

## HISTORIA CLÍNICA

Paciente:

Dirección:

Ciudad:

H.C.

Teléfono:

Fecha:

Ocupación:

Edad:

Sexo:

S.C.V.D.

Motivo Consulta:

Enfermedad Actual:

Antecedentes

Examen Físico:

T.A. \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ TEMP. \_\_\_\_\_ RESP. \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_