

Historia Clínica N°:

Nombres y Apellidos:

DNI:

Fecha Nac:

## FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL

### CONSULTA

Fecha:

Hora:

Edad:

Motivo de Consulta:

Signos y Síntomas:

Relato Cronológico:

Factor de Riesgo identificado:

VACUNAS:

Apetito:

Sed:

Sueño:

Orina:

Defecaciones:

Fiebre en los últimos 15 días: SI NO

Viaje en últimas 2 semanas: SI NO Lugar:

Tos hace 15 días: SI NO

Secreción o lesión en genitales: SI NO

FUR:

Antecedentes de importancia:

Ex. Físico: T°: °C | Sat O<sub>2</sub>: % | PA: mmHg | FC: x' | FR: x' | Peso: kg | Taille: cm

Diagnóstico:

Tipo de Dx:

CIE 10

Tratamiento:

1

2

3

4

5

6

Exámenes Auxiliares: Resultados

Medidas Higienico Dietéticas:

Medidas preventivas:

Referencia: (Fecha, lugar y motivo):

Proxima cita:

Observación:

Firma y Sello  
(Colegio profesional)