

HISTORIA CLÍNICA

Nombre:..... Afiliado N°:..... H.C. N°:

Edad: Estado Civil:..... Sexo:.....

Servicio:..... Médico Tratante:.....

Fecha de Entrada:..... Estado de Alta:.....

Diagnóstico de Entrada:.....

Diagnóstico definitivo:.....

..... Fecha de Alta:.....

Antecedentes Hereditarios:.....

.....

.....

Antecedentes Personales:.....

.....

.....

.....

Enfermedad Actual:.....

.....

Psiquiatría:..... Respiración:.....

Pulso:..... Temperatura:.....

Cabeza:

.....

Cuello:.....

Tórax:.....

.....

Corazón:

Pulmones:.....

Abdomen:.....

.....

Sistema Nervioso:.....

Aparato Urogenital:.....

Aparato Locomotor:.....

.....

Evaluación y Tratamiento:.....

.....

.....

.....

.....