

CONSULTA

FECHA HORA:		
EDAD:		
Motivo de la consulta:		
Tiempo de la enfermedad:		
Apetito:		Sed:
Orina:		Deposiciones:
Sueño:		Estado de ánimo:
Ex. Físico T°:		PA:
FC:		FR:
Peso:		Talla:
IMC:		

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Exámenes auxiliares	
Referencia (lugar y motivo):	
Firma y Sello: (Colegio prof.)	
Próxima Cita: Atendido por:	
Observación:	