

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____ Número de expediente clínico: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____ Nacionalidad: _____

Tipo de sangre: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Motivo de consulta: _____

Enfermedad actual: _____

Antecedentes de enfermedad actual: _____

Antecedentes personales:

Hábitos tóxicos

Alcohol: _____

Tabaco: _____

Drogas: _____

Infusiones: _____

Actividad física: _____

Hábitos fisiológicos

Alimentación: _____

Diuresis: _____

Catarsis: _____

Sueño: _____

Sexualidad: _____

Alergias: _____

Otros: _____

Enfermedades de la infancia: _____

Enfermedades: _____

CV: _____

Respiratorio: _____

Gastrointestinales: _____

Nefro urológicos: _____

Neurológicos: _____

Hematológicos: _____

Ginecológicos: _____

Infectológicos: _____

Endocrinológicos: _____

Quirúrgicos: _____

Traumatológicos: _____

Alérgicos: _____

Antecedentes heredofamiliares: _____
