



# MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

Departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia contra las Mujeres

Formato de Historia Clínica

No. De Expediente \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Edo. Civil \_\_\_\_\_

Motivo de ingreso
_____
_____
_____
_____
_____
_____

1

Antecedentes Heredo Familiares:	
Parentescos	Descripción
Padre	
Madre	
Hermanas/os	
Otras/os:	

Antecedentes personales No-patológicos	
Casa:	Mampostería ( ) paja ( ) Cartón ( ) Concreto ( ) láminas ( ) No. De habitaciones ( ) No. De ventanas ( )
Piso:	Tierra ( ) Cemento ( ) Ladrillo ( ) Baño ( ) letrina ( ) Fecalismo ( )
Cocina ( )	Cuando cocinan usan: Gas ( ) Leña ( ) Carbón ( )
Servicio de agua potable ( ) Zoonosis ( ) Toman agua de pozo ( ) Purificada ( )	
Higiene personal: Aseo diario SI ( ) NO ( ) Cepillado de dientes ( ) veces al día ( )	

Antecedentes personales patológicos	
( ) Cáncer	( ) Desnutrición
( ) Diabetes	( ) Hipertensión
( ) Dislipidemias	( ) Obesidad
( ) Enfermedades de Tiroides	( ) Cardiopatías
( ) Tabaquismo No. De cigarros al día ( )	( ) Alcoholismo
( ) Farmacodependencia Tiempo de inicio: _____	Tiempo de inicio: _____
( ) Odontológicas	( ) Fracturas
( ) Heridas por punzo cortantes	
Toma algún medicamento: si ( ) no ( ) ¿Cuáles?:	
Tipo de Sangre:	
Antecedentes de Alergias: si ( ) no ( ) ¿Cuáles?:	
Antecedentes quirúrgicos: si ( ) no ( ) ¿Cuáles?:	



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

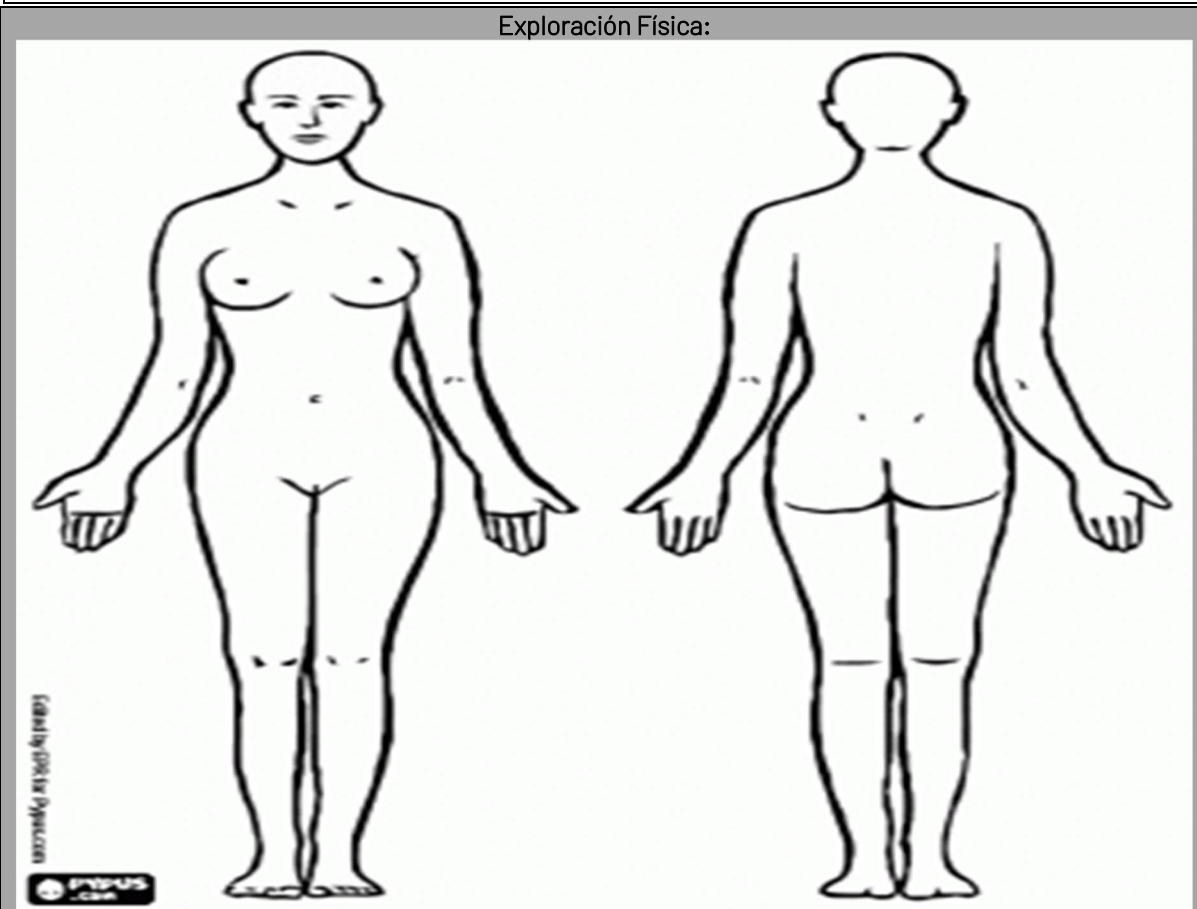
Instituto de la Mujer

Departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia contra las Mujeres

Formato de Historia Clínica

Antecedentes terapéuticos: si ( ) no ( ) ¿Cuáles?:
Ultima desparasitación

Exploración Física:



Peso:	Talla:	T.A.:	F.C.:	F.R.:	Temp.:
Cabeza:		Cara:		Cuello:	
Tórax:			Abdomen:		
Extremidades inferiores y superiores.					

Antecedentes Ginecológicos





# MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

Departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia contra las Mujeres

Formato de Historia Clínica

Exámenes de Laboratorio y gabinete:			
Fecha de llenado: _____			
Análisis	Valor	Gabinete	Descripción
Hemoglobina			
Hematocrito			
Leucocitos			
Eritrocitos			
VCM			
Glucosa			
Colesterol			
Triglicéridos			
EGO			
Copro			
Prueba de VIH			
Papanicolaou			
Otras:			
Hemoglobina			
Hematocrito			
<b>Tratamiento médico de primera vez</b> _____ _____ _____ _____ _____			
Nota de enfermería			
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			

Historia Nutricia		
1ra. Atención: _____		
Signos Clínicos:	<b>Cabello:</b>	Escaso ( ) Seco ( ) Signo de bandera ( )
	<b>Ojos:</b>	manchas de Bitot ( ) conjuntiva pálida ( )
	<b>Piel:</b>	Reseca ( ) Cuarteada ( )
	<b>Dientes:</b>	Caries ( ) Sin esmalte ( ) Incompletos ( )
	<b>Uñas:</b>	sin pigmentación ( ) coiloniquia ( )



# MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

Departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia contra las Mujeres

Formato de Historia Clínica

<b>Signos y síntomas gastrointestinales</b>	Vomito_____ Náuseas _____ Cólicos_____ Estreñimiento_____ Colitis_____ Gastritis_____ Diarreas_____
---	---

## Evaluación Dietética Hábitos Alimentarios

- ¿Ha modificado su alimentación en los últimos 6 meses? Si( ) No( )
- Apetito: Bueno( ) Regular( ) Malo( )
- ¿A qué hora tiene más hambre? Desayuno( ) Almuerzo( ) Cena( )  
Entre comidas( )
- Alimentos preferidos: \_\_\_\_\_
- Alimentos que no le agradan/ no acostumbra:
- Alimentos que le causan malestar (especificar): \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_
- ¿Es alérgico o intolerante a algún alimento?: Si( ) No( )
- ¿Toma algún suplemento/complemento?: SI( ) NO( ) cual \_\_\_\_\_
- Su consumo varía cuando está:  
( ) Triste( ) Aumenta( ) Disminuye( )  
( ) Nerviosa/o( ) Aumenta( ) Disminuye( )  
( ) Ansiosa(o):( ) Aumenta( ) Disminuye( )
- ¿Agrega sal o no a la comida ya preparada? sí( ) no( )
- ¿Cuántos vasos de agua (240 ml) consumió ayer?
- Agrega azúcar a sus bebidas sí( ) no( )
- Leche \_\_\_\_\_ ¿premia al menor con comida? \_\_\_\_\_
- Ingesta de vitaminas:\_\_\_\_\_

	Comidas en casa	Comidas fuera	Horarios
Entre semana			
Fin de semana			
Lugar:	Nº de comidas al día:	Horarios:	
Costo de la comida a la semana:		café/tazas:	

## Diario de actividades

-----  
-----  
-----  
-----

Ejercicio _____	Actividad física _____ Tipo  ( )  ( )
Frecuencia /7 _____	Duración _____ / hrs min _____
Habilidades: _____	Personalidad _____ Sueño _____
Actividad física: Muy ligera( ) Ligera( ) Moderada( ) Pesada( )	

## Recordatorio de 24 hrs.



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

Departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia contra las Mujeres

Formato de Historia Clínica

Escribir todos los alimentos consumidos en el día de ayer con su respectiva cantidad, (lo más aproximado a la realidad)

Desayuno	Almuerzo	Cena	Colación matutina
			Colación vesp.
Análisis de Recordatorio de 24 horas. Consumo actual	Kilocalorías _____		
	Hidratos de carbono _____g		
	Proteínas _____g		
	Lípidos _____g		

Frecuencia de Consumo de alimentos						
ALIMENTO	Diario	Semanal	quincena	Mensual	Eventual	Nunca
Aceites						
Aderezos						
Aceitunas						
Cacahuates						
Manteca						
Margarina						
B. alcohólicas						
Galletas						
Pan dulce						
Pan						
Cereal de caja						
Papa						



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

Departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia contra las Mujeres

Formato de Historia Clínica

Pasta						
Arroz						
Tamales						
Tortillas						
Carne roja						
Pescado						
Pavo o pollo						
Quesos						
Yogurt						
Leche						
Verduras						
Frutas						
Azúcares						
Embotellados/gaseosa						
Sabritas, dulces						

Evaluación antropométrica	
Peso inicial	
Talla	
IMC	
C. cintura	
C. cadera	
C. de brazo	
Pliegues cutáneos	
ICC	
C. muñeca	

Diagnóstico Nutricio:
-----
-----
-----
-----
-----

Plan de manejo y tratamiento nutricio			
Calorías	HCO	PROT	LIP
	%	%	%
	g	g	g
Recomendaciones alimentarias:			



MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

Departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia contra las Mujeres

Formato de Historia Clínica



Área reservada para la historia clínica.

-----  
Nutrióloga:

-----  
Médica:

-----  
Enfermera:

**AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS SENSIBLES**

Por la presente hago constar que he leído el aviso de privacidad de este escrito y manifiesto el cedimiento de proporcionar mis datos sensibles (salud), a favor del Municipio de Mérida.

Reconozco que cedo estos derechos voluntariamente para el formato:

“Historia Clínica”.

Es mi deseo establecer que, de acuerdo a lo señalado en las Leyes citadas, esta organización cuenta con mi autorización, estableciendo que se utilizará única y exclusivamente para los fines antes señalados.

Autorizo para que mis datos sensibles (discapacidad) sea utilizada durante el tiempo que sea adecuado.

En la ciudad de Mérida, Yucatán, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Nombre \_\_\_\_\_ completo:

Teléfono \_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_ Correo \_\_\_\_\_ electrónico:

Firma: \_\_\_\_\_





## MUNICIPIO DE MÉRIDA, YUCATÁN

Oficialía Mayor

Instituto de la Mujer

Departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia contra las Mujeres  
Formato de Historia Clínica

### AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO: HISTORIA CLINICA

9

El Municipio de Mérida a través del departamento de Servicios Especializados en Atención a la Violencia contra las Mujeres, perteneciente a la Dirección del Instituto de la Mujer, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcionan; los cuales se señalan a continuación: Nombre, edad, fecha de nacimiento, religión, estado civil, motivo de ingreso, antecedentes heredo familiares, antecedentes no patológicos, patológicos, exploración física, antecedentes ginecológicos, exámenes de laboratorio, historia y diagnostico nutricional y evaluación antropométrica, proporcionados en el presente formato.

Los datos personales solicitados de manera física serán con la finalidad de:

- Llevar un expediente de salud de la usuaria, y no podrán ser utilizados para otros fines.

De manera adicional utilizaremos su información para las siguientes finalidades:

- Elaboración de reportes internos relacionados con el servicio que prestamos
- Generar indicadores y graficas con fines estadísticos.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo de manera libre ante la Unidad de Transparencia, ubicada en calle 50 no. 471 por 51 y 53 centro de esta ciudad de Mérida, Yucatán previamente al tratamiento de los mismos; en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 14: 00 hrs.



Para mayor información acerca del tratamiento y de los usos de los derechos que pueda usted hacer valer consulte nuestro aviso de privacidad integral a través de la siguiente dirección electrónica

[www.merida.gob.mx/avisodirecciones](http://www.merida.gob.mx/avisodirecciones).

Mérida, Yucatán a 29 de abril del 2019, (ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN).