

## HISTORIA CLÍNICA

Nº. De expediente: \_\_\_\_\_

### I.- IDENTIFICACIÓN

Nombre(S): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Nº de Teléfono: \_\_\_\_\_

### INTERROGATORIO.

#### II.- ANTECEDENTES.

A). Hereditarios Familiares.

B). Personales no Patológicos.

C). Personales Patológicos.

#### III. PADECIMIENTO ACTUAL. \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

