



HISTORIA CLÍNICA Nº: \_\_\_\_\_ HABITACIÓN: \_\_\_\_\_

CAMA: \_\_\_\_\_ PACIENTE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NAC.: \_\_\_\_\_

E. CIVIL: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO LEGAL: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO TRANSITORIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ AFILIADO: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

DOC. IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_ MEDICO MANDANTE: \_\_\_\_\_

MEDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

INGRESO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ EGRESO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

EQUIPO QUIRURGICO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## REINTERNACION

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA DE EGRESO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

MEDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

HABITACION: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_

## REINTERNACION

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA DE EGRESO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

MEDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

HABITACION: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_

## REINTERNACION

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA DE EGRESO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

MEDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

HABITACION: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_



Instituto Medico Privado Mitre  
Miramar

AV. MITRE Nº 1146 - 7607 - MIRAMAR  
TEL/FAX: (02291) 42.0117/42.0701

# HISTORIA CLINICA

OBRA SOCIAL Y/O MUTUAL

Nº .....

NOMBRE Y APELLIDO \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ PROFESION \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ FECHA DE EGRESO \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES HEREDITARIOS \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL \_\_\_\_\_

ESTADO ACTUAL \_\_\_\_\_

EXAMEN FISICO

1. PIEL - FANERAS - GANGLIOS \_\_\_\_\_

2. CABEZA Y CUELLO \_\_\_\_\_

3. APARATO RESPIRATORIO \_\_\_\_\_

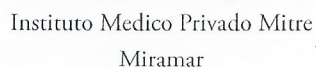
4. APARATO CARDIOVASCULAR \_\_\_\_\_

APARTO DIGESTIVO \_\_\_\_\_

APARATO OSEO-MUSCULAR \_\_\_\_\_

SISTEMA NERVIOSO (CENTRAL - PERIFERICO) \_\_\_\_\_

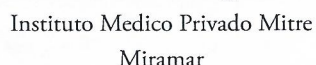
APARATO GENITO - URINARIO \_\_\_\_\_



## RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings visible on the paper.





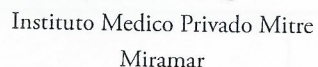
Av. Mitre N° 1146 (7607) - Miramar - Bs As  
Tel/Fax: 02291.42 0701 / 42 0117 / 43 0054

PACIENTE: \_\_\_\_\_ MEDICO: \_\_\_\_\_

[illegible]







Av. Mitre N° 1146 (7607) - Miramar - Bs As  
Tel/Fax: 02291.42 0701 / 42 0117 / 43 0054

## PRESCRIPCIONES Y ORDENES MEDICAS

PACIENTE		H.C. N°	
OBRA SOCIAL	AFILIADO N°	H	C
		MEDICO CONSULTOR	

[illegible]