

# 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

Familiares

Alérgicos

Farmacológicos

# 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>