

HISTORIA CLÍNICA

FECHA: _____

DATOS PERSONALES

Número de historia: _____ DNI: _____

Nombres: _____ Apellidos: _____

N° documento: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Nacionalidad: _____ Residencia Actual: _____

Dirección: _____

Correo: _____ Teléfono: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

ENFERMEDAD ACTUAL:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

SIGNOS VITALES

Temperatura: _____

Tensión arterial: _____

Frecuencia respiratoria: _____

Frecuencia cardiaca: _____

Talla: _____

Peso: _____

IMC: _____