

HISTORIA CLINICA

APPELLIDO: NOMBRE:

EDAD: NACIONALIDAD:

DOMICILIO: LOCALIDAD:

MINISTERIO: REPARTICION:

TAREAS QUE REALIZA: FECHA DE INGRESO:

¿Efectuó examen médico al ingresar (SI O NO)

¿Dónde? Fecha:

¿Desde cuándo no asiste a su trabajo?

Por aplicación de:

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

ENFERMEDAD ACTUAL:

EVOLUCION Y TRATAMIENTOS EFECTUADOS:

ESTADO ACTUAL DEL ENFERMO:

ANTECEDENTES PERSONALES:

ANTECEDENTES HEREDITARIOS:

CONCLUSIONES CLINICAS: (Diagnóstico)

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

PRONOSTICO:

DIAGNOSTICO Y LICENCIA ACONSEJABLE:

TRATAMIENTOS INDICADOS:

MEDICO QUE LO ASISTE:

LUGAR Y FECHA:
