<input type="checkbox"/> Médico General	<input type="checkbox"/> Enfermera						
<input type="checkbox"/> Médico en Adiestramiento	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otros						
<p>FAMILIARES EN SALA DE PARTOS</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>APELLIDOS (en letra Imprenta)</p>						

POST ALUMBRAMIENTO (primeras dos horas)	OBSERVACIONES
Hora	
Pulso	
T.A.	
retrae.uterin a	
Ginecorragi a	
Medicación	
Apellido	

