

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de elaboración:

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre del paciente:		
Sexo:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:		
Tipo de sangre:		
Lugar de nacimiento:		
Estado civil:		
Escolaridad:		
Nacionalidad:		
Familiar responsable:		Número de teléfono:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES HEREDOFAMILIARES

--

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Cirugías:
Alergias a medicamentos:

MOTIVO DE CONSULTA

--

SOMATOMETRIA Y SIGNOS VITALES

PESO: ¿Cuánto pesa?	TALLA: ¿Cuánto mide?	IMC:	PESO HABITUAL:

EXAMENES DE LABORATORIO

--

DIAGNÓSTICO

--

TRATAMIENTO

--

MÉDICO TRATANTE: _____