



HISTORIA CLÍNICA

Nº. De expediente: _____

I.- IDENTIFICACIÓN.

Nombre(S): _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Municipio: _____ Servicio: _____

Nº de Seguro Popular: _____ Nº de Teléfono: _____

INTERROGATORIO.

II.- ANTECEDENTES.

A). Hereditarios Familiares.

B). Personales no Patológicos.

C). Personales Patológicos.

III. PADECIMIENTO ACTUAL.

A). Fecha de Iniciación _____

B). Principales Síntomas de Iniciación.



C). Evolución.

D). Sintomatología Actual.

E).- Terapéutica empleada anteriormente.

IV. INTERROGATORIO POR APARATOS.

A).- Aparato Digestivo.

B).- aparato Respiratorio.

C).- Aparato Urinario.

D).- Aparato Genital.

E).- Aparato Cardiovascular.

F).- Sistema Nervioso.

G).- Sistema Endócrino Vegetativo.

H).- Sistema Locomotor.



I).- Síntomas Generales.

EXPLORACIÓN FÍSICA: _____

PESO: _____ TALLA: _____ T.A. _____

PULSO: _____ TEMP. _____ RESP. _____

A).- Inspección General.

B).- Cabeza.

C).- Cuello.

D).- Tórax.

E).- Abdomen.

F).- Sistema Locomotor.

DIAGNÓSTICOS:



A).- Diagnostico Principal.

B).- Otros Diagnósticos.

FECHA _____ NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO _____

Tel: 9671673519

Domicilio: Calle Suterterm #2 Barrio de San Diego, 29270 San Cristóbal de las Casa Chiapas

Correo: karennajera@gmail.com