



HISTORIA CLINICA

NOMBRE: _____ NO. EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

OCUPACION: _____ ESTADO CIVIL: _____ EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____

LUGAR DE RESIDENCIA: _____ LOCALIDAD: _____

Antecedentes Familiares:

Antecedentes Personales no Patologicos

Antecedentes Personales Patologicos:

Padecimiento Actual:

Interrogatorio Por Aparato y Sistemas

Signos Vitales:

PESO

TALLA

Exploracion Fisica:

Diagnostico:

Plan:

CED. PROFESIONAL