

## ATENCIÓN MÉDICA - HISTORIA CLÍNICA

**CODIGO DE ATENCIÓN:** N009-SR000010539

**MÉDICO TRATANTE:**

SAN LORENZO, CLINICA

PACIENTE:		CHAVEZ CASTREJON AGUSTO JHONATAN		FECHA IMPRESIÓN:		11/07/2019									
EDAD:		26 Años		SEXO:		MASCULINO		EST. CIVIL:		CONVIVIENTE		N° Tel.:		976112288	
Fecha Nacimiento:		8/06/1993		DNI:		47845057		N° HIST C:		47845057		NACIONALIDAD:		PERUANO	
RESIDENCIA ACTUAL:		JR AREQUIPA S/N PUEBLO JESUS						RESIDENCIA ANTERIOR:		CAJAMARCA					
G. DE INSTRUCCIÓN:		ANALFABETO		RELIGIÓN:		CATOLICO		OCUPACIÓN:		---					

<b>Talla:</b>		<b>Peso:</b>		<b>FR:</b>		<b>IMC</b>	
<b>T°:</b>		<b>PA:</b>	/	<b>FC</b>		<b>SpO2</b>	

### MOTIVO DE CONSULTA

**SIGNOS Y SÍNTOMAS :** ---

**ENFERMEDAD ACTUAL :** ---

**Tiempo de enfermedad :** ---

**Apetito :** ---

**Sed :** ---

**Sueño :** ---

**Estado de ánimo :** ---

**Orina :** ---

**Deposiciones :** ---

### RELATO CRONOLÓGICO

---

### ANTECEDENTES

---

### EXAMEN FISICO

**PIEL, FANERAS Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO:** ---

**APARATO RESPIRATORIO:** ---

**APARATO CARDIOVASCULAR:** ---

**ABDOMEN:** ---

**APARATO GENITOURINARIO:** ---

**SISTEMA NERVIOSO:** ---

**OSTEOMUSCULAR:** ---

### EXAMENES AUXILIARES

### DIAGNOSTICOS

CIE 10	ESPECIFICACIONES
--------	------------------

### PLAN TERAPEUTICO

N°	MEDICAMENTO	CANT	DOSIS Y TIEMPO	DURACIÓN TTO	FECHA FIN DEL TTO
----	-------------	------	----------------	--------------	-------------------

NO SE HAN REGISTRADO PLAN TERAPEUTICO

		FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO	
FIRMA DEL EXAMINADO	HUELLA DEL EXAMINADO		

¡GRACIAS POR ELEGIR CLINICA SAN LORENZO!