

PROVINCIA DE RIO NEGRO

HISTORIA CLINICA

Apellido y Nombres del Paciente:

Diagnóstico presuntivo:

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL (Importante fecha de comienzo):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTES PERSONALES:

.....
.....
.....

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

.....
.....
.....

ESTADO ACTUAL:

PESO:..... ESTATURA:..... TEMPERATURA:.....

PULSO:..... PRESION ARTERIAL:...../.....

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

.....
.....
.....
.....

TRATAMIENTO:(debe constar desde y hasta cuándo)

.....
.....
.....
.....

EVOLUCION Y FECHA DE ALTA:

IMPORTANTE: (debe constar probable fecha de reintegro a sus tareas)

.....
.....
.....
.....
.....

OBSERVACIONES: (otros datos de interés)

.....
.....
.....

FECHA:/...../.....

FIRMA Y SELLO (Médico tratante)