

# Historia Médica



## Datos del Paciente

|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| Nombre completo     | <input type="text"/> |
| Cédula o ID         | <input type="text"/> |
| Fecha de nacimiento | <input type="text"/> |
| Edad                | <input type="text"/> |
| Sexo                | <input type="text"/> |
| Dirección           | <input type="text"/> |
| Teléfono            | <input type="text"/> |
| Correo electrónico  | <input type="text"/> |

## Motivo de Consulta

Describe el motivo de consulta

## Antecedentes

|                |                      |
|----------------|----------------------|
| Personales     | <input type="text"/> |
| Familiares     | <input type="text"/> |
| Alérgicos      | <input type="text"/> |
| Farmacológicos | <input type="text"/> |

# Historia Médica



Quirúrgicos

## Signos Vitales

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Presión Arterial        |  |
| Frecuencia Cardíaca     |  |
| Frecuencia Respiratoria |  |
| Temperatura             |  |
| SatO2                   |  |
| Peso                    |  |
| Talla                   |  |

## Examen Físico por Sistemas

Neurológico

Cardiopulmonar

Gastrointestinal

Genitourinario

Osteomuscular

# Historia Médica



Dermatológico

## Diagnóstico

Diagnóstico

## Plan de Tratamiento

Plan de Tratamiento

## Interconsultas

Detalle interconsultas

## Estudios Complementarios

Estudios realizados

## Evolución / Notas de Seguimiento

Evolución del paciente

# Historia Médica



## Consentimiento Informado

Descripción del consentimiento

## Firmas

|                    |             |
|--------------------|-------------|
| Firma del Médico   | <div></div> |
| Firma del Paciente | <div></div> |