

HISTORIA CLÍNICA

FECHA: _____

DATOS PERSONALES

Número de historia: _____

Nombres: _____

Apellidos: _____

N° documento: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Género: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Nacionalidad: _____

Dirección: _____

Correo: _____

Teléfono: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

DETALLES DE LA CONSULTA: _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: _____

SIGNOS VITALES

Temperatura: _____

Tensión arterial: _____

Frecuencia respiratoria: _____

Frecuencia cardiaca: _____

Talla: _____

Peso: _____

IMC: _____

Firma Médico: _____