

HISTORIA CLÍNICA 00043344

APELLIDOS		ESPONDA VALDIVIESO			NOMBRES		MATEO	
EDAD	13	SEXO	MASCULINO	RAZA	ME	NACIONALIDAD		PE
ESTADO CIVIL		DOC. IDENT		DNI 61347292		GRADO DE INSTRUCCIÓN		
OCUPACIÓN					LUGAR DE NACIMIENTO		LI	
FEC NACIMIENTO		05/05/2008		RELIGIÓN	LI	LUGAR DE RESIDENCIA		LI
DOMICILIO		LI				DISTRITO		LI
PERSONA RESPONSABLE								

Nº CONSULTA 830709 ESPECIALIDAD MEDICINA INTERNA MEDICO LYZETH VANESSA GUTARRA CALLE

FECHA 05/10/2021 HORA 08:00

ANTECEDENTES

A) FAMILIARES			
Padres, Madre, Hermanos, Esposo(a), Hijos, Otros		AAAA	
B) PERSONALES			
B.1. Hábitos Nocivos	Si	No	Descripción
Alcohol	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ADADAD
Tabaco	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DADAD
Café	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ADAD
Drogas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	ADAD
Otros	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	ADAD
Otros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ADAD
Inmunizaciones			
BCG <input type="checkbox"/>	Sarampión <input type="checkbox"/>	Polio <input type="checkbox"/>	Triple <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/>
Antitetánica <input type="checkbox"/>	Rubéola <input type="checkbox"/>	H1N1 <input type="checkbox"/>	Influenza <input type="checkbox"/> Papiloma <input type="checkbox"/>
Otros			
B.2 Fisiológicos			
Alimentación			
Diuresis			
Somnía			
Alergias		NINGUNA ALERGIA	
B.3 Gineco Obstétricos			
Menarquia			
1º RS			

Nº Parejas			
FUR			
RC			
FPP			
EG (0 a 42 semanas)			
G / P	G P		
Cesáreas			
Anticonceptivos			
Tiempo			
Cirugías Ginecológicas			
Fecha Ult. Mestruación			
Fecha de último PAP			
Otros			
B.4 Patológicos	Descripción		
Tuberculosis, Diabetes, Hipertensión, Cardiopatías, Hepatopatías, Nefropatías, Enf. Endocrinas, Enf. Mentales, Epilepsia, Asma, Enf. Hematológicas, ITS, Quirúrgicos, Traumatológicos, Alergias, Otros			
Cefaleas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Enf. Renal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Enf. Piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Enf. Cardiovascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL TRATANTE