



27/05/2016
09:25:15 p.m.

Centro médico especializado
en otorrinolaringología

N° DE HISTORIA: **029965**

FECHA INSCRIPCIÓN: **27-05-2016**

APELLIDOS Y NOMBRES: **HUIOPO MIOPE, PEOE** PACIENTE: **PARTICULAR**
FECHA NACIMIENTO: **01-01-2001** ESTADO CIVIL: **SOLTERO (A)** OCUPACIÓN: **PRE-ESCOLAR**
SEXO: **M** EDAD: **15 AÑOS** DIRECCIÓN: **- HUANCAYO**

MOTIVO DE CONSULTA: SE MUERE

FUNCIONES VITALES:

P/A: mmHg FC: x min FR: x min T°: °C PESO: Kg. TALLA: m.

ANAMNESIS:

FECHA: ____/____/____

ENF. ACTUAL:

T.E: F.I: CURSO:

SIGNOS Y SINTOMAS:

ANT: HTA: DM:

IQX:

RAM:

EXAMEN CLÍNICO:

FN.:

OF.:

OIDO DER.:

OIDO IZQ.:

R.: U.:

LARINGOSCOPIA:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO: