



# HISTORIA CLINICA

## **DATOS DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre..... D.N.I. ....

Carnet N° ..... Edad ..... Nacionalidad.....

Domicilio..... Fecha de Nacimiento...../...../.....

**CAUSA DE LA CONSULTA:** ( Enfermedad referida por el paciente).....

.....

**ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS EFECTUADOS:**.....

.....

**EVOLUCIÓN:**.....

.....

**ESTADO ACTUAL:** (Biotipo).....

Talla:..... Peso:.....

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS:**.....

.....

**ANTECEDENTES PERSONALES:**.....

**CONCLUSIÓN CLÍNICA:** (Diagnóstico presuntivo o certeza de la afectación que padece).....

.....

**SE REQUIERE:** (Especificar examen complementarios solicitados y nosocomio aconsejado).....

.....

**PRONOSTICO:**.....

LUGAR Y FECHA:.....

.....  
Firma y Sello Médico Tratante