



HISTORIA CLINICA PARA ATENCION DE FAMILIAR ENFERMO

APELLIDO Y NOMBRES DEL AGENTE:

EDAD: NACIONALIDAD: DNI/LE/LC:

DOMICILIO: LOCALIDAD:

MINISTERIO: REPARTICION:

DESDE CUANDO NO ASISTE A SU TRABAJO

POR APLICACION DEL ARTICULO N°:

DATOS DEL FAMILIAR:

APELLIDO Y NOMBRES:

EDAD: NACIONALIDAD: DNI/LE/LC:

DOMICILIO: LOCALIDAD:

MOTIVO DE LA CONSULTA (Enfermedad referida por el paciente):

ENFERMEDAD ACTUAL:

APELLIDO Y NOMBRES DEL AGENTE:

ESTADO ACTUAL DEL ENFERMO:

ANTECEDENTES PERSONALES:

ANTECEDENTES HEREDITARIOS:

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO O DE CERTEZA (Enf. que padece el familiar)

EXAMENES COMPLEMENTARIOS : (Solicitados o efectuados y resultados de los mismos)

PRONOSTICO:

TRATAMIENTOS INDICADOS:

LICENCIA ACONSEJADA PARA EL AGENTE:

MEDICO QUE LO ASISTE:

LUGAR Y FECHA:
