

Historia clínica

Fecha de consulta: _____

Apellidos: _____

Nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Sexo: _____ Nacionalidad: _____ Teléfono: _____

Motivo de la consulta: _____

Historia familiar: _____

Antecedentes médicos: _____

Medicamentos actuales: _____

Alergias: _____

Tabaco, alcohol, drogas: _____

Último uso: _____

PA ____ / ____ FC ____ FR ____ Altura ____ Peso ____

Pulmones: _____

Corazón: _____

Abdomen: _____

Impresión diagnóstica: _____

Tratamiento: _____

Firma