

INSTITUCIÓN MÉDICA “SALUD Y VIDA”
HISTORIA CLÍNICA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- **Nombre del paciente:**
 - **Edad:**
 - **Sexo:**
 - **DNI:**
 - **Fecha de nacimiento:**
 - **Dirección:**
 - **Teléfono:**
 - **Ocupación:**
 - **Fecha de atención:**
-

II. MOTIVO DE CONSULTA

(Ejemplo: Dolor abdominal persistente en el lado derecho)

III. ENFERMEDAD ACTUAL

(Descripción detallada del problema actual, evolución, duración, intensidad, etc.)

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

- **Patológicos:**
- **Quirúrgicos:**
- **Alergias:**
- **Hábitos nocivos (alcohol, tabaco, drogas):**

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

(Enfermedades hereditarias, familiares con diabetes, hipertensión, cáncer, etc.)

VI. EXAMEN FÍSICO GENERAL

- **Presión arterial:** mmHg
 - **Frecuencia cardíaca:** lpm
 - **Frecuencia respiratoria:** rpm
 - **Temperatura corporal:** °C
 - **Peso:** kg
 - **Talla:** cm
-

VII. EXAMEN FÍSICO POR SISTEMAS

- **Cabeza y cuello:**
 - **Tórax:**
 - **Abdomen:**
 - **Extremidades:**
 - **Neurológico:**
-

VIII. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

(Diagnóstico basado en los hallazgos clínicos)

IX. EXÁMENES AUXILIARES SOLICITADOS

(Análisis de sangre, ecografías, radiografías, etc.)

X. PLAN DE TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

(Medicamentos, reposo, dieta, interconsulta, etc.)

XI. OBSERVACIONES ADICIONALES

MÉDICO TRATANTE:

Nombre:

CMP:

Firma: _____