



MEXEM | MEDICINA DE URGENCIAS

HISTORIAL CLÍNICO RÁPIDO

Identificación, motivo de atención, alergias y antecedentes personales

Completa lo que conozcas. Si no recuerdas un dato, escribe «No sé».

PÁGINA 1 / 2

1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Edad: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Teléfono: _____ Correo (opcional): _____

Contacto de emergencia: _____ Parentesco: _____

Teléfono de emergencia: _____ Fecha de llenado: _____

Si lo llena un familiar, nombre del responsable: _____

2 MOTIVO DE LA CONSULTA

¿Qué molestia presenta? Indique inicio, evolución y medicamentos que ha utilizado:

3 ALERGIAS | INFORMACIÓN MUY IMPORTANTE

¿Ha tenido alergias a medicamentos, alimentos, látex u otras sustancias?

☐ No ☐ Sí ☐ No sé Si responde «Sí», indique sustancia y reacción:

4 ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Marque una opción por fila. Si responde «Sí», indique detalles o año de diagnóstico.

ENFERMEDAD / CONDICIÓN	SÍ	NO	DETALLES / AÑO
Presión alta (hipertensión)	☐	☐	
Diabetes o glucosa elevada	☐	☐	
Enfermedades del corazón	☐	☐	
Asma / enfermedades pulmonares	☐	☐	
Tiroides	☐	☐	
Convulsiones / trastorno neurológico	☐	☐	
Enfermedad renal o hepática	☐	☐	
Cirugías u hospitalizaciones	☐	☐	
Transfusiones sanguíneas	☐	☐	

Documento de apoyo para la consulta. No sustituye la historia clínica elaborada por el médico.

Los datos se llenan en papel y permanecen bajo el resguardo de quien conserva el formato.



MEXEM | MEDICINA DE URGENCIAS

HISTORIAL CLÍNICO RÁPIDO

Hábitos, medicamentos, familia e información reproductiva

Completa lo que conozcas. Si no recuerdas un dato, escribe «No sé».

PÁGINA 2 / 2

4B ANTECEDENTES Y HáBITOS (CONTINUACIÓN)

¿Fuma o consume tabaco? ☐ No ☐ Sí Cantidad / día: _____

¿Consumo alcohol? ☐ No ☐ Sí Frecuencia: _____

Otras enfermedades o antecedentes relevantes: _____

5 MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS ACTUALES

Incluya fármacos prescritos, de libre venta, gotas, inhaladores y suplementos.

#	NOMBRE	DOSIS	FRECUENCIA
1			
2			
3			
4			

6 ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Algún familiar directo tiene o tuvo las siguientes condiciones?

☐ Diabetes Parentesco: _____

☐ Presión arterial alta Parentesco: _____

☐ Enfermedad cardíaca / infarto Parentesco: _____

☐ Cáncer (especificar tipo) Parentesco: _____

7 SALUD REPRODUCTIVA (SI CORRESPONDE)

¿Existe embarazo actual? ☐ No ☐ Sí ☐ Sospecha ☐ No aplica

¿Está en lactancia? ☐ No ☐ Sí ☐ No aplica

Fecha de última menstruación (si corresponde): _____

8 OTROS DATOS QUE DESEE INFORMAR