

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:

.....

.....

.....