

FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA



Datos Generales:

Fecha de atención: / /

DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE DEL TITULAR: C.I.:

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

SEXO:

CIUDAD DE RESIDENCIA:

DIRECCION:

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES (Favor indicar fecha del diagnóstico):

☐ HIPERTENSION ARTERIAL

☐ CARDIOPATIA

☐ DIABETES MELLITUS

☐ ENF. MUSCULOESQUELETICAS

☐ CANCER

☐ ENFERMEDAD MENTAL

☐ ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

☐ MALFORMACION CONGENITA

☐ OTROS (ESPECIFICAR):

ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA:

FECHA DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS:

DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

EXAMEN FISICO REGIONAL:

SIGNOS VITALES:

HALLAZGOS IMPORTANTES EN RESULTADOS DE EXAMENES PREVIOS (Favor indicar fecha de realización):

DIAGNOSTICO:

CIE:

EXAMEN SOLICITADO O/Y PROCEDIMIENTO PROPUESTO:

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO:

ESPECIALIDAD:

TELÉFONO

FAX

WEB