

## 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: .....

.....

.....

.....