



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
SERVICIO MÉDICO



DATOS DE FILIACIÓN

FECHA:

CARRERA:

NOMBRES Y APELLIDOS:

CÉDULA DE IDENTIDAD:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

ESTADO CIVIL:

DOMICILIO:

TELÉFONO DE CONTACTO:

ANTECEDENTES

APP:

APF:

AGO:

ALERGIAS:

HÁBITOS:

PA:

FC:

PESO:

TALLA:

IMC:

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA:

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y CUELLO:

TÓRAX ANTERIOR Y POSTERIOR:

ABDOMEN:

EXTREMIDADES:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

TRATAMIENTO: