



HISTORIA CLINICA

Fecha: _____

Hora: _____

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE: _____

SEXO: _____

RAZA: _____

EDAD: _____

ESPECIE: _____

PESO: _____

SEÑAS PART.: _____

DATOS DEL TUTOR:

NOMBRE: _____

TELEFONO: _____

DOMICILIO: _____

CORREO: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

EXAMEN FÍSICO:

FC: _____

FR: _____

TLLC: _____

MUCOSAS: _____

% DH: _____

PP: _____

RT: _____

RD: _____

PA: _____

VEJIGA: _____

T°: _____

CONCIENCIA: _____

OBSERVACIONES GENERALES:

DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS:

PRUEBAS DE LABORATORIO SUGERIDOS:

DIAGNÓSTICO FINAL:

TRATAMIENTO:

MÉDICO TRATANTE: _____ CED. PROF.: _____