

Formato de Historia Clínica

Ficha de identificación

Paciente: _____

Registro # _____

Sexo: _____ Edad: _____ Profesión: _____ Estado: _____

Ocupación: _____

Motivo de consulta: _____

Antecedentes Personales Patológicos (Indicar los antecedentes de importancia para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad)

Cardiovascular: _____ Pulmonar: _____ Digestivo: _____

Diabetes: _____

Renal: _____ Quirúrgico: _____ Alérgico: _____ Vacunaciones: _____

Medicamentos: _____

Específicos: _____

Antecedentes Personales No Patológicos (Indicar los antecedentes de importancia para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad)

Alcohol: _____

Tabaquismo: _____

Drogas: _____

Intoxicaciones: _____

Otros: _____

Antecedentes Familiares

Padre: Vivo: Si _____ No _____

Enfermedades que padece: _____

Madre: Viva: Si _____ No _____